

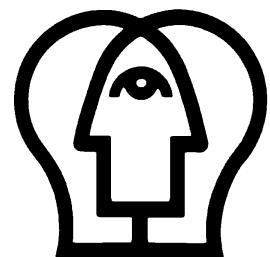
Psykometrisk prövning av PG-13;  
ett självskattningsinstrument för ihållande sorg

Pelle Alexandersson

Handledare: Elisabeth Breitholtz  
SJÄLVSTÄNDIGT ARBETE, 30 HÖGSKOLEPOÄNG HT 2010

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN



PSYKOMETRISK PRÖVNING AV PG-13;  
ETT SJÄLVSKATTNINGSSINSTRUMENT FÖR IHÅLLANDE SORG.<sup>1</sup>

Pelle Alexandersson

Frågan om ”normal” respektive ”patologisk” sorg har under en lång tid varit ett omdiskuterat ämne inom psykologin och psykiatrin. En grupp forskare har tagit fram kriterier på ett syndrom som fått benämningen *ihållande sorg* (”prolonged grief”). Studier har visat på att ihållande sorg är ett distinkt syndrom separat från depression, posttraumatisk stressyndrom och generaliserat ångestsyndrom. Ihållande sorg föreslås ingå som en diagnos i de kommande versionerna av de diagnostiska manualerna *DSM* och *ICD*. Syftet med denna studie var att översätta självskattningsinstrumentet *Prolonged Grief Disorder (PG-13)* till svenska, och undersöka dess reliabilitet och validitet genom bland annat en explorativ och konfirmatorisk faktoranalys. Studien genomfördes på ett annonsrekryterat heterogent sample (n=162 varav 90 % var kvinnor) vad gäller typ av dödsfall och relation till den avlidne. Respondenterna besvarade en webb- eller pappersenkät som bestod av 75 items. PG-13 bedöms ha en hög reliabilitet, god begrepps- och samtidig validitet samt en måttlig diskriminativ validitet.

Sorg är en ofrånkomlig del av livet. Förenklat sett kan sorg beskrivas som en normal och allmänmänsklig reaktion på en förlust av till exempel hälsa, livsmål, arbete eller partner efter en skilsmässa. Men det vi kanske framför allt förknippar med sorg är den oåterkalleliga förlusten av en närstående person efter ett dödsfall. Det har gjorts ett flertal försök till att konceptualisera och beskriva vad som sker när en person sörjer. Den vanligaste beskrivningen, de senaste 50 åren, har varit att sorgen efter ett dödsfall liknas vid en process bestående av olika faser, som till exempel: *förnekelse, ilska, förhandling, depression* och *acceptans* (Kübler-Ross, 1969) eller *chock, reaktion, bearbetning* och *nyorientering* (Bowlby, 1980). Fas-teorin (”the stage theory of grief”) har blivit ifrågasatt och kritiserad på senare år, på grund av att den inte har varit föremål för systematisk prövning (Bonanno, 2009a; Bonanno, 2009b). Det första försöket att undersöka fas-teorin, genom en kvantitativ studie, genomfördes i slutet av 2000-talet och resulterade i att den delvis verifierades (Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007). Maciejewski et al. (2007) fann att *missstro, längtan, ilska* och *depression* är som störst inom en period av sex månader efter dödsfallet, för att sedan successivt avta. *Acceptansen* för förlusten ökar samtidigt under samma tidsperiod och når sin kulmen 24 månader efter dödsfallet. Studien blev emellertid kritiserad på flera punkter, bland annat för dess urvalskriterier som uteslöt deltagare som förlorat någon under traumatiska omständigheter som till exempel självmord (Bonanno & Boerner, 2007). En annan teori som har fått ett genomslag på senare år är *the dual-process model of coping with bereavement (DPM)* (Stroebe & Schut, 1999). Enligt DPM pendlar den sörjande mellan en förlustorienterad och en återuppbyggnadsorienterad dimension/process, genom att till exempel ömsom

<sup>1</sup> Stort tack till alla som medverkade och besvarade frågorna i enkäten. Stort tack till Elisabeth Breitholtz för handledning och finansiering av annonsen i *Metro*, Katharina Näswall och Dag Sörbom för hjälp med syntax till *Lisrel 8.8*, Henrik Dunér för hjälp med webbenkätverktyget *Limesurvey* och publicering av information på [www.psychology.su.se](http://www.psychology.su.se) samt Birgitta Adolfsson för hjälp med tryckfärdigt original till annonsen i *Metro*.

konfrontera och ömsom undvika de kognitiva och känslomässiga reaktioner som förlusten medfört (Stroebe & Schut, 1999).

Sorgen och saknaden efter den som har gått bort är i regel eller kan åtminstone vara livslång. Gemensamt för fas-teorin och DPM är emellertid beskrivningen att den allra mest svåra och smärtsamma aspekten av sörjandet gradvis blir mindre svår med tiden. Men frågan är om det är så för alla människor? I vardagligt tal finns det talesätt som till exempel att en person dog av sorg efter att ha förlorat en närstående, eller att någon ”fastnat” i sin sorg och inte kan gå vidare i livet. Är detta tecken på att det finns en mer svårartad form av sorg som en del personer erfar? Finns det några vetenskapliga belägg för att en person till exempel kan ”fastna” i sin sorg eller till och med dö av sorg? Även om sorg är en allmänmänsklig och ofrånkomlig del av livet är frågan: Finns det en form av sorg som kan vara maladaptiv eller kanske till och med patologisk i klinisk mening? Denna fråga har varit ett omdiskuterat ämne inom psykologin och psykiatrin under hela 1900-talet fram till idag. Se till exempel Granek (2010) för en historisk redogörelse i ämnet från Freuds teorier fram till dagens forskning.

Frågan om distinktionen mellan å ena sidan det som bedöms vara normalt och å andra sidan maladaptivt alternativt patologiskt är inte alltid enkel att besvara. I förordet till den amerikanska upplagan av *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM-IV) står det till exempel att:

”...each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress (e.g., a painful symptom) or disability (i.e., impairment in one or more important areas of functioning) or with a significantly increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom. In addition, this syndrome or pattern must not be merely an expectable and culturally sanctioned response to a particular event, for example, the death of a loved one (American Psychiatric Association, 2000, sid. xxxi).

Ovanstående citat visar på att sorg efter ett dödsfall kan ta sig uttryck och ha likheter med det som i andra sammanhang bedöms vara en psykiatrisk diagnos. Detta har medfört att det till exempel finns ett undantagskriterium till diagnosen egentlig depression i DSM-IV för en smärtsam förlust (”bereavement”). I den svenska översättningen av DSM-IV har ”bereavement” översatts till okomplicerad sorg. Även om kriterierna för en egentlig depression är uppfyllda, ska diagnosen inte ställas inom två månader efter ett dödsfall (American Psychiatric Association, 2000).

För den som sörjer är sorg en ständigt aktuell fråga. Sorg har även uppmärksammats inom politiken under det senaste året. I den statliga utredningen *Gränslandet mellan sjukdom och arbete*, från slutet av 2009, föreslog enmansutredaren Anna Hedborg att en ”...särskild närståendepenning ska kunna utges under högst tio arbetsdagar i anslutning till maka/makes/partners eller barns död.” (Slutbetänkande av Arbetsförmågeutredningen, 2009, sid. 17). Utredningen låg till grund för den borgerliga alliansens förslag att införa en så kallad ”sorgepeng” under 2011. Alliansens förslag gällde emellertid endast föräldrar som förlorat ett omyndigt barn (Alliansen vill införa sorgpeng - DN.se, 2010).

Under de senaste 15 åren har det successivt vuxit fram ett intresse bland en grupp psykologer och läkare, i framför allt USA och Holland, för att studera sorg ur ett kliniskt perspektiv. Forskningen har fokuserat på att sorgen efter ett dödsfall medför ett kliniskt signifikant lidande hos en liten grupp individer, som forskarna inte anser ligger inom ramen för formuleringen i DSM-IV; *en förväntad och kulturellt sanktionerad respons på ett dödsfall*. Detta syndrom har fått benämningen *ihållande sorg* ("prolonged grief"). Tidigare har begreppen *traumatisk sorg* ("traumatic grief") och *komplicerad sorg* ("complicated grief") använts och det senare begreppet används ofta fortfarande som en synonym till ihållande sorg. Fram tills relativt nyligen har det inte funnits någon konsensus bland forskarna om vad som kännetecknar ihållande sorg.

#### *Förslag på diagnostiska kriterier för ihållande sorg till DSM-V och ICD-11*

Två forskargrupper i USA, under ledning av läkarna Holly Prigerson respektive Mardi Horowitz, tog oberoende av varandra fram förslag på diagnostiska kriterier för ihållande sorg i slutet av 1990-talet (Horowitz, Siegel, Holen, Bonanno, Milbrath & Stinson, 1997; Prigerson, Shear, Jacobs, Reynolds, Maciejewski & Davidson, 1999). Prigerson et al. (1995) och Horowitz et al. har även utvecklat självskattningsformulären, *Inventory of Complicated Grief* (ICG) respektive *Complicated Grief Module* (CGM) vars syfte är att mäta förekomsten av maladaptiva sorgsymtom kopplade till respektive diagnostiska kriterier. Forstmeier och Maercker (2007) gjorde en klinisk utprovning och jämförde de två måtten. Deras undersökning visade på att överensstämmelsen mellan de två diagnostiska kriterierna var liten. Kriterierna från Horowitz et al. var mer inkluderande och mindre strikta än Prigersons et al. (Forstmeier & Maercker, 2007). Det vill säga, det var "lättare" att få diagnosen ihållande sorg med Horowitz kriterier än med Prigersons som var mer restriktiva.

Hösten 2009 publicerade Prigerson och Horowitz gemensamt, tillsammans med flera av de mest aktiva forskarna inom området sorg, ett reviderat förslag på diagnostiska kriterier för ihållande sorg till DSM-V och *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, functional impairments, hospitalization, adverse health behaviors, Eleventh Revision* (ICD-11) (Prigerson et al., 2009). Förslaget på diagnosen följer samma upplägg som övriga diagnoser i DSM-IV, se Tabell 1. Det första kriteriet (A-kriteriet) är händelsen av en smärtsam förlust av en betydelsefull person. Kännetecknande för ihållande sorg är bland annat en mycket stark längtan efter den avlidne som medför ett lidande på daglig basis eller en funktionell nedsättning (B-kriteriet). Därutöver ska minst fem av nio kognitiva, emotionella och beteendemässiga symtom uppfyllas, som till exempel svårigheter att acceptera förlusten, att livet känns tomt eller meningslöst sedan förlusten (C-kriteriet). Det måste ha gått minst sex månader efter dödsfallet innan diagnosen kan ställas (D-kriteriet). Symtomen måste medföra en försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden (E-kriteriet). Symtomen ska inte heller förklaras bättre av diagnoserna egentlig depression, generaliserat ångestsyndrom (GAD) eller posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (F-kriteriet). Samtliga kriterier (A-F) måste uppfyllas för att en individ ska få diagnosen ihållande sorg.

Tabell 1. Förslag på diagnostiska kriterier för ihållande sorg till DSM-V och ICD-11 (Prigerson et al., 2009).

A.	Event: Bereavement (loss of a significant other).
B.	Separation distress: The bereaved person experiences yearning (e.g., craving, pining, or longing for the deceased; physical or emotional suffering as a result of the desired, but unfulfilled, reunion with the deceased) daily or to a disabling degree.
C.	Cognitive, emotional, and behavioral symptoms: The bereaved person must have five (or more) of the following symptoms experienced daily or to a disabling degree: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confusion about one's role in life or diminished sense of self (i.e., feeling that a part of oneself has died)</li> <li>2. Difficulty accepting the loss</li> <li>3. Avoidance of reminders of the reality of the loss</li> <li>4. Inability to trust others since the loss</li> <li>5. Bitterness or anger related to the loss</li> <li>6. Difficulty moving on with life (e.g., making new friends, pursuing interests)</li> <li>7. Numbness (absence of emotion) since the loss</li> <li>8. Feeling that life is unfulfilling, empty, or meaningless since the loss</li> <li>9. Feeling stunned, dazed or shocked by the loss</li> </ol>
D.	Timing: Diagnosis should not be made until at least six months have elapsed since the death.
E.	Impairment: The disturbance causes clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning (e.g., domestic responsibilities).
F.	Relation to other mental disorders: The disturbance is not better accounted for by major depressive disorder, generalized anxiety disorder, or posttraumatic stress disorder.

### *Ihållande sorg, ett distinkt syndrom*

Det finns ett flertal självskattningsinstrument för att mäta olika dimensioner och aspekter av sorg, till exempel *Grief Cognitions Questionnaire* (GCQ), *Grief Measurement Scale* (GMS), *The Texas Revised Inventory of Grief* (TRIG) samt CGM och ICG. ICG har kommit att bli det i särklass mest använda självskattningsformuläret för att mäta maladaptiva sorgsymtom. Prigerson et al. (1995) publicerade den första versionen av ICG 1995. Sex år senare, 2001, publicerades en omarbetad version av ICG under namnet *Inventory of Traumatic Grief* (ITG) (Prigerson & Jacobs, 2001). I litteraturen refereras det ofta till ITG som *Inventory of Complicated Grief - Revised* (ICG-R), vilket även görs i denna uppsats. Ett flertal studier har visat på att både ICG och ICG-R har en hög reliabilitet mätt med Cronbachs  $\alpha$  ( $>.90$ ) och test-retest reliabilitetskoefficient ( $=.80$ ) samt en god samtidig, kriterie-, prediktiv, begrepps- och inkrementell validitet (Barry, Kasl & Prigerson, 2001; Bonanno, Neria, Mancini, Coiffman, Litz & Insel, 2007; Prigerson et al., 1995; Prigerson & Jacobs, 2001; Silverman et al., 2000).

De senaste 15 åren har det genomförts ett antal studier med ICG och ICG-R som påvisat att ihållande sorg är ett distinkt syndrom som bör inkluderas som en diagnos i DSM- och ICD-systemen. (Se Lichtenthal, Cruess & Prigerson (2004) för en sammanställning av 39 studier som genomfördes mellan 1995-2004). Till exempel har explorativa och konfirmatoriska faktoranalyser av mått som mäter symtom för ihållande sorg, depression, GAD och PTSD visat på att ihållande sorg är ett separat konstrukt skilt från dessa syndrom (Dillen, Fontaine & Verhofstadt-Denève, 2008; Dillen, Fontaine & Verhofstadt-Denève, 2009; Boelen, van den Bout & de Keijser, 2003b; Boelen & van den Bout, 2005; Boelen & Prigerson, 2007; Boelen, van de Schoot, van den Hout de Keijser &

van den Bout, 2010, Golden & Dalgeish, 2009). Det finns emellertid flera likheter mellan ihållande sorg och depression, GAD samt PTSD. Men enligt förespråkarna för diagnosen ihållande sorg är skillnaderna desto fler och så pass signifikanta att det är kliniskt relevant att inkludera ihållande sorg som en diagnos i DSM- och ICD-systemen (Dillen et al., 2009; Lichtenthal et al., 2004; Prigerson et al., 2009). Se Tabell 2 och 3 för likheter och skillnader mellan ihållande sorg och egentlig depression samt PTSD. En motsvarande sammanställning mellan ihållande sorg och GAD har inte gjorts.

Tabell 2. Exempel på likheter och skillnader mellan ihållande sorg och egentlig depression (Lichtenthal et al., 2004; Shear, Frank, Houck & Reynolds, 2005).

<i>Ihållande sorg</i>	<i>Egentlig depression</i>
Nedstämdhet som är kopplad till saken efter den avlidne.	Generell/allmän nedstämdhet.
Engagerad i minnen av den avlidne. Stark längtan efter den avlidne.	Förlust av engagemang och glädje.
Skuld känslor som har en koppling till relationen med den avlidne.	Påträngande känslor av generell/allmän skuld.
Upptagenhet av positiva tankar om och/eller en idealisering av den avlidne.	Upptagenhet av tidigare misslyckanden.

Tabell 3. Exempel på likheter och skillnader mellan ihållande sorg och PTSD (Boelen, van den Hout & van den Bout, 2006b; Lichtenthal et al., 2004; Shear et al., 2005).

<i>Ihållande sorg</i>	<i>PTSD</i>
Utlösande faktor: förlust av en betydelsefull person efter ett dödsfall.	Utlösande faktor: upplevt hot i samband med en traumatisk händelse.
Primär känsla/affekt: en stark längtan som är kopplad till att den avlidne är frånvarande.	Primär känsla/affekt: en stark rädsla, hjälplöshet eller skräck som är kopplad till den traumatiska händelsen.
Mardrömmar förekommer sällan.	Mardrömmar förekommer ofta.
Smärtsam längtan efter den avlidne.	Smärtsamma påminnelser som är kopplade till den traumatiska händelsen.
Undvikande av påminnelser om att den avlidne är borta. Aktivt sökande efter sådant som skapar närhet med den avlidne.	Undvikande av påminnelser om den traumatiska händelsen.

### *Ihållande sorg, en ny diagnos i DSM-V?*

Prigerson et al. (2009) har fått gehör för sitt förslag hos *American Psychiatric Association* (APA), som ger ut DSM. I skrivande stund är komplicerad sorgstörning ("Complicated Grief Disorder") omnämnd som en diagnos under utredning, i det utkast till DSM-V som blev offentligt i februari 2010 (Conditions Proposed by Outside Sources | APA DSM-5, 2010). Det finns relativt sett få publicerade studier eller artiklar som är kritiska till att införa ihållande sorg som en diagnos i DSM- och ICD-systemen, i förhållande till antalet publicerade studier och artiklar som är för diagnosen. Se till exempel Stroebe et al. (2000) och Rubin, Malkinson och Witzum (2008) för en diskussion om de kliniska

för- och nackdelarna med att införa ihållande sorg som en diagnos. Om kritiken mot att införa ihållande sorg i DSM-V har varit liten, har kritiken mot en annan förändring som berör sorg i DSM-V varit desto större. I utkastet till DSM-V framgår det att undantagskriteriet till egentlig depression för en smärtsam förlust ("bereavement") har tagits bort (Proposed Revision | APA DSM-5. Major Depressive Episode, 2010). Detta har bidragit till en diskussion där kritikerna befarar att förändringen kommer medföra en risk för medikalisering av normal sorg (Frances, 2010). DSM-V kommer att publiceras i maj 2013.

### *Behandling av ihållande sorg*

Prigerson et al. (2009) undersökte den prediktiva validiteten hos ICG-R, och fann att individer som inte uppfyllde DSM-kriterierna för egentlig depression, PTSD eller GAD 6-12 månader efter en förlust, men samtidigt uppfyllde kriterierna för ihållande sorg, hade en signifikant högre risk att utveckla just egentlig depression, PTSD, GAD samt självmordstankar och/eller en låg livskvalitet 12-24 månader efter förlusten (Prigerson et al., 2009). Andra studier har visat på att ihållande sorg även har ett samband med en förhöjd risk för till exempel självmordsförsök, ökad alkoholkonsumtion, nedsatt immunförsvar, hjärtproblem etc (Latham & Prigerson, 2004; Prigerson et al., 1997). Prigerson et al. (2009) menar att diagnosen ihållande sorg kan vara till hjälp att identifiera individer som ligger i riskzonen för att utveckla ytterligare problematik och erbjuda dem adekvat behandling. De senaste fem åren har det genomförts flera randomiserade kontrollerade studier som behandlat symtom för ihållande sorg. Gemensamt för dessa interventioner är att de har använt kognitiva beteendeterapeutiska tekniker för behandling av PTSD, och kombinerat detta med tekniker som används inom interpersonell psykoterapi för behandling av depression (Boelen, 2006; Boelen, de Keijser, van den Hout & van den Bout, 2007; Shear et al., 2005. Se Boelen et al. (2006b) och Ehlers (2006) för en conceptualisering av ihållande sorg respektive en diskussion om förhållandet mellan ihållande sorg och PTSD.). De flesta av dessa studier har använt ICG-R för att diskriminera mellan normal och ihållande sorg vid rekryteringen av deltagare. Undantaget är Wagner, Knaevelsrud och Maercker (2006) som använde Horowitz kriterier för ihållande sorg samt måttet *Impact of Event Scale*.

### *PG-13, en ny iteration av ICG/ICG-R*

I januari 2010 fick uppsatsförfattaren den senaste iterationen av ICG/ICG-R som tagits fram av Prigerson och Maciejewski. Formuläret har än en gång bytt namn och heter numera *Prolonged Grief Disorder* (PG-13) (Maureen Clark, Center for Psycho-oncology & Palliative Care Research, Dana-Farber Cancer Institute. Personlig kommunikation, 27 januari 2010). Skillnaderna mellan ICG-R och PG-13 består i att:

- Antalet frågor har mer än halverats i PG-13 (13 items) jämfört med ICG-R (32 items). 19 frågor togs bort som ett resultat av en psykometrisk validering av de diagnostiska kriterierna för ihållande sorg som Prigerson et al. (2009) föreslår ska ingå i DSM-V och ICD-11. De items som ingår i PG-13 har en direkt koppling till ovannämnda förslag på kriterier för ihållande sorg. De items som togs bort som ett resultat av studien bedömdes vara, psykometriskt sett, mindre bra markörer för ihållande sorg.

- Innebörden hos de 13 frågorna i PG-13 är desamma vid en jämförelse med motsvarande frågor som ingår i ICG-R, men frågorna har formulerats om. Till exempel har påståendet *I am bitter over \_\_\_\_\_'s death* i ICG-R ändrats till en fråga *Do you feel bitter over your loss?* i PG-13. Det mer värdeladdade "death" (död/dödsfall) har bytts ut till det något mer neutrala "loss" (förlust), och raden för den avlidnes namn i frågan har tagits bort.
- Samtliga svarsalternativ har ändrats i PG-13 jämfört med i ICG-R.
- Frågorna i PG-13 har delats in i två delar: separationsproblematik ("separation distress") och kognitiva, emotionella samt beteendemässiga symtom.
- Det har blivit svårare att få diagnosen ihållande sorg med kriterierna som har en koppling till PG-13 jämfört med kriterierna till ICG-R. I och med revideringen av de diagnostiska kriterierna blev Prigerson et al. uppmanade av arbetsgruppen som utreder förslag på nya diagnoser till DSM-V, att göra kriterierna för ihållande sorg mer konservativa för att minimera risken för falska positiva resultat (Holly G Prigerson, Center for Psycho-oncology & Palliative Care Research, Dana-Farber Cancer Institute. Personlig kommunikation, 29 mars 2010).

#### *Syfte och frågeställning*

Då arbetet med denna studie påbörjades i januari 2010 fanns endast en studie publicerad som redovisade uppgifter på reliabilitet och validitet hos PG-13 (Schaal, Elbert & Neuner, 2009). I maj 2010 och juli 2010, då datainsamlingen pågick respektive var avslutad, publicerades ytterligare två studier som använt PG-13 (Balk, Walker & Baker, 2010; Schaal, Jacob, Dusingizemungu & Elbert, 2010). I dessa två studier redovisades inte några uppgifter angående reliabiliteten och validiteten hos PG-13. Med tanke på de stora förändringar som har skett i den senaste iterationen av formuläret (det vill säga färre antal items, omformulering av samtliga items och deras svarsalternativ), är *frågan ifall PG-13 uppvisar samma höga reliabilitet och goda validitet som föregångaren ICG-R?*

Syftet med denna studie var att översätta PG-13 till svenska och undersöka dess reliabilitet och validitet. Som ett led i att undersöka validiteten hos PG-13 användes självskattningsformuläret TRIG som ett ytterligare instrument för att mäta sorgsymtom. Självskattningsformuläret *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) användes för att mäta depressions- och ångestsymtom och *PTSD Checklist* (PCL) för att mäta posttraumatiska stressymtom. Samtliga mått beskrivs mer utförligt nedan under rubriken *Material*.

- *Den interna konsistensen hos PG-13 undersöktes genom en beräkning av Cronbach's  $\alpha$  samt genomsnittlig interitemkorrelation.*

Tidigare studier har visat på att den interna konsistensen hos ICG och ICG-R mätt med Cronbach's  $\alpha$  är hög ( $>.90$ ) (Boelen, van den Bout, de Keijser & Hoijtink, 2003a; Prigerson et al., 2009).



- *Den samtidiga validiteten undersöktes genom att PG-13 förväntades ha en hög korrelation med ett annat självskattningsformulär som mäter sorgsymtom: TRIG. Korrelation mellan PG-13 och TRIG förväntades vara högre jämfört med korrelationerna mellan PG-13 och HAD samt PCL.*

En tidigare studie har visat på att föregångaren till PG-13, ICG-R, har en hög korrelation med TRIG ( $r=.71$ ). Denna korrelation var även högre jämfört med en korrelation mellan ICG-R och depressionssymtom ( $r=.59$ ), mätt med Beck Depression Inventory (BDI) och ångestsymtom ( $r=.58$ ), mätt med ångestskalan i Symptom Checklist (SCL-90) (Boelen et al., 2003a). En motsvarande korrelation mellan ICG-R och PTSD-symtom ingick inte i studien av Boelen et al. (2003a).

- *Begreppsvaliditeten undersöktes genom:*
  - *att PG-13 förväntades ha en högre korrelation med HAD och PCL jämfört med motsvarande korrelation mellan TRIG och dessa mått.*

Jämförelser mellan ICG-R och TRIG visar på att ICG-R mäter maladaptiva sorgsymtom, medan TRIG mäter lindrigare sorgsymtom (Dillen et al., 2008; Boelen & van den Bout, 2008; Melhem, Shear, Day, Reynolds & Brent, 2004; Prigerson et al., 1995). En studie visade på att sorgsymtom som mättes med ICG-R hade en högre korrelation med BDI ( $r=.59$ ) och ångestskalan i SCL-90 ( $r=.58$ ), jämfört med motsvarande korrelation mellan TRIG och BDI ( $r=.32$ ) samt ångestskalan i SCL-90 ( $r=.39$ ) (Boelen et al., 2003a). En motsvarande korrelation mellan ICG-R och PTSD-symtom har ej publicerats.

- *en explorativ faktoranalys av PG-13.*

För att undersöka faktorstrukturen hos PG-13 genomfördes en explorativ faktoranalys. Tidigare faktoranalyser av ICG och ICG-R har visat på att dessa två formulär är endimensionella och mäter en underliggande konstruktion: ihållande sorg (Boelen et al., 2003a; Chen, Bierhals, Prigerson, Kasl, Mazure & Jacobs, 1999; Prigerson et al., 1995).

- *Den diskriminativa validiteten undersöktes genom:*
  - *att de individer vars närstående har gått bort till följd av en "onaturlig" orsak (olycka, självmord samt mord) förväntades ha ett signifikant högre medelvärde på PG-13, jämfört med individer vars närstående har gått bort till följd av en "naturlig" orsak (kronisk sjukdom, akut medicinsk orsak samt hög ålder).*

Ett flertal studier har visat på att dödsfall som beror på "onaturliga" orsaker har ett samband med ihållande sorg, mätt med ICG-R, hos anhöriga, jämfört med dödsfall som beror på "naturliga" orsaker (Boelen et al., 2003a; Maciejewski et al., 2007).

- *att de individer som svarade "Ja" på frågan "Inträffade dödsfallet plötsligt och oväntat?" förväntades ha ett signifikant högre medelvärde på PG-13, jämfört med individer som svarade "Nej" på samma fråga.*

Tidigare studier har visat på att plötsliga och oväntade dödsfall har ett samband med ihållande sorg, mätt med ICG-R, jämfört med förväntade dödsfall (Boelen, van den Bout & van den Hout, 2006a).

- *en konfirmatorisk faktoranalys mellan PG-13, PCL samt depressionsfaktorn i HAD.*

Ett flertal konfirmatoriska faktoranalyser har visat på att ihållande sorg, depression och ångest är korrelerade men separata konstrukt (Boelen et al., 2003b; Boelen & van den Bout, 2005; Boelen & Prigerson, 2007; Dillen et al., 2008; Dillen et al., 2009). En studie har visat på att ihållande sorg, depression och PTSD är korrelerade men separata konstrukt (Boelen et al., 2010).

## Metod

### *Undersökningsdeltagare*

Deltagare till studien rekryterades via annonser i tidningen *Metro* samt via webbplatser och föreningar som vänder sig till personer som har förlorat en närstående person. Se nedan under rubriken *Datainsamling* för mer information om rekryteringsprocessen. Sammanlagt 180 individer anmälde intresse för att delta i studien. 172 mejl med en individuell länk till den webbaserade enkäten skickades med e-post, och åtta pappersenkäter skickades med post till de som anmält intresse för att delta i studien. En pappersenkät inkom försent för att ingå i de statistiska beräkningarna i denna studie. Samplet (n=162) bestod av 156 respondenter som besvarade den webbaserade enkäten och sex som besvarade pappersenkäten, vilket gav en svarsfrekvens på 90 %. Av dessa 162 respondenter hade 24 stycken (15 %) rekryterats genom annonsen i tidningen *Metro*. Restande 138 individer (85 %) rekryterades genom en förening, blogg eller Facebookgrupp som vänder sig till sörjande. Endast 10 % av respondenterna var män. Se Tabell 4. Det fanns ingen begränsning att deltagarna måste upplevt en förlust av en betydelsefull person efter ett dödsfall inom en viss tid. Det utgick ingen ersättning till undersökningsdeltagarna.

Tabell 4. Bakgrundsdata hos undersökningsdeltagarna (n=162).

Kön	
Kvinnor (%)	146 (90)
Män (%)	16 (10)
Vem har du förlorat	
Ett barn (%)	50 (31)
Make/maka (%)	47 (29)
Förälder	23 (14)
Ett syskon (%)	17 (10,5)
Flickvän/pojkvän (%)	17 (7)
Sambo (%)	6 (4)
En släkting (%)	4 (2,5)
Mor-/farföräldrar (%)	3 (2)
En vän (%)	1 (0,5)

Medelålder (SD)	47,5 (13.13)
Medelvärde antal år sedan förlusten (SD)	3.65 (3.33)*
Median antal år sedan förlusten (SD)	2 (3.33)*
Antal år sedan förlusten	
1 år (%)	55 (34)
2 år (%)	38 (23.5)
3 år (%)	14 (8.5)
4 år (%)	12 (7.5)
5 år (%)	5 (3)
6 år (%)	6 (4)
7 år (%)	4 (2.5)
8 år (%)	6 (4)
9 år (%)	2 (1)
10 år (%)	4 (2.5)
Mer än 10 år (%)	16 (10)
Typ av dödsfall	
Själv mord (%)	62 (38)
Kronisk sjukdom (t ex cancer) (%)	44 (27)
Akut medicinsk orsak (t ex hjärtinfarkt, stroke) (%)	31 (19)
Olycka (t ex trafikolycka) (%)	18 (11)
Mord (%)	4 (2,5)
Hög ålder (%)	2 (1)
Annat (%)	1 (0,5)
Typ av dödsfall	
Onaturligt (%)**	84 (52)
Naturligt (%)**	77 (48)
Sökt professionell hjälp för något som har ett samband med dödsfallet	
Nej (%)	32 (20)
Ja (%)	130 (80)
Leg. psykolog/leg. psykoterapeut (%)	83 (51)***
Läkare (%)	60 (37)***
Kurator (%)	50 (31)***
Präst/diakon (%)	44 (27)***
Medium (%)	17 (10,5)***
Certifierad handledare från <i>Svenska Institutet för Sorgbearbetning</i> (%)	13 (8)***
Annat (%)	9 (5,5)***
Diplomerad samtalsterapeut (t ex <i>Humanova</i> ) (%)	4 (2,5)***
Plötsligt och oväntat dödsfall	
Ja (%)	123 (76)
Nej (%)	39 (24)
Rekrytering av respondenter	
Genom en förening, blogg eller Facebook-grupp (%)	138 (85)
Annons i tidningen <i>Metro</i> (%)	24 (15)

\* För att kunna beräkna medelvärdet ändrades svarsalternativet *Mer än 10 år* till 11 år. Medianen ger en mer korrekt skildring av antalet år sedan dödsfallet.

\*\* Med ”naturligt” dödsfall menas kronisk sjukdom, akut medicinsk orsak samt hög ålder. Med ”onaturligt” dödsfall menas olycka, självmord samt mord. En respondent som besvarat frågan med alternativet ”Annat” specificerade inte i enkätens fritextfält på vilket sätt vederbörande gått bort. N=161.

\*\*\* Eftersom de flesta respondenter sökt professionell hjälp hos till exempel både läkare, kurator etc uppgår procentsatserna ej till 100 %. Procentsatserna är beräknade på samtliga respondenter (n=162) som deltog i studien.

### *Material*

Materialet bestod av en enkät innehållandes bakgrundsuppgifter, allmänna frågor om dödsfallet samt självskattningsformulären PG-13, TRIG, HAD och PCL, se Bilaga 2. (Av upphovsrättsliga skäl ingår inte PG-13, TRIG, HAD och PCL i Bilaga 2). Enkäten innehöll 75 items inklusive fyra följdfrågor. Följdfrågorna besvarades endast ifall respondenten svarat *Ja* på den föregående frågan. Till exempel, ifall respondenten svarade *Ja* på frågan *Har du sökt professionell hjälp för något som har ett samband med personen som gått bort?* fick han/hon även följdfrågan *Vem/vilka har du sökt hjälp hos?*. Svarade respondenten *Nej* syntes inte följdfrågan i den webbaserade enkäten. Det tog cirka 15 minuter att besvara frågorna i enkäten.

### *Bakgrundsuppgifter*

Enkäten innehöll sju bakgrundsuppgifter: kön, född år, civilstånd, högsta utbildningsnivå, huvudsaklig sysselsättning, boendesituation, ifall respondenten har några barn (om respondenten förlorat ett barn fick han/hon kommentera detta i ett fritextfält).

### *Allmänna frågor om dödsfallet*

Enkäten innehöll åtta allmänna frågor om dödsfallet, till exempel vem individen förlorat, antal månader/år sedan förlusten, på vilket sätt vederbörande gått bort, ifall dödsfallet inträffat plötsligt och oväntat.

### *Prolonged Grief Disorder (PG-13)*

Prolonged Grief Disorder (PG-13) är ett självskattningsinstrument som är utformat för att mäta maladaptiva sorgsymtom, och används som ett screeninginstrument för ihållande sorg, se Tabell 1. PG-13 består av 13 items:

- Två items avser att mäta separationsproblematik ("separation distress") (B-kriteriet). Svartalternativen är *Inte alls*, *Åtminstone en gång*, *Åtminstone en gång i veckan*, *Åtminstone en gång per dag*, *Flera gånger per dag*.
- Nio items avser att mäta kognitiva, emotionella och beteendemässiga symtom (C-kriteriet) till följd av förlusten. Två av dessa items är formulerade på samma sätt som frågorna som avser att mäta separationsproblematik och har även samma svartalternativ som dessa. Övriga sju items har svartalternativen *Inte alls*, *Obetydligt*, *Något*, *Ganska mycket*, *Överväldigande*.
- Ett item kontrollerar ifall separationsproblem kvarstår sex månader efter dödsfallet (D-kriteriet). Svartalternativen är *Ja* eller *Nej*.
- Ett item kontrollerar ifall förlusten medfört en försämrad funktion socialt, på arbetet eller i andra viktiga avseenden (E-kriteriet). Svartalternativen är *Ja* eller *Nej*.

För mer information om föregångarna till PG-13, se ovan under rubriken *Ihållande sorg, ett distinkt syndrom*.

### *The Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)*

TRIG (Faschingbauer, Zisook & DeVaul, 1987) är ett självskattningsinstrument som är utformat för att mäta sorgreaktioner. TRIG består av 21 items fördelade på två delar. Den första delen består av frågor om hur respondenten mådde i samband med när dödsfallet inträffade (8 items). Den andra delen består av frågor om hur respondenten mår för närvarande (13 items). I denna studie användes endast frågorna från formulärets senare del. Samtliga items har svarsalternativen *Helt sant*, *Övervägande sant*, *Både sant och felaktigt*, *Övervägande felaktigt*, *Helt felaktigt*. TRIG har använts i ett flertal studier som ett instrument för att undersöka validiteten hos ICG och ICG-R (Prigerson et al., 1995; Boelen et al., 2003a).

### *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)*

HAD (Zigmond & Snaith, 1983) är ett självskattningsinstrument som mäter förekomsten av ångest- och depressionssymtom hos patienter inom den somatiska vården. HAD består av 14 items, varav sju items avser att mäta förekomsten av depressionssymtom och sju items förekomsten av ångestsymtom. Svarsalternativen består av en fyragradig Likertskala från 0-3. Poängen på HAD summeras till två faktorer med totalt 21 poäng per delskala, ångest (HADA) respektive depression (HADD). Det råder delade meningar om hur många faktorer HAD består av. Det finns ett flertal explorativa och konfirmatoriska faktoranalyser som bekräftar att HAD består av de två faktorerna ångest och depression (Lisspers, Nygren & Soderman, 1997). Men det finns även ett flertal explorativa och konfirmatoriska faktoranalyser som visar på att HAD består av tre faktorer, en depressionsfaktor och två ångestfaktorer (Friedman, Samuelian, Lancrenon, Even & Chiarelli, 2001). I denna studie har faktorpoäng för HAD beräknats enligt instruktionerna från Zigmond och Snaith (1983) och i den statistiska analysen används de två faktorerna ångest (HADA) och depression (HADD).

### *PTSD Checklist (PCL)*

PCL (Weathers, Litz, Huska, & Keane, 1994) är ett självskattningsinstrument för diagnosering av PTSD enligt kriterierna i DSM-IV. Formuläret finns i en militär och civil version. Den civila versionen, som användes i denna studie, består av 17 items. I DSM-IV består PTSD av tre symtomkluster: *återupplevande minnen*, *undvikande* och *förhöjd spänningsnivå*. Det råder emellertid delade meningar om hur många faktorer PCL består av. Ett flertal konfirmatoriska faktoranalyser har konstaterat att PCL består av fyra faktorer: *återupplevande minnen*, *undvikande*, *avtrubbning* och *förhöjd spänningsnivå* alternativt *återupplevande minnen*, *undvikande*, *dysfori* och *förhöjd spänningsnivå* (Schinka, Brown, Borenstein & Mortimer, 2007; Palmieri, Weathers, Difede & King, 2007).

## *Procedur*

### *Översättning av PG-13*

Den svenska versionen av PG-13 togs fram genom en översättning-återöversättning genomförd av uppsatsens författare (översättning från engelska till svenska) och handledare (återöversättning från svenska till engelska). Ett flertal frågor upplevdes som krångligt formulerade på engelska och svåröversatta till svenska. Till exempel item *Do you feel confused about your role in life or feel like you don't know who you are (i.e., feeling that a part of yourself has died)?* översattes till *Känner du dig konfunderad över*

*din roll i livet eller att du inte vet vem du är (dvs att du känner att en del av dig har dött)?*. Detta item bedömdes av uppsatsförfattaren och handledaren vara två olika frågor sammanslagna i en.

#### *Enkät*

Samtliga items från PG-13, HAD, PCL, 13 items från TRIG, de demografiska frågorna samt de allmänna frågorna om dödsfallet sammanställdes i en webbaserad enkät. Den tekniska plattformen till den webbaserade enkäten, *Limesurvey*, tillhandahölls av Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

#### *Pilotstudie*

En pilotstudie genomfördes med 23 respondenter som uppmanades att komma med synpunkter på enkäten, med fokus på översättningen av frågorna från PG-13 samt de demografiska och allmänna frågorna om dödsfallet. Respondenterna bestod av psykologstudenter, legitimerade psykologer samt en präst och rekryterades genom ett så kallat bekvämlighetsurval. Deltagarna i pilotstudien kom med värdefulla synpunkter och ett flertal items i enkäten modifierades efter kommentarer och förslag från respondenterna. Ett flertal respondenter bekräftade till exempel att de hade svårigheter att besvara frågan *Känner du dig konfunderad över din roll i livet eller att du inte vet vem du är (dvs att du känner att en del av dig har dött)?* eftersom de uppfattade den som två frågor i en. Efter pilotstudien tog uppsatsförfattaren kontakt med en av upphovsmännen till PG-13, Holly Prigerson, och gav återkoppling från pilotstudien. Prigerson uppgav att hon hade fått samma synpunkt på ovanstående item från arbetsgruppen hos DSM-V (med ansvar för att utvärdera ifall ihållande sorg ska inkluderas som en diagnos i DSM-V) som pilotstudien visade (Holly Prigerson, Center for Psycho-oncology & Palliative Care Research, Dana-Farber Cancer Institute. Personlig kommunikation, 29 mars 2010).

#### *Datainsamling*

Datainsamlingen administrerades av uppsatsens författare. Deltagare till studien rekryterades genom:

- annons i tidningen *Metro* (Stockholmseditionen. Upplaga: 273 900 exemplar). Annonsen bestod av en kortfattad text där intresserade uppmanades att besöka en webbsida alternativt ringa ett mobilnummer för mer information samt anmälan till studien, se Bilaga 1.
- riktat e-postutskick till medlemmar i en förening för personer som har förlorat en närstående. E-postutskicket administrerades av föreningens medlemsansvarige. En inbjudan till att delta i studien mejlades till 212 medlemmar. I inbjudan ingick information om studien samt en e-postadress för anmälan till att delta i studien.
- annons på en webbsida till en förening för anhöriga som har förlorat någon till följd av suicid. Intresserade uppmanades att besöka en webbsida för mer information samt anmälan till studien.
- annons på en Facebook-grupp för sörjande. Facebook-gruppen har startats av två privatpersoner. Intresserade uppmanades att besöka en webbsida för mer information samt anmälan till studien.

- annons på en privatpersons blogg som handlar om sorgen efter dotterns suicid. Blogginnehavaren kontaktade uppsatsförfattaren och erbjöd sig att publicera information om rekryteringen till studien på sin blogg. Intresserade uppmanades att besöka en webbsida för mer information samt anmälan till studien.
- annons på en webbplats för sörjande som en privatperson står bakom. Webbplatsens upphovsman kontaktade uppsatsförfattaren och erbjöd sig att publicera information om studien på sin webbplats. Intresserade uppmanades att besöka en webbsida för mer information samt anmälan till studien.

Initialt var planen att endast rekrytera deltagare till studien via annonsen i Metro samt genom e-postutskicket till medlemmar i föreningen för personer som har förlorat en närstående. Syftet med att annonsera i Metro var att försöka rekrytera individer som avspeglar normalpopulationen (till exempel relationen till den avlidne, typ av dödsfall etc), samt som inte aktivt har sökt sig till en förening eller webbplats som riktar sig till personer som har förlorat en närstående. Förhoppningen var även att annonsen skulle nå individer som saknade en dator ansluten till internet. Eftersom få personer (28 stycken) anmälde intresse för att delta i studien efter annonsens införande i *Metro*, valde uppsatsförfattaren att även kontakta övriga grupper för rekrytering till studien.

En informationssida om studien publicerades på [www.psychology.su.se/sorg](http://www.psychology.su.se/sorg) där dess syfte, vem som genomförde studien, anonymitet/konfidentialiteten beskrevs etc, se Bilaga 3. Denna information fanns även med på första sidan i enkäten. De personer som var intresserade av att delta i studien mejlade alternativt ringde till uppsatsförfattaren. Till de personer som anmälde intresse för att delta i studien via e-post skickades ett mejl med en länk till webbenkäten inklusive ett individuellt lösenord som krävdes för logga in på webbenkäten och besvara frågorna. Till de personer som inte hade tillgång till en dator ansluten till internet skickades en pappersenkät postalt. Pappersenkäten skrevs ut från den webbaserade enkäten. Enkäten besvarades anonymt och all insamlad data hanterades konfidentiellt. Det var inte möjligt att i efterhand identifiera enskilda individers svar.

#### *Procedur inför konfirmatorisk faktoranalys*

Ambitionen med denna studie var att rekrytera ett tillräckligt stort sample för att kunna genomföra en konfirmatorisk faktoranalys. En konfirmatorisk faktoranalys är en statistisk metod som används för att verifiera faktorstrukturen hos en uppsättning observerade variabler. De hypoteser som formuleras bygger på både teori och tidigare empirisk kunskap och förhållandet mellan faktorerna bestäms *a priori*. Metoden går ut på att testa ifall det förutsatta förhållandet mellan de observerade variablerna och deras underliggande latent variabler existerar (Brown, 2006; Kelloway, 1998). Konfirmatorisk faktoranalys är en analysmetod som kräver ett stort sample för att kunna genomföras. Det finns ett flertal rekommendationer om hur stort det minsta antalet deltagare bör vara för att kunna genomföra analysen. Den vanligast förekommande tumregeln är att samplet ska bestå av minst 200 individer (Kelloway, 1998). Som framgår av Tabell 4 deltog 162 respondenter i studien, vilket enligt denna tumregel är ett för litet sample. En annan tumregel säger att det krävs mellan 5-10 individer per beräknad parameter, det vill säga en kombination av antalet items och faktorer (Brown, 2006). Samplet om 162 individer är även för litet enligt denna tumregel. Att basera rekommendationer på samplestorlek enligt ovanstående tumregler har emellertid blivit ifrågasatt. Marsh, Hau, Balla och Grayson (1998) anser till exempel att det är viktigare att se till modellens kvalitet, det vill säga

antalet items per faktor ( $p/f$ ) och faktorladdningarnas storlek, för att bedöma ifall samplestorleken är tillräckligt stor. Gagné och Hancock (2006) utgick ifrån Marsh et al. (1998) och undersökte hur samplestorlekar om 25, 50, 100, 200, 400 och 1 000 individer,  $p/f$ , faktorladdningarnas storlek samt interaktionen mellan dessa variabler påverkade analysens resultat. En slutsats var att ju mindre sample, desto högre krav ställs det på till exempel faktorladdningarnas storlek. Gagné och Hancock (2006) har publicerat rekommendationer för samplestorlekar om mellan 25-1 000 individer i förhållande till  $p/f$  och modellernas konstruktrelabilitet, mätt med koefficienten  $H$  (Hancock & Mueller, 2001).

Att beräkna koefficienten  $H$  är – enligt Gagné och Hancock (2006) – komplicerat, vilket uppsatsförfattaren instämmer i. Trots att statistikern Dag Sörbom vid Uppsala universitet konsulterades i frågan (Personlig kommunikation och möte, 6 september, 16 september, 24 september 2010), lyckades uppsatsförfattaren inte att modifiera det syntax för beräkning av koefficienten  $H$ , som Hancock och Mueller har publicerat (SSI - Scientific Software International, Inc., 2010). Trots att det är oklart ifall samplet ( $n=162$ ) är tillräckligt stort, redovisas resultatet från en konfirmatorisk faktoranalys i denna studie. Det ska understrykas att resultatet kommer att tolkas med försiktighet och att det ska betraktas som preliminärt.

Syftet med att genomföra en konfirmatorisk faktoranalys är att undersöka ifall ihållande sorg har en *statistisk signifikans* som en egen diagnostisk entitet. Tidigare studier med ICG-R har påvisat detta förhållande. Dessa konfirmatoriska faktoranalyser har antingen analyserat förhållandet mellan *ihållande sorg*, *depression* och *ångest* (Boelen et al., 2003b; Boelen & van den Bout, 2005; Boelen & Prigerson, 2007; Dillen et al., 2008; Dillen et al., 2009) alternativt *ihållande sorg*, *depression* och *PTSD* (Boelen et al., 2010). Att fastställa den ihållande sorgens statistiska signifikans, är ett första steg för att därefter undersöka dess *kliniska relevans*. Som nämndes ovan har ICG-R använts för att identifiera personer som har ett stort lidande efter en förlust, men som inte uppfyller kriterierna för till exempel egentlig depression, GAD och/eller PTSD. Prigerson et al. (2009) fann att individer som uppfyllde kriterierna för ihållande sorg hade en signifikant högre risk att på sikt utveckla till exempel egentlig depression, GAD, PTSD, låg livskvalitet etc. I denna studie redovisas en konfirmatorisk faktoranalys av ihållande sorgsymtom mätt med PG-13, depressionssymtom mätt med depressionsfaktorn från HAD och PTSD-symtom mätt med PCL.

### *Databearbetning*

Svaren från pappersenkäterna registrerades i webbenkätens formulär. När datainsamlingen var avslutad exporterades en rådatafil med värdena från enkätens databas till *SPSS Statistics 17.0* för *Mac OS X* för statistisk analys. Den interna konsistensen hos PG-13 undersöktes genom en beräkning av *Cronbach's  $\alpha$*  samt en genomsnittlig interitemkorrelation. En alphakoefficient  $>0.7$  bedöms som tillräcklig och  $>0.8$  som tecken på god intern konsistens (Nunnally, 1978). Enligt Clark och Watson (1995) är emellertid en genomsnittlig interitemkorrelation ett mer användbart mått på intern konsistens än *Cronbach's  $\alpha$* , eftersom *Cronbach's  $\alpha$*  påverkas av antalet item och deras interkorrelationer. Clark och Watson (1995) rekommenderar att den genomsnittliga interitemkorrelationen bör vara mellan .15-.20 för skalor som mäter breda konstrukt och mellan .40-.50 för skalor som mäter snävare konstrukt. Pearsons produktmomentkorrelation ( $r$ ) använ-



des för att studera samband mellan PG-13, PCL och HAD. För att undersöka faktorstrukturen hos PG-13 genomfördes en explorativ faktoranalys (*Principal Axis Factoring*) med oblimin rotation. En oblimin rotation innebär att faktorerna tillåts att korrelera med varandra. Oberoende t-test och envägs oberoende ANOVA användes för att undersöka skillnader i medelvärden på PG-13 mellan olika grupper.

Ett sätt att få kunskap *a priori* till en konfirmatorisk faktoranalys är att genomföra en explorativ faktoranalys (Harrington, 2008). Som ett led i den konfirmatoriska faktoranalysen genomfördes därför en explorativ faktoranalys (*Principal Axis Factoring*) med varimaxrotation. En varimaxrotation innebär att de extraherade faktorerna hålls okorrelerade. Därefter genomfördes en konfirmatorisk faktoranalys med *Lisrel 8.8* för *Windows* (Jöreskog & Sörbom, 2006). Anpassning av modell ("Goodness-of-fit") utvärderades genom *the comparative fit index* (CFI), *root mean square error of approximation* (RMSEA), *standardized root mean square residual* (SRMR) och *model Akaike information criterion* (AIC). RMSEA- och SRMR-värden lägre än .05 tyder på god anpassning av modellen till data, värden mellan .05 till .08 på måttlig anpassning och värden mellan .08 till .10 på adekvat anpassning. Värden över .10 tyder på en dålig anpassning av modellen till data (Brown & Cudeck, 1993). Värden över .90 på CFI indikerar en god modell och lägre värden på AIC indikerar en bättre anpassning av modellen (Kelloway, 1998).

Sex modeller testades i den konfirmatoriska faktoranalysen. Förhållandet mellan faktorerna i modellerna 3-6 baserades på tidigare forskning samt de två explorativa faktoranalyser som genomfördes i denna studie. Benämningen av PTSD-konstrukten är hämtade från konfirmatoriska faktoranalyser av PCL (Schinka et al., 2007; Palmieri et al., 2007).

1. En modell med en faktor där items från självskattningsformulären PG-13, depressionsfaktorn HADD i HAD och PCL laddade i samma faktor.
2. En modell med tre faktorer: sorg, depression och PTSD.
3. En modell med fem faktorer: Sorg (separation), Nedstämdhet (Sorg (nedstämdhet), HADD, PTSD (dysfori/avtrubbning)), PTSD (återupplevande minnen), PTSD (förhöjd spänningsnivå), PTSD (undvikande).
4. En modell med sex faktorer: Sorg (separation), Sorg (nedstämdhet), Nedstämdhet (HADD, PTSD (dysfori/avtrubbning)), PTSD (återupplevande minnen), PTSD (förhöjd spänningsnivå), PTSD (undvikande).
5. En modell med sex faktorer: Sorg (separation), Nedstämdhet (Sorg (nedstämdhet), HADD)), PTSD (dysfori/avtrubbning), PTSD (återupplevande minnen), PTSD (förhöjd spänningsnivå), PTSD (undvikande).
6. En modell med sju faktorer: Sorg (separation), Sorg (nedstämdhet), HADD, PTSD (dysfori/avtrubbning), PTSD (återupplevande minnen), PTSD (förhöjd spänningsnivå), PTSD (undvikande).

### *Etiska överväganden*

Att genomföra en studie med deltagare som sörjer är en känslig fråga. Till exempel bedömdes sannolikheten som stor att frågorna i enkäten skulle kunna väcka plågsamma minnen och känslor till liv hos respondenterna. Därför poängterades det i början och slutet av enkäten att det var möjligt att kontakta uppsatsförfattaren ifall respondenten hade några frågor efter att han/hon besvarat enkäten. I den information som gavs i samband med rekryteringen av deltagare till studien nämndes inte explicit att studien handlade om en psykometrisk prövning av självskattningsinstrumentet PG-13. Istället användes den betydligt vagare formuleringen att studiens syfte var att undersöka hur sorg påverkar hur vi mår långsiktigt sett, se bilagorna 2 och 3. Syftet med att inte nämna den psykometriska prövningen av PG-13, var för att försöka minimera eventuell medveten påverkan på dess resultat från respondenterna. Beslutet bedöms vara i enlighet med de forskningsetiska principerna från *Vetenskapsrådet* om att informationen som ges om en studie kan vara mer eller mindre detaljerad (Vetenskapsrådet, 2002).

### Resultat

Som framgår av Tabell 4 utgörs samplet huvudsakligen av individer som förlorat ett barn (31 %) eller en partner (40 %). De vanligaste dödsorsakerna var självmord (38 %) och kronisk sjukdom som till exempel cancer (27 %). Medelåldern hos respondenterna var 47.5 år och andelen män var 10 %. Envägs oberoende variansanalyser visade på inga signifikanta skillnader i medelvärde ( $p > .05$ ) på PG-13 avseende respondenternas kön, ålder, antal år sedan förlusten, dödsorsak eller relation till den avlidne. En majoritet (80 %) av respondenterna hade sökt professionell hjälp för något som hade haft ett samband med personen som gått bort. De individer som hade sökt hjälp fick ett signifikant högre medelvärde ( $M=3.17$ ,  $SD=.77$ ) på PG-13, jämfört med dem som inte hade sökt hjälp ( $M=2.78$ ,  $SD=1.0$ ),  $t_{160}=2.435$ ,  $p < .05$ . De vanligaste orsakerna till att söka hjälp var sorgebearbetning, krisbearbetning, ångest, chock, sömnsvårigheter, depression och självmordstankar. Det fanns inget fördefinierat svarsalternativ på denna fråga, utan respondenterna fick själva fylla i anledningen/-arna till varför han/hon sökt professionell hjälp i ett fritextfält. Hälften av respondenterna (51 %) hade sökt hjälp hos en legitimerad psykolog eller legitimerad psykoterapeut.

Totalt 33 individer (20 %) screenades positivt för kriterierna A-E för ihållande sorg. Eftersom det inte ingick några diagnostiska mått för egentlig depression och GAD i denna studie, går det inte att avgöra ifall F-kriteriet är uppfyllt eller inte, se Tabell 1. I gruppen som rekryterades via annonsen i tidningen Metro screenades tre individer (12 %) positivt för kriterierna A-E för ihållande sorg. I gruppen som rekryterades via en förening eller webbplats för sörjande var motsvarande siffra 30 individer (22 %). Ett  $\chi^2$ -test, för att undersöka ifall sambandet mellan rekryteringsgrund och uppfyllandet av kriterierna A-E var signifikant gick inte att beräkna då en förväntad frekvens var  $< 5$ .

*Intern konsistens*

Som framgår av Tabell 5 uppmättes Cronbach's  $\alpha$  till .89. Cronbach's  $\alpha$  ökade inte ifall något item togs bort. Den genomsnittliga interitemkorrelationen uppmättes till .424.

Tabell 5. Cronbach's  $\alpha$  och interitemkorrelation hos PG-13 (n=162).

Cronbach's $\alpha$	Genomsnittlig interitemkorrelation	Interitemkorrelation		Item-Medel
		Min	Max	
.89	.424	-.003	.757	3.095

*Samtidig validitet*

Data från samtliga mått var normalfördelade. Skewness uppmättes till .013 för PG-13, -.813 för TRIG, .323 för HADD, .004 för HADA och .035 för PCL. En korrelationsanalys visade på att det fanns ett starkt signifikant samband mellan PG-13 och TRIG ( $r=.768$ ,  $p<.01$ ,  $r^2=.59$ ) mätt med Pearsons  $r$ , se Tabell 6. Denna korrelation var emellertid lika hög som mellan PG-13 och depressionsfaktorn HADD. Korrelationen mellan PG-13 och PCL var något högre ( $r=.788$ ) och mellan PG-13 och ångestfaktorn HADA något lägre ( $r=.710$ ) i jämförelse mellan PG-13 och TRIG.

Tabell 6. Korrelationer (Pearsons  $r$ ) av medelvärden från *Prolonged Grief Disorder* (PG-13), *The Texas Revised Inventory of Grief* (TRIG), *PTSD Checklist* (PCL) och faktorerna HADA och HADD från *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), (n=162).

	PG-13	TRIG	PCL	HADA
TRIG	.768			
PCL	.788	.606		
HADA	.710	.543	.803	
HADD	.768	.519	.757	.661

Samtliga korrelationer är signifikanta ( $p<.01$ ).

*Begreppsvaliditet*

Som framgår av Tabell 6 var det en högre korrelation mellan PG-13 och PCL ( $r=.788$ ), HADA ( $r=.710$ ) samt HADD ( $r=.768$ ) jämfört med motsvarande korrelation mellan TRIG och dessa mått ( $r=.606$ ,  $r=.543$  respektive  $r=.519$ ) mätt med Pearsons  $r$ .

Den explorativa faktoranalysen, Principal Axis Factoring med oblimin rotation, resulterade i att två faktorer med egenvärden  $>1$  extraherades. De extraherade faktorerna förklarade 48.77 % respektive 10.74 % av variansen, se Tabell 7. Tillsammans förklarade de två extraherade faktorerna 59.51 % av variansen. Två items (*Undvikande av sådant som påminner om förlusten* och *Bitterhet över förlusten*) med en kommunalitet ( $h^2$ )  $<.40$  togs bort från analysen. Av de två items som togs bort laddade den förstnämnda inte i någon av faktorerna och den sistnämnda laddade i faktor 1. De två faktorerna som extraherades gavs benämningarna *sorg (nedstämdhet)* för faktor 1 och *sorg (separationsproblematik)* för faktor 2.

Tabell 7. Explorativ faktoranalys av PG-13, (n=162).

	h2	Faktor	
		1	2
<i>B. Separationsproblematik</i>			
Stark längtan eller saknad.	.676	-.079	<b>-.857</b>
Stark känslomässig smärta.	.805	.006	<b>-.894</b>
<i>C. Kognitiva, emotionella och beteendemässiga symtom</i>			
Känt dig överväldigad.	.624	.249	<b>-.641</b>
Konfunderad över egen roll i livet.	.473	<b>.431</b>	-.369
Svårigheter att acceptera förlusten.	.437	<b>.436</b>	-.331
Svårt lita på andra.	.464	<b>.757</b>	.215
Svårt att gå vidare.	.738	<b>.805</b>	-.103
Känslomässigt avtrubbad.	.502	<b>.654</b>	-.102
Livet känns tomt och meningslöst.	.638	<b>.623</b>	-.285

Högsta faktorladdningen i fet stil.

Extraheringsmetod: Principal Axis Factoring. Rotationsmetod: Direkt oblimin.

#### *Diskriminativ validitet*

Ett t-test för oberoende mätningar visade på en icke-signifikant skillnad i medelvärde på PG-13 beroende på ifall dödsfallet kategoriserades som "onaturligt" (olycka, självmord, mord) (M=3.14, SD=.85) jämfört med "naturligt" (kronisk sjukdom, akut medicinsk orsak, hög ålder) (M=3.02, SD=.79),  $t_{159} = -.919$ ,  $p > .05$ . Ett t-test för oberoende mätningar visade på en signifikant skillnad i medelvärde på PG-13 beroende på ifall dödsfallet inträffade oväntat och plötsligt eller inte. De individer som svarade *Ja* på frågan fick ett signifikant högre medelvärde (M=3.17, SD=.80) jämfört med dem som svarade *Nej* (M=2.84, SD=.91),  $t_{160} = 2.185$ ,  $p < .05$ . Effektstorleken uppmättes till  $d = .39$ .

En explorativ faktoranalys, Principal Axis Factoring med varimaxrotation, genomfördes på PG-13, PCL och depressionsfaktorn HADD i HAD, för att ge ett underlag till förhållandet mellan faktorerna i den konfirmatoriska faktoranalysen. Den explorativa faktoranalysen resulterade i att sju items som laddade i två faktorer eller hade en kommunalitet  $< .40$  togs bort. Efter att dessa items tagits bort kvarstod 28 items: åtta items från PG-13, sex items från faktorn HADD i HAD och 14 items från PCL. Som framgår av Tabell 8 extraherades fem faktorer med egenvärden  $> 1$  som tillsammans förklarade 58.68 % av variansen. I den första faktorn, som förklarade 41.74 % av variansen, laddade items från sorg (nedstämdhet), HADD och PTSD (dysfori/avtrubning). De övriga fyra faktorerna förklarade 5.88 %, 5.26, 3.27 respektive 2.52 av variansen. Se Tabell 11 i Bilaga 4 för faktorladdningar. PCL extraherades i fyra faktorer som delvis följde indelningen av items i konstrukt som konstaterats vara bäst anpassad till data i konfirmatoriska faktoranalyser av måttet (Shinka et al., 2007). Den explorativa faktoranalysen extraherade items från PCL i konstruktet *förhöjd spänningsnivå, återupplevande minnen och undvikande*. Undantaget var det fjärde extraherade konstruktet, *dysfori/avtrubning*, som är en sammanslagning av dysfori och avtrubning. Se modell 4b och 4c/4d i Shinka et al. (2007).

Tabell 8. Explorativ faktoranalys. Extraherade faktorer från PG-13, PCL och depressionsfaktorn HADD från HAD, (n=162).

1	2	3	4	5
Sorg (nedstämdhet)	PTSD (förhöjd spänningsnivå)	PTSD (återupplevande minnen)	Sorg (separationsproblematik)	PTSD (undvikande)
HADD				
PTSD (dysföri/avtrubbning)				

Extraheringsmetod: Principal Axis Factoring. Rotationsmetod: Varimaxrotation.

En konfirmatorisk faktoranalys genomfördes där sex modeller testades. Som framgår av Tabell 9 passade enfaktorsmodellen (modell 1) och trefaktorsmodellen (modell 2) data dåligt (RMSEA >.10). Modell 3, som bestod av fem faktorer inklusive en nedstämdhetsfaktor med items från PG-13, HADD och PCL, visade på en måttlig anpassning till data (RMSEA=.075). Modell 4 och 5 var förbättringar av anpassning till data (RMSEA=.074). Slutligen genomfördes en analys med sju faktorer (modell 6) som även den visade på en måttlig anpassning till data. Modell 6 har lägst värde på RMSEA (.070), SRMR (.062) och AIC (741.12) samt ett högt värde på CFI (.98) och är den av modellerna som är bäst anpassad till data jämfört med modell 1 ( $\Delta\chi^2=672.87$ ,  $p<.001$ ). Se Tabell 12 i Bilaga 5 för faktorladdningarna i modell 6. Resultatet från den konfirmatoriska faktoranalysen ska betraktas som preliminärt, eftersom modellernas konstruktrelabilitet inte har beräknats.

Tabell 9. Konfirmatorisk faktoranalys av PG-13, HADD från HAD och PCL. Anpassning av data (n=162).

Modell	df	$\chi^2$	CFI	RMSEA	SRMR	AIC	Jämförande av modeller	$\Delta df$	$\Delta\chi^2$
1	350	1259.99*	.93	.13	.085	1371.99			
2	347	1125.82*	.94	.12	.083	1243.82	1 vs 2	3	134.17
3	340	650.29*	.97	.075	.063	782.29	1 vs 3	10	609.7
4	335	629.49*	.97	.074	.062	771.49	1 vs 4	15	630.5
5	335	626.54*	.97	.074	.063	768.54	1 vs 5	15	633.45
6	329	587.12*	.98	.070	.062	741.12	1 vs 6	21	672.87

\*  $p<.001$ . CFI = comparative fit index; RMSEA = root mean square of approximation; AIC = Akaike information criterion; SRMR = standardized root mean square residual.

Som framgår av Tabell 10 var korrelationerna mellan Sorg (nedstämdhet), HADD och PTSD (dysfori/avtrubbning) mycket höga: .88, .95 och .92. Även korrelationen mellan PTSD (dysfori/avtrubbning) och PTSD (förhöjd spänningsnivå) var mycket hög .83.

Tabell 10. Konfirmatorisk faktoranalys av PG-13, HADD från HAD och PCL. Korrelationer mellan faktorerna i modell 6 (n=162).

	Sorg1	Sorg2	HADD	PTSD1	PTSD2	PTSD3
Sorg1	1					
Sorg2	.66	1				
HADD	.64	<b>.88</b>	1			
PTSD1	.61	<b>.95</b>	<b>.92</b>	1		
PTSD2	.54	.57	.52	.58	1	
PTSD3	.56	.64	.71	<b>.83</b>	.60	1
PTSD4	.37	.55	.54	.61	.68	.59

Samtliga korrelationer är signifikanta ( $p < .001$ ). Sorg1 = Sorg (separationsproblematik), Sorg2 = Sorg (nedstämdhet), HADD = depressionsfaktorn från HAD, PTSD1 = PTSD (dysfori/avtrubbning), PTSD2 = PTSD (återupplevande minnen), PTSD3 = PTSD (förhöjd spänningsnivå), PTSD4 = PTSD (undvikande).

## Diskussion

Syftet med denna studie var att översätta självskattningsinstrumentet PG-13 till svenska och undersöka dess reliabilitet och validitet. PG-13 har till syfte att mäta förekomsten av maladaptiva sorgsymtom, och används som ett screeninginstrument till förslaget på kriterier för diagnosen ihållande sorg till DSM-V och ICD-11 (Prigerson et al., 2009).

### Metoddiskussion

Förändringarna mellan å ena sidan ICG och ICG-R samt å andra sidan PG-13 är så pass stora och omfattande att de i psykometrisk mening är att betrakta som olika mått. Den höga reliabilitet och goda samtliga, diskriminativa och begreppsvaliditet som har uppmätts för ICG och ICG-R, kan därför inte sägas gälla för PG-13. Det finns ett flertal andra metoder för att undersöka reliabiliteten och validiteten hos ett självskattningsinstrument än de som användes i denna studie. Syftet med att replikera metoderna från bland annat Bolen et al. (2003a) och Boelen et al. (2010) var för att på ett enkelt sätt möjliggöra en jämförelse mellan PG-13 och ICG-R.

Användningen av självskattningsformulär som metod för datainsamling har vissa begränsningar. Det finns ett flertal faktorer som inte kan övervakas och som kan påverka studiens resultat. Till exempel medför ifyllandet av självskattningsformulär alltid en risk för en social önskvärdhet. Det kan inte uteslutas att en del respondenter besvarat frågorna i enkäten på ett sätt han/hon *tror* att forskaren vill att de ska besvaras och att svarsalternativen inte avspeglar hur respondenten *de facto* mår/känner sig. En annan viktig punkt som måste tas i beaktning är att en del respondenter kan ha en egen agenda med att delta i studien. Det kan till exempel inte uteslutas att en del respondenter har en önskan om att sorg ska uppmärksammas mer inom forskningen och samhället i övrigt,

och därför besvarar frågorna på ett sätt som tenderar att överdriva de negativa symtomen efter en förlust.

En styrka med studien är att den baserades på ett heterogent sample vad gäller typ av dödsfall och relation till den avlidne. I studien ingick till exempel en hög andel respondenter som har förlorat ett barn (31 %) och/eller någon genom suicid (38 %). Detta är två riskfaktorer som bedöms öka risken för ihållande sorg. Tidigare studier av ICG och ICG-R har i de allra flesta fall baserats på homogena sample vad gäller typ av dödsfall och relation till den avlidne (Dillen et al., 2008; Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1995). Prigerson har eftersökt fler studier baserade på heterogena sample (Lichtenthal et al., 2004). I denna studie uppmättes dock ingen signifikant skillnad i medelvärde på PG-13 beroende på typ av dödsfall eller relation till den avlidne.

Det är viktigt att betona att samplet har en överrepresentation av respondenter vars närstående har gått bort under traumatiska omständigheter (till exempel självmord, förlorat ett barn), vilket beror på rekryteringsvägarna till studien. En övervägande majoritet (85 %) av respondenterna rekryterades via en förening, blogg eller Facebook-grupp som vänder sig till personer som sörjer efter att ha förlorat en närstående. Det faktum att en individ söker sig till en förening, blogg eller Facebook-grupp för sörjande som mist någon, kan vara en indikation på en mer "svårartad" form av sorg. Det uppmättes dock ingen signifikant skillnad i medelvärde på PG-13 beroende på ifall respondenten rekryterats till studien via annonsen i tidningen Metro eller genom en förening, blogg eller Facebook-grupp för sörjande. Däremot uppmättes en signifikant skillnad mellan de respondenter som uppgav att de hade sökt professionell hjälp (till exempel hos läkare, präst, legitimerad psykolog/legitimerad psykoterapeut) för något som hade ett samband med dödsfallet och de som ej sökt någon hjälp. De vanligaste orsakerna som uppgavs som anledning var sorgebearbetning, krisbearbetning, ångest, chock, sömnsvärigheter, depression och självmordstankar. De respondenter som sökt professionell hjälp hade ett signifikant högre medelvärde på PG-13 jämfört med dem som inte hade sökt någon hjälp. Detta bedöms vara en indikation på att en övervägande majoritet av respondenterna (80 %) har en mer "svårartad" form av sorg. Eftersom det inte finns någon data från tiden innan respondenterna sökte hjälp, går det inte att dra någon slutsats huruvida kontakten med till exempel läkare, präst, legitimerad psykolog/legitimerad psykoterapeut bidrog till att minska *eller* öka de negativa symtomen.

En svaghet är att få män (10 %) deltog i studien. Den sneda könsfördelningen är kännetecknande för ett flertal studier som har undersökt ihållande sorg. I till exempel studien av Boelen et al. (2003a) var andelen män 17 %. En förklaring till den låga andelen män i studien kan vara att färre män söker sig till de föreningar eller webbplatser som kontaktades i samband med rekryteringen av deltagare till studien. Det ligger emellertid utanför ramarna i denna studie att diskutera eventuella skillnader i sättet att sörja mellan män och kvinnor. Se Kersting och Kroker (2010) och Stroebe et al. (2001) för en diskussion. Det är dock viktigt att ha samplets sneda könsfördelning i åtanke när det gäller generaliserbarheten från resultaten i denna studie.

Det var få personer (28 stycken) som anmälde intresse för att delta i studien efter annonsens införande i *Metro*. Med tanke på ämnets allmängiltighet och att Stockholmeditionen av *Metro* trycks i en mycket stor upplaga (273 900 exemplar), var intresset för att delta i studien litet. Anledningarna till det låga intresset kan bero på till exempel:

- Sorg är ett känsligt och personligt ämne. Det kan vara plågsamt att besvara frågor om sorg som väcker minnen till liv av den som har gått bort. Ett flertal studier har funnit att ett undvikande av sådant som påminner om att den avlidne är borta är kännetecknande för ihållande sorg (Boelen et al., 2006b; Lichtenthal et al., 2004; Shear et al., 2005). Som konstaterades ovan fick emellertid undvikandemet i PG-13 en låg laddning i den explorativa faktoranalys som genomfördes i denna studie. Detta kan bero på att 85 % av respondenterna rekryterades via en förening eller webbplats som vänder sig till personer som har förlorat en närstående. Det är möjligt att dessa individer inte undviker sådant som påminner om att den avlidne har gått bort.
- Annonsens placering i tidningen. Uppsatsförfattaren har erfarenhet från rekryteringen av deltagare till ett annat forskningsprojekt att till exempel annonsens placering och/eller vilka andra artiklar och annonser som är placerade i direkt anslutning till den egna annonsen har en stor inverkan på dess respons.
- Det utgick ingen ersättning för deltagandet i studien. I vilken utsträckning detta fick presumtiva respondenter från att avstå från att delta är omöjligt att säga. En person som ringde till uppsatsförfattaren uttryckte åtminstone sin besvikelse över att det inte utgick någon ersättning och valde därför att inte delta i studien.
- Annonsens grafiska utformning, se Bilaga 1.
- Texten i annonsen, se Bilaga 1.

#### *Intern konsistens*

Den interna konsistensen hos PG-13 undersöktes genom en beräkning av *Cronbach's  $\alpha$*  samt en genomsnittlig interitemkorrelation. Som framgår av Tabell 5 uppmättes *Cronbach's  $\alpha$*  till .89 vilket tyder på en hög inre konsistens hos PG-13, enligt riktlinjerna från Nunnally (1978). Resultatet skiljer sig från den hittills enda publicerade studien av PG-13, där Schaal et al. (2009) som uppmätte *Cronbach's  $\alpha$*  till .76. Studien av Schaal et al. (2009) baserades emellertid på ett litet sample ( $n=40$ ) och är den enda studien som har undersökt ihållande sorg i ett utomeuropeiskt land, Rwanda, med en historia präglad av inbördeskrig och folkmord. Däremot ligger *Cronbach's  $\alpha$*  i denna studie nära alphakoefficienten som har uppmätts till  $>.90$  i studier med ICG-R (Boelen et al., 2003a; Prigerson et al., 1995). Den genomsnittliga interitemkorrelationen på .424 ligger inom det intervall på .40-.50 som Clark och Watson (1995) rekommenderar för snäva konstrukt, vilket ihållande sorg bedöms vara. Även den genomsnittliga interitemkorrelationen tyder på en hög inre konsistens hos PG-13. Uppsatsförfattaren har inte funnit några studier där interitemkorrelationen hos ICG-R redovisats. Slutsatsen är att PG-13 bedöms ha en hög reliabilitet, mätt med *Cronbach's  $\alpha$*  och genomsnittlig interitemkorrelationen.



### *Samtidig validitet*

Den samtidiga validiteten undersöktes genom att PG-13 förväntades ha en hög korrelation med ett annat självskattningsformulär som mäter sorgsymtom, TRIG. Denna korrelation förväntades vara högre jämfört med korrelationerna mellan PG-13 och HAD samt PCL.

PG-13 har en hög korrelation ( $r=.768$ ) med TRIG. Detta överensstämmer med resultatet i Boelen et al. (2003a) där motsvarande korrelation mellan ICG-R och TRIG uppmättes till  $r=.71$ . Däremot lyckades denna studie inte att replikera resultatet från Boelen et al. (2003a) att korrelationen mellan PG-13 och TRIG är högre jämfört med övriga mått. Som framgår av Tabell 6 är det en lika hög korrelation mellan PG-13 och TRIG som mellan PG-13 och depressionsfaktorn HADD ( $r=.768$ ). Korrelationen mellan PG-13 och TRIG jämfört med korrelationen mellan PG-13 och ångestfaktorn HADA är endast marginellt högre. Dessutom är korrelationen mellan PG-13 och PCL ( $r=.788$ ) ännu högre i jämförelse mellan PG-13 och TRIG.

Frågan är varför korrelationerna mellan PG-13 och de övriga måtten är så snarlika och ligger inom intervallet  $r=.710$ - $.788$ . Och varför är det en högre korrelation mellan PG-13 och PCL än mellan de två sorgmått PG-13 och TRIG? En möjlig förklaring kan vara att samplet till mer än hälften består av personer som har förlorat en betydelsefull person till följd av en "onaturlig" orsak (olycka, suicid, mord). I studien av Boelen et al. (2003a) var motsvarande siffra 24 %. Även andelen som har förlorat ett barn var hög i denna studie. Dessa omständigheter är traumatiska i sig, vilket kan förklara den höga korrelationen med PCL som avser att mäta PTSD-symtom. Detta samband har konstaterats i tidigare studier som har undersökt ihållande sorg i samband med dödsfall som skett under traumatiska omständigheter (Currier, Holland & Neimeyer, 2006; Goldsmith, Morrison, Vanderwerker & Prigerson, 2008; Morgan, 1994; Schaal et al., 2010). Något som styrker detta är att den allra högsta korrelationen ( $r=.803$ ) mellan måtten uppmättes mellan ångestfaktorn HADA och PCL.

Resultatet bedöms peka i riktning mot en god samtidig validitet, eftersom korrelationen mellan PG-13 och TRIG ( $r=.768$ ) är hög och dessutom ligger mycket nära korrelationen mellan ICG-R och TRIG ( $r=.71$ ) i studien av Boelen et al. (2003a). Den höga korrelationen mellan PG-13 och övriga mått bedöms bero på samplets sammansättning i denna studie.

### *Begreppsvaliditet*

Begreppsvaliditeten hos PG-13 undersöktes genom att PG-13 förväntades ha en hög korrelation med depressions- och ångestfaktorn i HAD samt PCL jämfört med en motsvarande korrelation mellan TRIG och dessa mått. PG-13 är utformat för att mäta maladaptiva sorgsymtom, vilket förväntades ha en hög samstämmighet med mått som mäter symtom för depression, ångest och PTSD. TRIG har i tidigare studier visat sig mäta sorgsymtom som är förknippade med normal sorg, och förväntas därför ha en lägre samstämmighet med dessa mått. För att undersöka faktorstrukturen hos PG-13 genomfördes en explorativ faktoranalys

Resultatet från denna studie visar på att PG-13 har en högre korrelation med PCL samt HADD och HADA från HAD jämfört med motsvarande korrelationen mellan TRIG och dessa mått, se Tabell 6. Detta tyder på att PG-13 mäter sorgsymtom som har en hög samstämmighet med olika former av psykopatologi som depression, ångest och PTSD, till skillnad från TRIG som mäter lindrigare sorgsymtom. Detta resultat överensstämmer med Boelen et al. (2003a), där samma samband uppmättes mellan å ena sidan ICG-R och BDI ( $r=.59$ ) samt ångestskalan från SCL-90 ( $r=.58$ ) och å andra sidan TRIG och dessa mått ( $r=.32$  respektive  $r=.39$ ). PG-13 bedöms ha en god begreppsvaliditet.

Den explorativa faktoranalysen av PG-13 resulterade i att två faktorer extraherades, se Tabell 7. Faktorindelningen följer i stort sett indelningen av de diagnostiska kriterierna för ihållande sorg i de två symtomklusterna, B och C, specificerade av Prigerson et al. (2009), se Tabell 1. Ett undantag är item *Känt dig överväldigad* som laddade i samma faktor som de två items som hör till separationsproblematik. Detta item hör till de kognitiva, emotionella och beteendemässiga symtomen i PG-13, men skiljer sig från de övriga items i detta kluster i två avseenden. Itemet är både formulerat på samma sätt som de två items som hör till klustret separationsproblematik och har även samma svarsalternativ som dessa. Itemet som mäter undvikande hade en låg kommunalitet ( $<.40$ ) och laddade inte i någon av faktorerna. Detta item har i tidigare studier med ICG-R fått en låg faktorladdning ( $<.30$ ) (Boelen et al., 2003a; Boelen & Prigerson, 2007; Boelen et al., 2010). Boelen et al. (2010) uteslöt undvikande-itemet i en konfirmatorisk faktoranalys av denna orsak och konstaterade att detta item är en dålig markör för ihållande sorg.

Ovanstående resultat överensstämmer inte med tidigare studier där resultaten från faktoranalyser av ICG och ICG-R har tolkats som att de två måtten är endimensionella (Prigerson et al., 1995; Boelen et al., 2003a). Boelen et al. (2003a) genomförde till exempel en explorativ faktoranalys på ICG-R som initialt resulterade i fem faktorer med egenvärden  $>1$ . Men deras tolkning av andelen förklarad varians mellan faktorerna samt av faktoranalysens *scree plot*, i kombination med att de flesta items laddade i flera faktorer, resulterade i slutsatsen att ICG-R mäter en underliggande konstrukt, ihållande sorg.

Frågan är ifall även resultatet från denna studie kan tolkas som att PG-13 är endimensionellt? Den förklarade variansen för den första faktorn uppmättes till 48.77 % och för den andra faktorn till 10.74 %. Den höga förklarade variansen av faktor 1, i kombination med en tolkning av faktoranalysens *scree plot* kan sannolikt, med god vilja, tolkas som att PG-13 är ett endimensionellt mått. Det som emellertid talar för en tvåfaktorslösning av den explorativa faktoranalysen, är den stora spännvidden mellan det minsta ( $-.003$ ) och högsta ( $.757$ ) värdet på interitemkorrelationerna, se Tabell 5. Ett endimensionellt mått ska ha interitemkorrelationer med en måttlig styrka som ligger nära det genomsnittliga interitemkorrelationsvärdet på .424 (Clark & Watson, 1995). Det som ytterligare talar för en tvåfaktorslösning är att även det preliminära resultatet från den konfirmatoriska faktoranalysen pekar på att en tvåfaktorslösning av PG-13 ger en bättre anpassning till data än en enfaktorslösning. Den första faktorn hade även en mycket hög korrelation med HADD och PTSD (dysfori/avtrubning) i den konfirmatoriska faktoranalysen, se Tabell 10.

Slutsatsen av denna studie är att PG-13 bedöms bestå av två faktorer som båda mäter olika dimensioner av ihållande sorg. Detta utesluter dock inte att PG-13 *kan* vara ett endimensionellt mått. I det första förslaget på kriterier för ihållande sorg, som togs fram

1999 av en konsensuspanel under ledning av Prigerson, delades kriterierna in i separationsproblematik ("separation distress") och traumaproblematik ("traumatic distress") (Prigerson et al., 1999). Det sistnämnda symtomklustret var tänkt att mäta sorgsymtom hos dem som blivit traumatiserade av förlusten. I Prigerson et al. (1995) ställdes frågan ifall ihållande sorg kan vara en variant av PTSD. Denna fråga besvarades senare i Prigerson et al. (1999) och Lichtenthal (2004) där de argumenterade varför ihållande sorg och PTSD bör betraktas som två separata konstrukt. Kriterierna som ingick i respektive symtomkluster i förslaget från 1999, är snarlik indelningen av symtomen i separationsproblematik samt kognitiva, känslö- och beteendemässiga symtom i det senaste förslaget från Prigerson et al. (2009). En förklaring till faktoranalysens tydliga extrahering av PG-13 i två faktorer, kan vara den höga förekomsten av dödsfall som har skett under traumatiska omständigheter (till exempel självmord, 38 %) samt plötsligt och oväntat (76 %) i detta sample.

#### *Diskriminativ validitet*

Den diskriminativa validiteten hos PG-13 undersöktes genom att de individer vars närstående hade gått bort till följd av en "onaturlig" orsak (olycka, självmord, mord eller dylikt) förväntades ha ett signifikant högre medelvärde på PG-13, jämfört med individer vars närstående hade gått bort till följd av en "naturlig" orsak (sjukdom, medicinsk orsak eller dylikt). Den diskriminativa validiteten undersöktes även genom att de individer som svarade *Ja* på frågan "*Inträffade dödsfallet plötsligt och oväntat?*" förväntades ha ett signifikant högre medelvärde på PG-13, jämfört med individer som svarade *Nej* på samma fråga. Slutligen genomfördes en konfirmatorisk faktoranalys för att undersöka ifall ihållande sorg, mätt med PG-13, är ett separat konstrukt från PTSD, mätt med PCL, samt depressionssymtom, mätt med depressionsfaktorn HADD från HAD.

Resultatet från denna studie visade på ingen signifikant skillnad i medelvärde på PG-13 beroende på ifall den avlidne gått bort till följd av en "onaturlig" respektive "naturlig" orsak. Denna studie lyckades därmed inte att replikera resultatet från Boelen et al. (2003a) där ICG-R diskriminerade mellan dessa två grupper av dödsfall. En möjlig förklaring till att resultatet inte replikerades kan vara att denna studie baserades på ett homogent sample i bemärkelsen att majoriteten (85 %) har rekryterats via en webbplats eller förening för sörjande. En tänkbar anledning till att dessa personer har sökt sig till en förening eller webbplats för sörjande kan vara att de har en mer "svårartad" sorg oavsett orsak till dödsfallet. En indikation på att en majoritet av respondenterna har en svårartad form av sorg är att 80 % av dem har sökt professionell hjälp för något som har ett samband med personen som gått bort, till exempel sorgbearbetning, krisbearbetning, ångest, chock, sömnsvårigheter, depression och självmordstankar.

En signifikant skillnad i medelvärde på PG-13 uppmättes mellan de som svarade *Ja* respektive *Nej* på frågan ifall dödsfallet inträffade plötsligt och oväntat. Dödsfall som sker plötsligt och oväntat kan ge en chockartad reaktion som påminner om symtombilden vid PTSD, och är en riskfaktor som bedöms öka sannolikheten för ihållande sorg. Detta resultat överrensstämmer med tidigare undersökningar av ICG och ICG-R (Currier et al., 2006; Goldsmith et al., 2008; Morgan, 1994; Schaal et al., 2010). Effektstorleken var emellertid måttlig enligt Cohens (1988) riktlinjer.

Resultatet från den konfirmatoriska faktoranalysen ska tolkas med försiktighet och betraktas som preliminärt. Eftersom konstruktrelabiliteten inte har beräknats, är det oklart ifall samplets storlek ( $n=162$ ) är tillräckligt stort för att genomföra en konfirmatorisk faktoranalys, enligt rekommendationerna från Gagné och Hancock (2006). Som nämndes ovan var en av slutsatserna från Gagné och Hancock (2006) att ju mindre sample, desto högre krav ställs det bland annat på faktorladdningarnas storlek. Som framgår av Tabell 12 i Bilaga 5 har fyra items faktorladdningar som är bra/starka ( $>.55$ ). Resterande 24 items har faktorladdningar som är mycket bra/starka ( $>.63$ ) eller utmärkta ( $>.71$ ), enligt riktlinjer från Tabachnick och Fidell (2007). Detta bedöms vara en indikation på att modell 6, som var bäst anpassad till data av de undersökta modellerna, har en god konstruktrelabilitet.

Modell 6 bestod av sju korrelerade men separata faktorer: Sorg (separation), Sorg (nedstämdhet), HADD, PTSD (dysfori/avtrubbning), PTSD (återupplevande minnen), PTSD (förhöjd spänningsnivå), PTSD (undvikande). Detta bedöms som en indikation på att PG-13 kan diskriminera mellan symtom för ihållande sorg, PTSD och depression. Resultatet överensstämmer delvis med en konfirmatorisk faktoranalys av ICG-R, depressionssymtom som mättes med utvalda items från BDI och PTSD-symtom mättes med *PTSD Symptom Scale Self-Report version* (Boelen et al., 2010). I den modell som var bäst anpassad till data i Boelen et al. (2010) fanns en faktor för ihållande sorg, en faktor för depression och de fyra PTSD-symtomen var uppdelade i faktorerna *återupplevande minnen*, *undvikande*, *dysfori* och *förhöjd spänningsnivå*.

Den explorativa faktoranalysen, som genomfördes inför den konfirmatoriska faktoranalysen i denna studie, visade på att items från sorg (nedstämdhet), depressionsfaktorn HADD och PTSD (dysfori/avtrubbning) laddade i en och samma faktor. Detta bedömdes vara en indikation på att det fanns en gemensam underliggande faktor för de tre måtten som mäter symtom av nedstämdhet och avtrubbning. Även den konfirmatoriska faktoranalysen visade på att det fanns ett mycket starkt samband mellan dessa tre faktorer, se Tabell 10. Men modell 6 visade på att sorg (nedstämdhet), depressionsfaktorn HADD och PTSD (dysfori/avtrubbning) förklarades bäst som tre korrelerade men separata faktorer, se Tabell 9. En tolkning av detta resultat är att de tre måtten PG-13, HAD och PCL mäter olika aspekter av nedstämdhet: en sorgrelaterad respektive PTSD-relaterad nedstämdhet som båda skiljer sig från den nedstämdhet som kännetecknar en depression. Denna tolkning bedöms vara i linje med tidigare forskning, som har visat på att nedstämdheten vid egentlig depression är mer generell och allmän, till skillnad från den sorgrelaterade nedstämdheten som är kopplad till förlusten och saknaden efter den som har gått bort, se Tabell 2. Resultat överensstämmer emellertid inte med Schaal et al. (2009) som fann att ihållande sorg, mätt med PG-13, inte är ett separat konstrukt från depression. En *multitrait correlational matrix analysis* av PG-13 och depressionssymtom, mätt med *Mini-International Neuropsychiatric Interview*, visade på att ihållande sorg istället tolkades som ett uttryck av depression (Schaal et al., 2009). Schaal et al. (2009) skiljer sig från övriga studier som har undersökt ihållande sorg med ICG och ICG-R på två punkter. Studien baserades på ett litet sample ( $n=40$ ) och genomfördes i Rwanda vars historia av inbördeskrig och folkmord skiljer sig markant från den kontext i västvärlden där övriga studier har genomförts.

PG-13 bedöms kunna diskriminera mellan å ena sidan dödsfall som har inträffat plötsligt och oväntat och å andra sidan förväntade dödsfall. Effektstorleken var emellertid måttlig. Studien ger inte stöd för att PG-13 kan diskriminera mellan dödsfall som skett av en "onaturlig" respektive "naturlig" orsak. Ett preliminärt resultat från den konfirmatoriska faktoranalysen pekar mot att PG-13 kan diskriminera mellan symptom för ihållande sorg, depression samt PTSD. Den modell som var bäst anpassad till data hade en måttlig anpassning (RMSEA=.07) enligt riktlinjerna från Brown & Cudeck (1993). Sammantaget görs bedömningen att den diskriminativa validiteten hos PG-13 är måttlig.

#### *Sammanfattning av resultaten*

Studier av föregångarna till PG-13, ICG och ICG-R, har visat på att dessa mått har en hög reliabilitet samt en god samtidig, kriterie-, begrepps-, prediktiv och inkrementell validitet. Denna studie har undersökt reliabiliteten samt begrepps- samtidig och diskriminativ validitet hos PG-13, med ett heterogent sample varav en stor andel har förlorat en närstående person under traumatiska omständigheter. Denna studie har lyckats replikera ett flertal av de resultat som har redovisats i tidigare studier där ICG och ICG-R har använts. Sammanfattningsvis är slutsatsen av denna studie att PG-13 bedöms ha en hög reliabilitet, en god begrepps- och samtidig validitet samt en måttlig diskriminativ validitet.

#### *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden*

Efter pilotstudiens genomförande fick uppsatsförfattaren en förfrågan av Holly Priger-son, en av upphovsmännen till PG-13, om att ingå i ett "international consortium", för att bland annat diskutera generaliserbarheten av de föreslagna kriterierna för ihållande sorg i olika kulturella kontexter. Detta har efterfrågats av arbetsgruppen hos DSM-V som utreder nosologin för ihållande sorg. Uppsatsförfattaren tackade ja till denna förfrågan. Detta bedöms dock inte ha påverkat tolkningen av resultaten i denna studie i vare sig positiv eller negativ riktning. I skrivande stund har uppsatsförfattaren ingen bestämd uppfattning i frågan om förslaget att införa ihållande sorg som en diagnos i DSM-V och ICD-11, vilket till stor del beror på en bristande klinisk erfarenhet av att arbeta med sörjande. Däremot är uppsatsförfattaren positivt inställd till forskning i ämnet.

#### *Vidare forskning*

Under större delen av 1900-talet fram till idag har frågan om "normal" respektive "patologisk" sorg varit ett omdiskuterat ämne inom psykologin och psykiatrin. I skrivande stund pågår som bäst utredningen av den ihållande sorgens nosologi. Men frågan är vilka konsekvenserna blir av att göra en gränsdragning mellan "normalt" och "patologiskt" i ett så pass allmänmänskligt fenomen som sorg *de facto* är? Finns det en risk att utredningen förenklar en komplex problematik och går miste om uttryckssätt som kanske vanligtvis inte förknippas med sorg, på grund av olika individuella, kulturella, religiösa eller genderspecifika faktorer? Och finns det en risk att vår syn på sorg i allmänhet förändras ifall ihållande sorg blir till en diagnos i DSM-V och ICD-11? För 15 år sedan ställde Frances, First och Pincus (1995) en fråga, i samband med publiceringen av DSM-IV, som är lika aktuell i dag: "The ever-increasing number of new categories

[i DSM-systemet. Uppsatsförfattarens anmärkning.] meant to describe the less impaired outpatient population raises the question of where psychopathology ends and the wear and tear of everyday life begins." (sid. 15).

Det finns ett flertal olika former av så kallade sorgeterapier av skiftande kvalitet. Vid en metaanalys av 23 studier konstaterade Jordan & Neimeyer (2003) att de undersökta sorgeterapierna endast hade en liten positiv effekt ( $d=.13$ ). Den mest uppseendeväckande upptäckten var dock att hela 38 % av dem som genomgick en av de undersökta sorgeterapierna blev sämre jämfört med kontrollgruppen. Slutsatsen av metastudien var att många av sorgeterapierna var ineffektiva och till och med skadliga för vissa personer (Jordan & Neimeyer, 2003). Kan diagnosen ihållande sorg bidra till att personer som har ett stort lidande efter en förlust, men som i dag inte får någon hjälp alternativt får "fel" hjälp, får "rätt" hjälp? Forskningen har visat på lovande resultat från interventioner för ihållande sorg som kombinerat tekniker från kognitiv beteendeterapi för behandling av PTSD och interpersonell terapi för behandling av depression. Och kan diagnosen ihållande sorg bidra till att tydliggöra vilka personer som kan vara i behov av kliniska interventioner och de fall som kliniker bör avstå från interventioner för att inte störa ett normalt sorgelopp? Kan diagnosen även ligga till grund för eller bidra till det etiska regelverk för utövningen av sörjandestöd som psykologen Agneta Grimby har efterlyst? Grimby menar att avsaknaden av ett etiskt regelverk har lämnat fältet fritt för olika privata aktörer, där "...lekmän med obetydligt kunnande självutnämner sig till sörjandestödare..." (Grimby, 2010).

Enligt fas-teorin och *the dual-process model of coping with bereavement* (DPM) blir den mest svåra och smärtsamma aspekten av sörjandet gradvis mindre svår med tiden. Denna studie fann emellertid ingen signifikant skillnad i medelvärde på PG-13 hos respondenterna vad gäller antalet år som gått sedan förlusten. Den hittills enda kvantitativa studien som undersökt fas-teorin uteslöt deltagare som förlorat en närstående under traumatiska omständigheter som till exempel självmord (Maciejewski et al., 2007). Det krävs fler longitudinella studier för att undersöka på vilket sätt olika former av dödsfall påverkar den sörjande. Den tidsgräns på sex månader som gäller för diagnosen ihållande sorg baseras på förluster som har skett under "normala" omständigheter. Ett flertal studier har visat på att sorgen efter dödsfall, som har skett plötsligt och oväntat, kan vara lika aktuell och smärtsam årtal och/eller decennier efter att det inträffat. Går det att differentiera tidsaspekten med hänsyn till omständigheterna kring dödsfallet?

Boelen et al. (2006b) har i sin konceptualisering av uppkomst och vidmakthållande av ihållande sorg tagit upp individuella sårbarhetsfaktorer som till exempel anknytningsmönster. Det krävs mer forskning om vilka riskfaktorerna är för att utveckla ihållande sorg. Andra viktiga frågor att undersöka gäller den generella copingförmågan att hantera alla typer av förluster och motgångar i livet, erfarenhet av ensamhet etc.

Prigerson är huvudförfattare eller medförfattare till ett stort antal studier om ihållande sorg som har publicerats de senaste 15 åren. Det krävs fler oberoende studier där Prigerson inte är medförfattare som kritiskt utvärderar de psykometriska egenskaperna hos PG-13 samt undersöker de föreslagna kriterierna för ihållande sorg.

Och sist men inte minst, vad säger de personer som har ett stort lidande efter en förlust och som diagnosen skulle beröra? Tro de sig kunna vara behjälpta av diagnosen ihållande sorg? Eller kan den istället vara stigmatiserande för den som redan har ett svårt lidande efter en förlust?

Många av dessa frågor är inte enkla att besvara men bör undersökas i större utsträckning av vad det har gjorts hittills. En fråga som kvarstår efter denna studie, och som sannolikt är enklare att besvara, gäller de resultat från tidigare studier som inte replikerades. Frågan är ifall detta beror på samplets sammansättning i denna studie, de övriga måtten som användes (till exempel HAD) eller på skillnaderna mellan ICG/ICG-R och PG-13, som till exempel:

- I PG-13 har samtliga items formulerats i form av *frågor* istället för i form av *påståenden* som i ICG-R. Även svarsalternativen till samtliga items skiljer sig åt mellan de två måtten.
- PG-13 bedöms inte ha lika personligt formulerade items som ICG-R. Flera items i ICG-R var formulerade så att respondenten skulle läsa in den avlidnes förnamn i påståendet, till exempel *I am bitter over \_\_\_'s death*. En annan skillnad är att frågorna i PG-13 innehåller mindre laddade begrepp jämfört med ICG/ICG-R. Till exempel används begreppet förlust genomgående i PG-13 istället för död och dödsfall som i ICG-R.

Har till exempel formuleringarna där begreppet död/dödsfall ingick medfört att ICG/ICG-R väckte fler negativa känslor hos respondenten i samband med att enkäten besvarades, jämfört med formuleringarna i PG-13? Har detta i sin tur påverkat hur frågorna besvarades, till exempel att respondenten kände sig mer sorgsen då enkäten besvarades? Det krävs fler studier som undersöker reliabiliteten och validiteten hos PG-13, med både homogena och heterogena sample vad gäller typ av dödsfall, relation till den avlidne, tid som har gått sedan förlusten och könsfördelning etc.

## Referenser

- Alliansen vill införa sorgepeng – DN.se. (2010). Besökt 25 augusti 2010 på [www.dn.se/nyheter/sverige/alliansen-vill-infora-sorgepeng-1.1055855](http://www.dn.se/nyheter/sverige/alliansen-vill-infora-sorgepeng-1.1055855)
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington.
- Balk, D. E., Walker, A. C., Baker, A. (2010). Prevalence and Severity of College Student Bereavement Examined in a Randomly Selected Sample. *Death Studies*, 34(5), 459-468.
- Barry L. C., Kasl S.V., Prigerson H.G. (2001). Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 447-457.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., de Keijser, J. & Hoijsink, H. (2003a). Reliability and validity of the Dutch version of the Inventory of Traumatic Grief (ITG). *Death Studies*, 27, 227-247
- Boelen, P. A., van den Bout, J., & de Keijser, J. (2003b). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1339–1341.
- Boelen, P. A. & van den Bout, J. (2005). Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: A confirmatory factor analysis study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2175-2177.
- Boelen, P. A. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy for complicated grief: Theoretical underpinnings and case descriptions. *Journal of Loss and Trauma*, 11, 1–30.
- Boelen, P. A., van den Bout, J. & van den Hout, M. (2006a). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: A prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1657-1672.
- Boelen, P. A., van den Hout, M. A., van den Bout, J. (2006b). A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 109-128.
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. A prospective study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257,444–452
- Boelen, P. A., & van den Bout, J. (2008). Complicated grief and uncomplicated grief are distinguishable constructs. *Psychiatry Research*, 157, 311–314.
- Boelen, P.A., van de Schoot, R., van den Hout, M. A., de Keijser, J., van den Bout, J. (2010). Prolonged Grief Disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 374-8.
- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coiffman, K. G., Litz, B. & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 342-351.
- Bonanno, G. A., Boerner, K. (2007). The Stage Theory of Grief. *The Journal of the American Medical Association*, 297, 2693.
- Bonanno, G. A. (2009a). Grief does not come in stages and it's not the same for everyone. Why we're wrong about grief. *Psychology Today*. Besökt 18 augusti 2010 på [www.psychologytoday.com/blog/thriving-in-the-face-trauma/200910/grief-does-not-come-in-stages-and-its-not-the-same-everyone](http://www.psychologytoday.com/blog/thriving-in-the-face-trauma/200910/grief-does-not-come-in-stages-and-its-not-the-same-everyone)
- Bonanno, G. A. (2009b). *The Other Side of Sadness: What the New Science of Bereavement Tells Us About Life After Loss*. New York, NY, US: Basic Books.
- Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss*. New York, NY: Basic Books.



- Brown, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. I K. A. Bollen & J. S. Long (Red.), *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage.
- Brown, T. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Chen, J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M., & Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*, 29, 367-380.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1995). Constructing validity: Issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309-319.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Conditions Proposed by Outside Sources | APA DSM-5. (2010). Besökt 11 augusti 2010 på [www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/ConditionsProposedbyOutsideSources.aspx](http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/ConditionsProposedbyOutsideSources.aspx).
- Currier, J. M., Holland, J. M. & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: toward a mediational model. *Death Studies*, 30, 403-428.
- Dillen, L., Fontaine, J. R. J. & Verhofstadt-Denève, L. (2008). Are Normal and Complicated Grief Different Constructs? A Confirmatory Factor Analytic Test. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 386-395.
- Dillen, L., Fontaine, J. R. J. & Verhofstadt-Denève, L. (2009). Confirming the distinctiveness of complicated grief from depression and anxiety among adolescents. *Death Studies*, 33, 437-461.
- Ehlers, A. (2006). Understanding and Treating Complicated Grief: What Can We Learn from Posttraumatic Stress Disorder?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 135-140.
- Faschingbauer, T. R., Zisook, S., & DeVaul, R. (1987). The Texas Revised Inventory of Grief. In S. Zisook (Ed.), *Biopsychosocial aspects of bereavement*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Forstmeier, S., & Maercker, A. (2007). Comparison of two diagnostic systems of complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, 99, 203-211.
- Frances, A. J., First, M. B., & Pincus, H. A. (1995). *DSM-IV guidebook*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press.
- Frances, A. (2010). How To Avoid Medicalizing Normal Grief In DSM5. *Psychiatric Times*. Besökt 27 mars 2010 på [www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1538825](http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1538825)
- Friedman, S., Samuelian, J. C., Lancrenon, S., Even, C., & Chiarelli, P (2001). Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Research*, 104, 247-257.
- Gagné, P. & Hancock, G. R. (2006). Measurement model quality, sample size, and solution propriety in confirmatory factor models. *Multivariate Behavioral Research*, 41, 65-63
- Granek, L. (2010). Grief as pathology: The Evolution of Grief Theory in Psychology From Freud to the Present. *History of Psychology*, 13(1), 46-73.
- Golden, A-M & Dagleish, T. (2009). Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress?. *Psychiatry Research*, 178, 336-341.
- Goldsmith, B., Morrison, R. S., Vanderwerker, L. C. & Prigerson, H. G. (2008). Elevated Rates of Prolonged Grief Disorder in African Americans. *Death Studies*, 32, 352-365.
- Grimby, A. (2010). Sorg och ensamhet vid förlust av närstående. *Psykologtidningen*, 7, 16-19.
- Harrington, D. (2008). *Confirmatory Factor Analysis*. New York :Oxford University Press,

- Hancock, G. R., & Mueller, R. O. (2001). Rethinking construct reliability within latent variable systems. I Cudeck, R, Toit, S du & D. Sörbom (Red.), *Structural Equation Modeling: Present and Future. A Festschrift in honor of Karl Jöreskog*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.
- Jordan, J. R. & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work. *Death Studies*, 27, 765-786.
- Jöreskog, K. G. & Sörbom, D. (2006). *LISREL 8.8 for Windows [Computer software]*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.
- Kelloway, E. K. (1998). *Using LISREL for Structural Equation Modeling. A Researcher's Guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York, NY: Macmillan.
- Latham, A. E. & Prigerson, H.G. (2004). Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 350-362.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G. & Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Lisspers, J., Nygren, A., Soderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 281-286.
- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D. & Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *The Journal of the American Medical Association*, 297, 716-723.
- Marsh, H. W., Hau, K-T., Balla, J. R., & Grayson, D. (1998). Is more ever too much? The number of indicators per factor in confirmatory factor analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 33, 181-220.
- Melhem, M. N., Shear, M. K., Day, R., Reynolds, C. F. & Brent, D. (2004). Traumatic Grief Among Adolescents Exposed to a Peer's Suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1411-1416.
- Morgan, J. P. (1994) Bereavement in older adults. *Journal of Mental Health Counseling*, 16(3), 318-326.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Palmieri, P. A., Weathers, F. W., Difede, J. & King, D. W. (2007). Confirmatory factor analysis of the PTSD Checklist and the Clinician -Administered PTSD Scale in disaster workers exposed to the World Trade Center Ground Zero. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 329-341.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F. III, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., et al. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 59: 65–79.
- Prigerson, H.G , Bierhals, A.J., Kasl, S.V., Reynolds, C.F., Shear, M.K., et al. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 616–623.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K. & Davidson, J. R. T. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A rationale and preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Prigerson H. G. & Jacobs S. C. (2001) Diagnostic criteria for traumatic grief: a rationale, consensus criteria, and preliminary empirical test. I Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, (Red.). *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care* (sid. 614–646). Washington (D.C.): American Psychological Association Press.

Prigerson H. G., Horowitz M. J., Jacobs S. C., Parkes C. M., Aslan M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B. & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 6(8): e1000121. Hämtad 14 januari 2010, från <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>

Proposed Revision | APA DSM-5. Major Depressive Episode. (2010). Besökt 6 september 2010 på [www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=427](http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=427)

Rubin, S. S., Malkinson, R. & Witzum, E. (2008). Clinical aspects of a DSM Complicated Grief Diagnosis: Challenges, Dilemmas and Opportunities. I Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., Stroebe, W. (Red.). *Handbook of Bereavement Research and Practice. Advances in Theory and Intervention*. (sid. 187-206). Washington, DC: American Psychological Association.

Schaal, S., Elbert, T. & Neuner, F. (2009). Prolonged grief disorder and depression in widows due to the Rwandan genocide. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 59(3), 203-219.

Schaal, S., Jacob, N., Dusingizemungu, J-P. & Elbert, T. (2010). Rates and risks for prolonged grief disorder in a sample of orphaned and widowed genocide survivors. *BMC Psychiatry*, 10, 55.

Schinka, J. A., Brown, L. M., Borenstein, A. R. & Mortimer, J. A. (2007). Confirmatory factor analysis of the PTSD checklist in the elderly. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 281-289.

Shear, K., Frank, E., Houck, P. R. & Reynolds III, C. F. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2601-2608.

Silverman, G. K., Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Shear, M. K., Maciejewski, P. K., et al. (2000). Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychological Medicine*, 30, 857-862.

Slutbetänkande av Arbetsförmågeutredningen. (2009). *Gränlandet mellan sjukdom och arbete. Arbetsförmåga/Medicinska förutsättningar för arbete/Försörjningsförmåga*. Statens offentliga utredningar 2009:89. Stockholm: Socialdepartementet.

SSI - Scientific Software International, Inc. (2010). Besökt 6 september 2010 på [www.ssicentral.com/otherproducts/sempfexamples.html](http://www.ssicentral.com/otherproducts/sempfexamples.html).

Stroebe, M. S. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rational and description. *Death Studies*, 23, 197-224.

Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H. & van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychology Review*, 20, 57-75.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Allyn and Bacon.

Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.

Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429-453.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1994). *PTSD Checklist-Civilian version*. Boston: National Center for PTSD, Behavioral Science Division.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

## Bilaga 1.

Annons i tidningen *Metro*, Stockholmseditionen, 10 maj 2010.

anska långt från  
nliga skönhets-  
som han ligger

mig. Men världen är så tätt  
ordnad att det finns någon  
för alla.

ERIK HELMERSON/TT SPEKTRA

att han gör bra val. Själv  
kan jag göra världens skit-  
rulle utan att det spelar  
någon roll. TT SPEKTRA

**REA**  
last kostar  
fre 14/5 – lör 15/5  
**40:-**  
sön 23/5 – tis 25/5  
**10:-**  
**ER REAN!**  
onor 20-25/5  
70% rabatt 20-25/5  
**0.00**  
mmarplagg!  
33, Stockholm  
1-18, lör 11-15  
nasverige.org

## Känner du sorg?

Vill du delta i en undersökning och  
besvara frågor om sorg efter ett dödsfall?

För mer information och anmälan:  
[www.psychology.su.se/sorg](http://www.psychology.su.se/sorg)  
eller ring 070-~~000000~~

Psykologiska institutionen,  
Stockholms universitet

**Hyr ut din bostad  
trvare och enklare!**

## Bilaga 2.

### Enkät.

---

#### **Syfte**

Syftet med denna studie är att undersöka på vilket sätt sorgen efter ett dödsfall påverkar hur vi mår långsiktigt sett. Det utgår ingen ersättning för att delta i studien. Men vi hoppas att du vill delta i studien, då syftet är angeläget för att förstå mer om hur personer som erfar sorg har det.

Studien genomförs av Pelle Alexandersson, studerande på psykologlinjen, under handledning av Elisabeth Breitholtz, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, fil. dr., lektor vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

Resultatet från studien kommer att redovisas i en examensuppsats som beräknas vara klar hösten 2010. Ifall du vill ha en kopia av examensuppsatsen, vänligen skicka ett mejl till [sorg@psychology.su.se](mailto:sorg@psychology.su.se).

#### **Etiska forskningsprinciper**

All insamlad information hanteras konfidentiellt och ingen utomstående kommer att veta att du deltagit eller kunna se hur just du svarade. Svaren på frågorna i enkäten kommer att sammanställas i oidentifierad form och presenteras så att enskilda personers svar inte kan spåras. Det är frivilligt att delta i studien och du kan när som helst avbryta din medverkan. Alla deltagare kan få en sammanställning av studiens resultat om de så önskar.

#### **Om deltagandet i studien**

För att delta i studien måste du vara 18 år eller äldre.

#### **Om enkäten**

Enkäten består av 72 frågor och tar cirka 15 minuter att besvara.

Överst på varje sida i enkäten finns en instruktion hur du ska bevara frågorna. Vänligen läs instruktionen noggrant. Vissa frågor ska du besvara utifrån hur du mår **idag**. Andra frågor ska besvaras utifrån hur du har mått den **senaste veckan** och vissa frågor utifrån hur du har mått den **senaste månaden**.

#### **Kontakt**

Ifall du har några frågor om studien, eller om några frågor dyker upp efter att du har besvarat enkäten, är du välkommen att kontakta Pelle Alexandersson.

E-post: [sorg@psychology.su.se](mailto:sorg@psychology.su.se)

Tack för att du tar dig tid att besvara frågorna i enkäten.

---

---

1. Kön  
Kvinna  
Man

2. Född år \_\_\_\_\_

3. Civilstånd  
Gift  
Skild  
Sambo  
Ogift  
Änka/änkling  
Registrerad partner

4. Har du några barn? Ifall du har förlorat ett barn, vänligen kommentera detta i fältet till höger.  
Ja  
Nej

5. Bor du tillsammans med någon?  
Nej  
Ja, med partner  
Ja, med partner OCH barn (halvtid eller mer)  
Ja, med barn (halvtid eller mer) UTAN partner  
Ja, med föräldrar  
Annat

6. Vilken är din högsta utbildning?  
Grundskola  
Gymnasium  
Universitet/högskola

7. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning för närvarande?  
Förvärvsarbete  
Vård av eget barn  
Studier  
Arbetslöshet  
Sjukskrivning, förtidspension eller motsvarande

8. Har du förlorat minst en viktig och närstående person i ett dödsfall?  
(Ifall du har förlorat flera viktiga och närstående personer vid samma tillfälle alternativt vid olika tillfällen, ha den person som stod dig närmast i åtanke när du besvarar frågorna i enkäten).  
Ja  
Nej

9. Vem har du förlorat?  
Make/maka  
Flickvän/pojkvän  
Förälder (mamma, pappa)  
Mor-/farförälder (mormor, morfar, farmor, farfar)  
Ett barn  
Ett syskon  
En släkting (t ex kusin)  
En vän  
Annat

10. För hur många månader eller år sedan gick han/hon bort?

0 månader

1 månad

2 månader

3 månader

4 månader

5 månader

6 månader

7 månader

8 månader

9 månader

10 månader

11 månader

12 månader

13 månader

14 månader

15 månader

16 månader

17 månader

18 månader

19 månader

20 månader

21 månader

22 månader

23 månader

24 månader

25 månader

26 månader

27 månader

28 månader

29 månader

30 månader

31 månader

32 månader

33 månader

34 månader

35 månader

36 månader

3-4 år

4-5 år

5-6 år

6-7 år

7-8 år

8-9 år

9-10 år

Mer än 10 år

11. Känner du dig konfunderad över vem du är sedan förlusten?

Inte alls

Obetydligt

Något

Ganska mycket

Överväldigande

12. På vilket sätt gick han/hon bort?

Kronisk sjukdom (t ex cancer)

Akut medicinsk orsak (t ex hjärtinfarkt, stroke)

Hög ålder

Olycka (t ex trafikolycka)

Katastrof (t ex tsunami)

Själv mord

Mord

Annat

12b. Under hur lång tid innan personen gick bort kände du till att han/hon var sjuk eller hade en medicinsk orsak som bidrog till/orsakade dödsfallet?

*Besvara endast denna fråga ifall du svarade "Kronisk sjukdom (t ex cancer)" eller "Akut medicinsk orsak (t ex hjärtinfarkt, stroke)" på fråga 12.*

0 månader

1 månad

2 månader

3 månader

4 månader

5 månader

6 månader

7 månader

8 månader

9 månader

10 månader

11 månader

12 månader

13 månader

14 månader

15 månader

16 månader

17 månader

18 månader

19 månader

20 månader

21 månader

22 månader

23 månader

24 månader

25 månader

26 månader

27 månader

28 månader

29 månader

30 månader

31 månader

32 månader

33 månader

34 månader

35 månader

36 månader

3-4 år

4-5 år

5-6 år

6-7 år

7-8 år



8-9 år  
9-10 år  
Mer än 10 år

13. Inträffade dödsfallet plötsligt och oväntat för dig?

Ja  
Nej

14. Hade du en olöst fråga med personen vid tidpunkten då han/hon gick bort?

Ja  
Nej

14b. Upplever du att frågan är löst i dag?

*Besvara endast denna fråga ifall du svarade Ja på fråga 14*

Ja  
Nej

15. Har du sökt professionell hjälp för något som har ett samband med personen som gått bort?

Ja (Vänligen fyll i anledningen i rutan till höger)  
Nej

15b. Vem/vilka har du sökt hjälp hos:

*Besvara endast denna fråga ifall du svarade Ja på fråga 15*

Präst  
Kurator  
Legitimerad psykolog / Legitimerad psykoterapeut  
Läkare  
Medium  
Diplomerad samtalsterapeut (t ex från *HumaNova*)  
Certifierad handledare från *Svenska Institutet för Sorgbearbetning*  
Annat:

---

*Av upphovsrättsliga skäl ingår inte frågorna 16-72 (dvs frågorna från PG-13, TRIG, PCL, HAD ) i denna bilaga*

---

Tack för din medverkan.

Resultatet från studien kommer att redovisas i en examensuppsats som beräknas vara klar hösten 2010. Ifall du vill ha en kopia av examensuppsatsen, skicka ett mejl till [sorg@psychology.su.se](mailto:sorg@psychology.su.se).


Har du några frågor om studien är du välkommen att kontakta Pelle Alexandersson:

E-post: [sorg@psychology.su.se](mailto:sorg@psychology.su.se)

---

## Bilaga 3.

Informationssida som publicerades på [www.psychology.su.se/sorg](http://www.psychology.su.se/sorg)



Hem | [Bilvande student](#) | [Utbildning](#) | [Forskning](#) | [Bibliotek](#) | [Samverkan](#) | [Internt](#) | [Om oss](#) | [Kontakt](#)

### Inbjudan till att delta i en studie om sorg

Syftet med studien är att undersöka på vilket sätt sorgen efter ett dödsfall påverkar hur vi mår långsiktigt sett. Det utgår ingen ersättning för att delta i studien. Men vi hoppas att du vill delta i studien, då syftet är angeläget för att förstå mer om hur personer som erfar sorg har det.

Studien genomförs av Pelle Alexandersson, studerande på psykologlinjen, under handledning av Elisabeth Breitholtz, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, fil. dr., lektor vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

Resultatet från studien kommer att redovisas i en examensuppsats som beräknas vara klar hösten 2010. Ifall du vill ha en kopia av examensuppsatsen, vänligen skicka ett mejl till [sorg.undersokning@psychology.su.se](mailto:sorg.undersokning@psychology.su.se).

### Vill du delta i studien?

Enkäten består av 72 frågor och tar cirka 15 minuter att besvara. Enkäten är en så kallad webbenkät och besvaras på din dator hemma. Ifall du vill delta i studien, vänligen skicka ett mejl till [sorg.undersokning@psychology.su.se](mailto:sorg.undersokning@psychology.su.se). Därefter kommer du att få en länk till enkäten mejlad till dig. Länken till enkäten är individuell.

För att delta i studien måste du vara 18 år eller äldre.

### Etiska forskningsprinciper

All insamlad information hanteras konfidentiellt och ingen utomstående kommer att veta att du deltagit eller kunna se hur just du svarade. Svaren på frågorna i enkäten kommer att sammanställas i aidentifierad form och presenteras så att enskilda personers svar inte kan spåras. Det är frivilligt att delta i studien och du kan när som helst avbryta din medverkan.

Alla deltagare kan få en sammanställning av studiens resultat om de så önskar.

### Kontakt

Har du några frågor om studien eller om några frågor dyker upp efter det att du deltagit är du välkommen att kontakta Pelle Alexandersson på [sorg.undersokning@psychology.su.se](mailto:sorg.undersokning@psychology.su.se)

Uppdaterad 2010-05-01 | [Kontakta oss](#) | [Webbredaktör](#) [www.su.se](http://www.su.se) | [Hem](#) | [Till sidans topp](#)

## Bilaga 4.

Tabell 11. Explorativ faktoranalys. Faktorladdningar hos PG-13, PCL och depressionsfaktorn HADD från HAD, (n=162).

	1	2	3	4	5
16. Stark längtan eller saknad.	.171	.062	.122	<b>.798</b>	.075
17. Stark känslomässig smärta.	.262	.194	.171	<b>.779</b>	.030
20. Känt dig överväldigad.	.380	.254	.286	<b>.596</b>	.069
21. Konfunderad över egen roll i livet.	<b>.494</b>	.191	.277	.378	.119
23. Svårt lita på andra.	<b>.538</b>	.350	.329	-.199	.116
25. Svårt att gå vidare.	<b>.769</b>	.079	.223	.207	.106
26. Känslomässigt avtrubbad.	<b>.572</b>	.215	.273	.163	.011
27. Livet känns tomt och meningslöst.	<b>.740</b>	.037	.077	.356	.183
43. Uppskattar samma saker som förut.	<b>.646</b>	.200	.097	.066	.120
45. Kan skratta.	<b>.552</b>	.254	.202	.172	.123
47. Känner mig glad.	<b>.657</b>	.250	.064	.327	.183
51. Tappat intresse för utseendet.	<b>.518</b>	.295	.112	.059	.115
53. Ser fram emot saker och ting.	<b>.744</b>	.215	.109	.339	.094
55. Njuta en bra bok etc.	<b>.421</b>	.382	.110	.225	.168
56. Plågsamma minnen.	.204	.118	<b>.583</b>	.299	.264
57. Plågsamma drömmar.	.216	.124	<b>.574</b>	.055	.071
58. Återuppleva obehaglig upplevelse.	.109	.185	<b>.755</b>	.166	.088
59. Känna sig upprörd över något som påminner om...	.189	.244	<b>.718</b>	.163	.333
61. Undvikit att tänka på...	.217	.150	.307	.093	<b>.798</b>
62. Undvikit aktiviteter...	.273	.292	.237	.073	<b>.645</b>
64. Minskat intresse för aktiviteter.	<b>.651</b>	.307	.116	.198	.129
65. Distans till andra människor.	<b>.574</b>	.341	.179	.015	.271
67. Känslan av att inte ha en framtid.	<b>.701</b>	.308	.248	.129	.121
68. Sömnproblem.	<b>.440</b>	.355	.149	.269	-.004
69. Känt mig irriterad.	.230	<b>.585</b>	.143	.023	.198
70. Koncentrationssvårigheter.	.336	<b>.637</b>	.143	.252	.177
71. Varit ”hyperalert”.	.210	<b>.659</b>	.207	.170	.047
72. Känt mig ”skakis”.	.330	<b>.634</b>	.200	.128	.111

Högsta faktorladdningen i fet stil. PG-13 (items 16-27), HADD (items 43-55), PCL (items 56-72).  
 Extraheringsmetod: Principal Axis Factoring. Rotationsmetod: Varimaxrotation.

## Bilaga 5.

Tabell 12. Konfirmatorisk faktoranalys. Faktorladdningar i modell 6 (n=162).

	Sorg1	Sorg2	HADD	PTSD1	PTSD2	PTSD3	PTSD4
16.	.73						
17.	.89						
20.	.85						
21.		.69					
23.		.58					
25.		.85					
26.		.69					
27.		.82					
43.			.67				
45.			.70				
47.			.82				
51.			.62				
53.			.87				
55.			.66				
64.				.78			
65.				.72			
67.				.81			
68.				.61			
56.					.74		
57.					.58		
58.					.75		
59.					.88		
69.						.64	
70.						.78	
71.						.73	
72.						.78	
61.							.83
62.							.85

Sorg1 = Sorg (separationsproblematik), Sorg2 = Sorg (nedstämdhet), HADD = depressionsfaktorn från HAD, PTSD1 = PTSD (dysfori/avtrubbning), PTSD2 = PTSD (återupplevande minnen), PTSD3 = PTSD (förhöjd spänningsnivå), PTSD4 = PTSD (undvikande). PG-13 (items 16-27), HADD (items 43-55), PCL (items 56-72).