

Instruktioner til det strukturerede kliniske interview: The Aarhus Prolonged Grief Disorder-Interview for ICD-11 og DSM-5-TR (A-PGDi)

Generel instruktion

A-PGDi er et struktureret klinisk interview, der er udviklet til at diagnosticere forlænget sorglidelse. Interviewet kan bruges til at stille diagnosen Forlænget Sorglidelse både i ICD 11 og DSM 5 Tr. På engelsk hedder lidelsen Prolonged Grief Disorder (PGD). PGD er en ny diagnose, som er kommet med i ICD 11 i 2018 og det er endnu uklart i hvilke omfang man vil allokere ressourcer til PGD i det danske sundhedsvæsen. Derfor må den foreliggende version af PGDinterview betragtes som foreløbig.

PGDinterview er udviklet af erfarne sorgforskere ved Enhed for Sorgforskning, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, Danmark, i tæt samarbejde med både klinikere og efterladte. Det er derefter afprøvet hos 125 voksne efterladte. Artiklen om denne udvikling og validering er under udarbejdelse ved Enhed for Sorgforskning og forventes offentliggjort i løbet af 2023.

A-PGDi muliggør som nævnt en diagnostisk vurdering af tilstedeværelsen af forlænget sorglidelse ud fra både ICD-11 kriterier og DSM-5-TR kriterier. En betydelig forskel mellem de to diagnosesystemer finder man i kriteriet for tidsperioden siden tabet. I ICD-11 kan forlænget sorglidelse tidligst diagnosticeres seks måneder efter tabet, idet der i ICD-11 specificeres et varighedskriterium for sorgreaktionen på seks måneder. I DSM-5-TR kan forlænget sorglidelse tidligst diagnosticeres 12 måneder efter tabet, og der stilles et varighedskriterium for tilstedeværelsen af symptomer på én måned. A-PGDI anlægger generelt den sidste måned som tidsafgrænsning inden for hvilken de relevante symptomer undersøges. Klassifikationsspecifikke symptomkriterier er indikeret med farverkoder (**ICD-11**, **DSM-5-TR**), mens symptomer, der er identiske i de to systemer, er markeret med "*" og uden farve. Læs 'Nøgle til scoring af ICD-11 og DSM-5-TR kriterier' sidst i dokumentet her for en specificering af forskelle mellem de to diagnostiske systemer.

Det er vigtigt, at du følger nedenstående instruktion for administration og scoring af A-PGDi for at kunne stille diagnosen forlænget sorglidelse. For at kunne anvende A-PGDI kræves det, at intervieweren er kvalificeret (dvs. er uddannet psykolog eller læge og har modtaget træning i A-PGDi). Diagnosen forlænget sorglidelse kan ikke stilles på baggrund af A-PGDi alene. Klientens fulde symptombillede må vurderes med henblik på vurdering af differentialdiagnoser. Kendte differentialdiagnoser til PGD er primært depression, angst og PTSD.

Administration

1. Læs spørgsmålene op i den rækkefølge som de står skrevet.

UNDTAGELSER:

- a. Tekst der er skrevet med ***fed og/eller kursiv skrift*** skal IKKE læses højt, men er tænkt som en støtte til intervieweren.
- b. "*(Interviewers vurdering)*" indikerer, når intervieweren på baggrund af interviewet selv vurderer symptomets tilstedeværelse – sådanne items skal IKKE læses højt.

2. Indføj den afdødes navn på de tomme linjer: f.eks. "Har du hver dag eller næsten hver dag længtes efter _____?"
3. Hvis klienten har svært ved at forstå spørgsmålene, har du mulighed for at læse de tilhørende eksempler op, som er markeret med en parentes i kursiv: f.eks. " (dvs. *følt et stort savn efter _____*) ".
4. Ved hvert spørgsmål spørges der, om klienten har oplevet symptomet "*hver dag eller næsten hver dag*". Dette henviser til **≥ 4 dage i ugen**. Hvis klienten er i tvivl om, hvor meget "*hver dag eller næsten hver dag*" tæller som, så nævn dette. Der er altid tale om et estimat, så ovenstående er blot vejledende.
5. Hvis klienten har svært ved at give et klart ja/nej-svar: Stil så mange spørgsmål, at du føler dig tilstrækkelig informeret til at kunne vurdere det enkelte item. Det er den kliniske vurdering der vægter højest og derfor er det intervieweren, der skal vurdere, hvorvidt symptomet er til stede. Klientens eventuelt dikotome, ja/nej, svar er ikke nødvendigvis tilstrækkelig for denne vurdering. Spørg evt. til eksempler eller hvordan et givent symptom viser sig for den enkelte. Du kan f.eks. sige: "I forhold til længslen, hvordan har du så mærket længslen?" I tilfælde af, at en tvivl ikke kan tilstrækkelig afklares, bør det enkelte item scores konservativt – dvs. symptomet kan ikke vurderes og markeres med "9".
6. Vurderes et symptom at være tilstede, skal dets intensitet samtidig vurderes. Ved intensitet forstås i hvilken grad symptomet er tilstede og piner klienten. Det anbefales at gøre brug af "GRADUERINGSSKALA TIL BRUG VED PROLONGED GRIEF DISORDER-INTERVIEW (A-PGDi)". Hvis klienten svarer bekræftende i forhold til et givent symptom, så spørg da: "*hvor meget piner dette dig?*" samtidig med at du viser klienten "GRADUERINGSSKALA TIL BRUG VED PROLONGED GRIEF DISORDER-INTERVIEW (A-PGDi)". Hvis klienten ikke forstår "piner", så spørg alternativt "*hvor pinefuldt opleves det?*" eller "*hvor meget er du plaget af det?*" Hvis interviewet foretages online, så forklar klienten, at han/hun kan svare fra slet ikke (0) til i virkelig høj grad (4) og vis evt. skalaen på papir via videokameraet. Hvis klienten siger klart "nej" til et spørgsmål/tilstedeværelsen af et symptom og du vurderer at svaret er pålideligt, og at symptomet altså ikke er tilstede, så spørg da **IKKE** ind til symptomets sværhedsgrad. Information om intensiteten af symptomet er tiltænkt som en hjælp til intervieweren i forhold til, at kunne vurdere i hvilken grad, klienten samlet set er plaget af intens emotionel smerte.
7. Hvis der svares "nej" til et spørgsmål med en pil efter: "**NEJ →**", afsluttes interviewet, da klienten derved ikke lever op til kernekriterier for forlænget sorglidelse. (I forskningsprojekter stilles **ALTID** alle A-PGDi spørgsmål)
8. Efter gennemførelsen A-PGDi er der mulighed for at stille de fire ekstra åbne spørgsmål som kan give en nærmere forståelse af klienten og hans/hendes motivation for at få hjælp. (Dette **SKAL** gøres i forskningsprojektet efter at A-PGDi, og eventuelt strukturerede interviews for andre psykiske lidelser, er gennemført).

Scoring og diagnostisk status på forlænget sorglidelse

De enkelte spørgsmål scores kategorisk (ja/nej) i forhold til at bestemme, hvorvidt symptomet er tilstede og i tilstrækkelig grad (dvs. hver dag eller næsten hver dag).

Hvis symptomet er tilstede (svar = ja), scores graden af symptomet kontinuert (Slet ikke, i mindre grad, i nogen grad, i høj grad, i virkelig høj grad). Denne graduering bruges til at understøtte en vurdering af intensiteten. Intensitet handler om, i hvilken grad klienten oplever, at et givent symptom piner ham/hende, samt føler sig plaget/forstyrret af det. Dette er tiltænkt som en hjælp til interviewerens vurdering af om klienten samlet set vurderes at være kendetegnet ved intens emotionel smerte. Ved efterfølgende behandlingsforløb kan A-PGDi inklusiv intensitet gentages ved endt behandling. A-PGDi kan afgøre om lidelsen er behandlet (ikke længere kan diagnosticeres) mens intensitetsmålingen kan bruges til vurdering af, om den samlede psykiske smerte forbundet med tabet er reduceret.

Til vurdering af diagnostisk status på forlænget sorglidelse anvend: 'Nøgle til scoring med ICD-11 og DSM-5-TR kriterier', som du finder efter selve interviewet.

Diagnostiske kriterier på forlænget sorglidelse i ICD-11 og DSM-5-TR (engelsk version)

ICD-11 diagnostiske kriterier (WHO, 2022)
Prolonged grief disorder is a disturbance in which, following the death of a partner, parent, child, or other person close to the bereaved, there is persistent and pervasive grief response characterised by longing for the deceased or persistent preoccupation with the deceased accompanied by intense emotional pain (e.g. sadness, guilt, anger, denial, blame, difficulty accepting the death, feeling one has lost a part of one's self, an inability to experience positive mood, emotional numbness, difficulty in engaging with social or other activities). The grief response has persisted for an atypically long period of time following the loss (more than 6 months at a minimum) and clearly exceeds expected social, cultural or religious norms for the individual's culture and context. Grief reactions that have persisted for longer periods that are within a normative period of grieving given the person's cultural and religious context are viewed as normal bereavement responses and are not assigned a diagnosis. The disturbance causes significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.
DSM-5-TR diagnostiske kriterier (Prigerson et al., 2021)
A. The death, at least 12 months ago, of a person who was close to the bereaved (for children and adolescents, at least 6 months ago). B. Since the death, there has been a grief response characterized by one or both of the following, to a clinically significant degree, nearly every day or more often for at least the last month: 1. Intense yearning/longing for the deceased person 2. Preoccupation with thoughts or memories of the deceased person (in children and adolescents, preoccupation may focus on the circumstances of the death) C. As a result of the death, at least 3 of the following 8 symptoms have been experienced to a clinically significant degree since the death, including nearly every day or more often for at least the last month: 1. Identity disruption (e.g., feeling as though part of oneself has died) 2. Marked sense of disbelief about the death 3. Avoidance of reminders that the person is dead (in children and adolescents, may be characterized by efforts to avoid reminders) 4. Intense emotional pain (e.g., anger, bitterness, sorrow) related to the death 5. Difficulty with reintegration into life after the death (e.g., problems engaging with friends, pursuing interests, planning for the future) 6. Emotional numbness (i.e., absence or marked reduction in the intensity of emotion, feeling stunned) as a result of the death 7. Feeling that life is meaningless as a result of the death 8. Intense loneliness (i.e., feeling alone or detached from others) as a result of the death D. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. E. The duration and severity of the bereavement reaction clearly exceeds expected social, cultural, or religious norms for the individual's culture and context. F. The symptoms are not better explained by major depressive disorder, posttraumatic stress disorder, or another mental disorder, or attributable to the physiological effects of a substance (e.g., medication, alcohol) or another medical condition.

Symptomadskillelse i Forlænget Sorglidelse:

I psykiatriske diagnoser vil nogle symptomer korrelere relativt højt. Det er helt forventeligt, idet symptomerne tilsammen udgør et syndrom og derfor er internt relaterede til hinanden. Det er dog vigtigt konceptuelt at kunne adskille symptomerne fra hinanden. For diagnoser som PTSD og depression, der har eksisteret længe, er denne konceptuelle adskillelse mere entydig. For FSL, som er en helt ny diagnose, er der stadig udfordringer med at adskille nogle af symptomerne klar. Dette gør sig særligt gældende for ICD-11 PGD, hvor symptomerne på emotionel smerte/pine blot er listet op som en række af ord uden yderligere forklaring. Vi arbejder derfor løbende med at adskille de symptomer hvor der er særlige udfordringer med at adskille dem konceptuelt fra hinanden. Nedenfor ses de overvejelser der foreløbigt er gjort.

Vrede versus Bitterhed	Vrede (item D4) Her er der tale om en generel tilstand af pirrelighed og frustration, som kan blive rettet mod større og mindre irritationsmomenter der kan opstå i hverdagen. Vreden er ofte relateret til noget der sker i nutiden. Vreden behøver ikke nødvendigvis at være relateret til tabet, men kan være det. Det er muligt, at en langvarig tilstand af vrede kan føre til bitterhed med tiden, men dette er ikke dokumenteret. (f.eks. gået og være rasende, ”gal i skralden”, haft en kortere lunte eller voldsomt irriteret)	Bitterhed (item D14) Her er der tale om en oplevelse af, at livet og dets omstændigheder er uretfærdig. Man kan for eksempel føle sig skuffet over, hvordan livet har formet sig for en, eller opleve at andre, som ikke har mistet, er utaknemmelige over deres ”lette” liv. Bitterheden er ofte relateret til fortiden, her særligt til tabet. Bitterheden er ofte relateret til tabet, f.eks. ved en oplevelse af, at tabet og de konsekvenser tabet har medført er uretfærdige. Bitterhed er ofte mere specifik end vrede og er ofte rettet mod andre mennesker. Bitterhed kan være et resultat af længere tids uforløst vrede (f.eks. forurettet, fortørnet eller skuffet over livet som det er for dig lige nu)
	(Brodbeck et al., 2019; Znoj, 2011) plus vores A-PGDScale artikel	
Skyldfølelse versus Selvbebrejdelse	Skyldfølelse (item D2) Skyld kan forstås som et paraplybegreb, der indeholder flere kognitive og emotionelle komponenter. Skyld drejer sig om angrende følelsesmæssig reaktion, hvor man eksempelvis føler, at man ikke har levet op til egne standarder eller forventninger i forhold til dødsfaldet, i forholdet til afdøde eller i forhold til andre mennesker. Skyld indebærer både følelser af at fortryde ting, man ikke fik oplevet sammen med afdøde eller andre, skyld over at man stadig er i live og kan glædes uden afdøde m.m. (overlevelsesskyld). (f.eks. følt skyld over at leve videre eller glædes uden _____ eller følt skyld over at jeg ikke har kunnet give _____ alt det han/hun gav mig eller jeg synes, at jeg skulle have været død i stedet for) (Li et al., 2019)	Selvbebrejdelse (item D3) Selvbebrejdelse kan siges at være en del af skyld men drejer sig mere specifikt om, at man kritisk tilskriver sig selv skyld over ting man eksempelvis kunne have gjort anderledes og bebrejder sig selv dette. En slags indre kritiker. (f.eks. bebrejdet dig selv for tabet, at du ikke gjorde nok, tænkt at du skulle have handlet eller sagt noget anderledes eller er meget kritisk over for dig selv) (Stroebe et al., 2014)

***Manglende accept
versus benægtelse***

Manglende accept (item D6)	Benægtelse (eng: denial/disbelief) (item D5)
Her er der tale om, at det at tabet er sket, er uacceptabelt for en. Man ved godt det er sket, men kan ikke acceptere at det er sådan det er. <i>f.eks. oplevet at det er svært at komme overens med, at _____ faktisk er død eller at du godt ved, at _____ er død, men at du vil ikke have det)</i>	Her er der tale om, at man simpelthen ikke kan tro på, at tabet er sket. Man ved det godt, men det føles som om han/hun stadig er der eller bør være der, og derfor helt uvirkeligt at han/hun er død. <i>(f.eks. selvom du rationelt ved, at _____ er død, er det svært helt at tro på, det føles uvirkeligt at _____ er borte for altid)</i>
Det har ikke været muligt at finde kilder til forskellen mellem manglende accept og benægtelse i sorglitteraturen. Beskrivelsen ovenfor er derfor tentativ.	

Kort introduktion til patienten inden A-PGDiinterviewet begynder (idet der er tale om en diagnose og dermed en sygdom bruges betegnelse patient her)

Jeg vil nu interviewe dig om en række måder, man kan have det på efter man har mistet en nærtstående person. Det er naturligt at være påvirket og at sørge i forbindelse at en nærtstående person er død, men for nogle varer sorgen ved i lang tid og er samtidig så smertefuld og invaliderende, at der kan være tale om tilstand man har brug for psykologisk/professionel hjælp til. Det kaldes 'forlænget sorglidelse'. Formålet med dette interview er at undersøge om, du har symptomer på forlænget sorglidelse.

For de fleste af de følgende spørgsmål, vil jeg bede dig om at svare ud fra, hvordan du har haft det i den seneste måned.

For hvert spørgsmål vil jeg stille, vil jeg også være interesseret i, hvor OFTE du oplevet symptomet og hvor MEGET det piner dig. I forhold til hvor meget det piner dig, vil jeg bede dig om at angive på en skala fra 0 til 4 alt efter, hvor stærkt eller intenst du har oplevet det som pinefuldt [*Vis klienten:*

GRADUERINGSSKALA TIL BRUG VED PROLONGED GRIEF DISORDER-INTERVIEW (A-PGDi) og forklar at klienten kan pege på figuren for at angive intensitetsgraden for symptomet)]

Det kan være jeg kommer til at stoppe dig et par gange under interviewet. Det er ikke fordi jeg ikke er interesseret i det, du siger, men fordi jeg bliver nødt til at fokusere på de spørgsmål, som jeg skal stille dig i den korte tid, vi har sammen. Det håber jeg er okay med dig.

Hvis der er nogle spørgsmål, du ikke forstår, eller hvis du bliver meget overvækket af spørgsmålene, så fortæl det endelig, så sætter vi tempoet ned og snakker om det.

Har du nogle spørgsmål inden vi går i gang?

Structured Clinical Interview for Prolonged Grief Disorder (A-PGDi)

ICD-11
DSM-5-TR
*= Fælles

Kriterium A: Efterladt som pårørende ved nærtstående dødsfald.

A. Er en af dine nærmeste død? * Hvad var din relation til den person, der er død? (f.eks. en partner, forældre, søskende, barn eller anden nærtstående person) Skriv svaret her: _____ Hvad var hans/hendes navn? Skriv svaret her: _____ (Sig navnet ved linjerne nedenfor)	JA NEJ →
---	-------------------------------

Kriterium B: Tidskriterium.

B. Hvor mange måneder er der gået siden tabet? Skriv svaret her: _____ B1. ≥ 6 måneder? B2. ≥ 12 måneder?	JA NEJ → JA NEJ →
--	--

Kriterium C: Forekomst af en eller flere de følgende invaderende symptomer som er begyndt efter dødsfaldet.

Der spørges til oplevelser i den seneste måned

C1. Har du hver dag eller næsten hver dag længtes efter _____? * (dvs. følt et stort savn efter _____) Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 1 2 3 4 Slet ikke I mindre grad I nogen grad I høj grad I virkelig høj grad	JA NEJ	9
C2. Har dine tanker hver dag eller næsten hver dag ufrivilligt kredset om _____? * (f.eks. at dine tanker om _____ fyldte det hele, at du ikke kunne give slip på dem igen, at tankerne fremkom på uhensigtsmæssige tidspunkter (eks. på arbejde, til en fest), at du var "fanget" af tankerne) Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 1 2 3 4 Slet ikke I mindre grad I nogen grad I høj grad I virkelig høj grad	JA NEJ	9

ER DER SVARET JA til ÉN ELLER BEGGE ITEMS I C? *	JA	NEJ →	
---	----	-------	--

Kriterium D: Negative ændringer i kognition, humør og/eller adfærd, som er begyndt er eller blevet forværret efter dødsfaldet. <u>Der spørges til oplevelser i den seneste måned</u>			
D1. Har du hver dag eller næsten hver dag følt dig trist eller bedrøvet? * <i>(f.eks. været nedtrykt og ked af det)</i> Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 Slet ikke 1 I mindre grad 2 I nogen grad 3 I høj grad 4 I virkelig høj grad	JA	NEJ	9
D2. Har du hver dag eller næsten hver dag haft skyldfølelse? <i>(f.eks. følt skyld over at leve videre eller glædes uden _____, en følelse af fortrydelse eller jeg synes, at jeg skulle have været død i stedet for)</i> Hvis JA Hvor meget piner dette dig? 0 Slet ikke 1 I mindre grad 2 I nogen grad 3 I høj grad 4 I virkelig høj grad	JA	NEJ	9
D3. Har du hver dag eller næsten hver dag haft selvbefejdelser? <i>(f.eks. bebrejdet dig selv for tabet, at du ikke gjorde nok, tænkt at du skulle have handlet eller sagt noget anderledes, er meget kritisk over for dig selv)</i> Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 Slet ikke 1 I mindre grad 2 I nogen grad 3 I høj grad 4 I virkelig høj grad	JA	NEJ	9
D4. Har du hver dag eller næsten hver dag følt vrede? * <i>(f.eks. gået og være rasende, "gal i skralden", haft en kortere lunte eller voldsomt irriteret)</i> Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 Slet ikke 1 I mindre grad 2 I nogen grad 3 I høj grad 4 I virkelig høj grad	JA	NEJ	9

D5. Har du hver dag eller næsten hver dag haft svært ved at begribe at _____ er død? * (f.eks. selvom du rationelt ved, at _____ er død, er det svært helt at tro på, det føles uvirkeligt at _____ er borte for altid) Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 1 2 3 4 Slet ikke I mindre grad I nogen grad I høj grad I virkelig høj grad	JA NEJ	9
D6. Har du hver dag eller næsten hver dag haft svært ved at acceptere, at _____ er død? f.eks. oplevet at det er svært at komme overens med, at _____ faktisk er død eller at du godt ved, at _____ er død, men at du vil ikke have det) Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 1 2 3 4 Slet ikke I mindre grad I nogen grad I høj grad I virkelig høj grad	JA NEJ	9
D7. Har du hver dag eller næsten hver dag følt, at du har mistet en del af dig selv? * (f.eks. opleve at en del af dig selv er død eller at du ikke længere er den samme) Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 1 2 3 4 Slet ikke I mindre grad I nogen grad I høj grad I virkelig høj grad	JA NEJ	9
D8. Har du hver dag eller næsten hver dag ikke kunnet opleve positive følelser? (f.eks. ikke kunne glæde dig eller ikke kunnet grine af noget som du ellers har syntet var sjovt/morsomt) Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 1 2 3 4 Slet ikke I mindre grad I nogen grad I høj grad I virkelig høj grad	JA NEJ	9
D9. Har du hver dag eller næsten hver dag oplevet ikke at kunne føle noget? * (f.eks. at have svært ved at mærke lige så intense følelser, som du plejede at gøre, været følelsesmæssig lammet, følelserne har været falmet). Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 1 2 3 4 Slet ikke I mindre grad I nogen grad I høj grad I virkelig høj grad	JA NEJ	9

D10. Har du hver dag eller næsten hver dag haft svært ved at engagere dig i sociale eller andre aktiviteter? * <i>(f.eks. have svært ved at mødes med venner, bibeholde interesser eller lægge planer for fremtiden)</i> Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 1 2 3 4 Slet ikke I mindre grad I nogen grad I høj grad I virkelig høj grad	JA NEJ	9
D11. Har du hver dag eller næsten hver dag følt ensomhed? <i>(f.eks. følt dig alene selv når er du var sammen med andre, have en følelse af ensomhed)</i> Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 1 2 3 4 Slet ikke I mindre grad I nogen grad I høj grad I virkelig høj grad	JA NEJ	9
D12. Har du hver dag eller næsten hver dag forsøgt at undgå noget, der kunne minde dig om, at _____ er død? <i>(f.eks. undgå bestemte tanker, følelser, steder, musik, samtaleemner m.m. eller at holde dig konstant i gang)</i> Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 1 2 3 4 Slet ikke I mindre grad I nogen grad I høj grad I virkelig høj grad	JA NEJ	9
D13. Har du hver dag eller næsten hver dag følt, at livet er meningsløst efter _____ er død? <i>(f.eks. at livet er formålsløst og tomt)</i> Hvis JA: Hvor meget piner dette dig? 0 1 2 3 4 Slet ikke I mindre grad I nogen grad I høj grad I virkelig høj grad	JA NEJ	9

JA ≥ 1 ?
JA > 3 ?

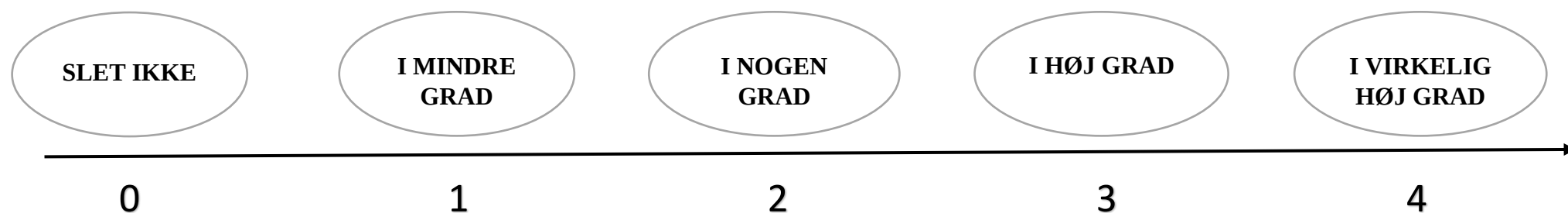
OBS! Er funktionsnedsættelsen fysisk/somatisk betinget?
(Interviewers vurdering)

Kriterium F: Sorgreaktionen overskrider klart sociale, kulturelle eller religiøse normer inden for individets kultur og kontekst			
F. Overskrider sorgreaktionen klart sociale, kulturelle eller religiøse normer inden for individets kultur og kontekst? *			
F1. Har nogen i din omgangskreds udtrykt bekymring om din sorgreaktion? (f.eks. at de oplever, at den overskrider, hvad de finder normalt i forhold til jeres sociale, kulturelle eller religiøse normer)	JA	NEJ	9
F2. Er du selv bekymret for din sorgreaktion, herunder at den overskrider, hvad du havde forventet? (f.eks. i forhold til de mennesker, du omgiver dig med eller hvad du tænker er normalt)	JA	NEJ	9
F3. (Interviewers vurdering)	JA	NEJ→	9

Kriterium G: Symptomdebut- og varighed			
G1. Hvis du tænker tilbage på de sidste 6 måneder, vil du så sige, at du samlet set har haft det på den her måde i den periode? (Dvs. siden _____ måned, altså for så lang tid siden)	JA	NEJ→	9

Scoringsark til scoring med hhv. ICD-11 og DSM-5-TR-kriterierne for PGD							
Diagnostiske kriterier	Symptomer	Symptom Tilstede= 1 Ikke tilstede= 0	ICD-11 kriterier		DSM-5-TR kriterier		
Kriterium A: Efterladt som pårørende ved nærtståendes dødsfald.	A. En af de nærmeste død		Tilstede		Tilstede		
Kriterium B: Tidskriterium.	B1. > 6 måneder		≥ 6 måneder		≥ 12 måneder		
	B2. ≥ 12 måneder						
Kriterium C: Forekomst af en eller flere de følgende invaderende symptomer som er begyndt efter dødsfaldet.	C1. Længsel*		≥ 1 symptom		≥ 1 symptom		
	C2. Optagethed (eng: preoccupation)*						
Kriterium D: Negative ændringer i kognition, humør og/eller adfærd, som er begyndt er eller blevet forværret efter dødsfaldet.	D1. Tristhed*		≥ 1 symptom		≥ 3 symptom		
	D2. Skyldfølelse						
	D3. Selvbefredelse						
	D4. Vrede*						
	D5. Benægtelse (eng: disbelief/denial)*						
	D6. Manglende accept						
	D7. Identitetsforstyrrelse*						
	D8. Fravær af positiv humør/følelser						
	D9. Følelsesløshed*						
	D10. Mindsket aktivitet*						
	D11. Ensomhed						
	D12. Undgåelse						
	D13. Meningsløshed						
	D14. Bitterhed						
	Samlet scorer i Kriterium D (ICD-11)						
	Samlet scorer i Kriterium D (DSM-5-TR)						
	Klinisk vurdering af om klienten samlet set er plaget af intens emotionel smerte			Tilstede		Tilstede	
Kriterium E: Tabet forårsager klinisk betydelig forstyrrelse eller forringelse af evnen til at fungere socialt, arbejdsmæssigt eller på andre vigtige områder.	E. Funktionsnedsættelse (generel)		Tilstede		Tilstede		
	E1. Arbejde/studie/daglige opgaver						
	E2. Socialt						
	E3. Familieliv/hjemmet						
	E4. Andre områder						
Kriterium F: Sorgreaktionen overskrider klart sociale, kulturelle eller religiøse normer.	F1. Omgangskreds		Tilstede		Tilstede		
	F2. Eget perspektiv						
	F3. Interviewers vurdering						
Kriterium G: Symptomdebut- og varighed.	Symptom varighed		Varighed: ≥6 måneder		Varighed: >1 måned		
Symptombilledet må ikke være bedre beskrevet af anden diagnose, fysiologisk reaktioner på stoffer (f.eks. medicin, alkohol) eller andre medicinske tilstande.							
Identificeret Forlænget sorglidelse ifølge ICD-11 og/eller DSM-5-TR kriterier? Hvis ja, sæt kryds i henholdsvis ICD-11 og/eller DSM-5-TR.							

GRADUERINGSSKALA TIL BRUG VED AARHUS PROLONGED GRIEF DISORDER-INTERVIEW (A-PGDi)



LAV OPSUMMERING PÅ BAGGRUND AF INTERVIEWET: Så på baggrund af de ting, du har fortalt mig, så kunne det tyde på...

Lav en opsummering af de symptomer, der måtte være til stede, hvad tyder klientens vanskeligheder samlet set at være karakteriseret af?

Ekstra spørgsmål:

Nu har vi snakket om alle de her forskellige oplevelser, som man kan have efter et tab. I forhold til hvordan du oplever din situation:

1. Hvad volder dig mest pine/smerte ved din nuværende situation?

2. Er der noget, du kunne tænke dig at få hjælp til i forhold din nuværende situation?

3. Er der noget, der særligt har hjulpet dig efter _____ døde?
Hvis ja, hvad har det så været?

4. Er der noget i forhold til din situation, som jeg ikke har spurgt til, men som du oplever er vigtigt?

AFSLUT INTERVIEWET

- Brodbeck, J., Berger, T., Biesold, N., Rockstroh, F., & Znoj, H. J. (2019). Evaluation of a guided internet-based self-help intervention for older adults after spousal bereavement or separation/divorce: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 252, 440-449.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.008>
- Li, J., Tendeiro, J. N., & Stroebe, M. (2019). Guilt in bereavement: Its relationship with complicated grief and depression. *International Journal of Psychology*, 54(4), 454-461.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1002/ijop.12483>
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale
[<https://doi.org/10.1002/wps.20823>]. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20823>
- Stroebe, M., Stroebe, W., van de Schoot, R., Schut, H., Abakoumkin, G., & Li, J. (2014). Guilt in bereavement: The role of self-blame and regret in coping with loss. *PLoS ONE*, 9(5), 9.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096606>
- WHO. (2022). ICD-11: Prolonged Grief Disorder
In. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>: World Health Organisation.
- Znoj, H. (2011). Embitterment—A larger perspective on a forgotten emotion. In M. Linden & A. Maercker (Eds.), *Embitterment: Societal, psychological, and clinical perspectives* (pp. 5-16, Chapter xviii, 328 Pages). Springer-Verlag Publishing, New York, NY. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/978-3-211-99741-3_2