

Helsemessige følger av sorg

Margaret Stroebe , Henk Schut og Wolfgang Stroebe

Helsemessige følger av sorg

Sorg er ikke en sykdom, og de fleste mennesker tilpasser seg uten profesjonell psykologisk behandling. Men noen opplever ekstrem, vedvarende mental og fysisk uhelse. Derfor er sorg et viktig tema, i forebyggende arbeid og i klinisk praksis.

ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND



Artikkelen er opprinnelig trykket i Lancet, 2007, 370: 1960–1973. Oversettelsen er gjort av Tone Anderssen med Atle Dyregrov som fagkonsulent.

Forskning på belastende livshendelser har gjennomgått en betydelig utvikling i de siste tre tiår, fra studier av kumulative virkninger av livshendelser (målt ved hjelp av skalaer som The social readjustment rating scale [SRRS])⁸, til fokus på spesifikke livshendelser, som tap av nærstående personer. En ektefelles død rangeres som den livshendelsen som krever størst tilpasning på SRRS-skalaen; dermed fastslås det at sorg ved tap av nærstående person er en svært belastende hendelse. Det finnes omfattende forskning på sorg, definert som nylig tap av en nærstående person ved død.³ Tap ved død forekommer relativt sjelden i en persons barndom, men før eller siden vil denne typen tap ramme så å si alle mennesker. Blant personer under 18 år har 3,4 % opplevd tap av en forelder,⁹ mens det i den eldre delen av befolkningen er tap av ektefelle som er mest vanlig; 45 % av kvinner og 15 % av menn over 65 år opplever å miste sin ledsager.¹⁰ Tap kan dermed sies å være en normal, naturlig menneskelig opplevelse – en opplevelse de fleste mennesker lærer seg å leve med etter en viss tid. De fleste opplever imidlertid en periode med intens smerte, med økt fare for å utvikle mentale og fysiske helseproblemer. Tilpasningen kan ta måneder, til og med år, og tar ulik form fra menneske til menneske og fra kultur til kultur. Noen opplever ekstrem, vedvarende mental og fysisk uhelse. Sorg er derfor et viktig tema, ikke bare med tanke på forebyggende arbeid, men også for klinisk praksis.

Resultatet tyder på at sørgende personer som virkelig trenger medisinsk behandling, ikke nødvendigvis oppsøker eller får slik hjelp

Sorg defineres som en i hovedsak emosjonell respons på tap, med ulike psykologiske og fysiske reaksjoner.³ I de siste tiårene har vitenskapelige studier av symptomer, mentale og fysiske helseproblemer og måter å håndtere sorg på øket kraftig.^{3,11} Forskningen har søkt å utvikle metoder for å identifisere og tilby forebyggende behandling til personer som befinner seg i faresonen for å utvikle tapsrelaterte helseproblemer. Vårt fokus i denne artikkelen er status per i dag, med hensyn til kunnskap om konsekvenser av tap og omsorg for sørgende. Vi vil ta for oss publiserte vitenskapelige tekster som omhandler mentale og fysiske følger av sorg. Vi stiller to grunnleggende spørsmål: Hvilke psykologiske og fysiske følger har tap av en nærstående person for de etterlatte? Er faren for å bukke under for sykdom større for sørgende enn for ikke-sørgende? Vi vil forsøke å stadfeste forekomsten av helseproblemer og identifisere spesielt sårbare subgrupper. Vi vil også gjennomgå studier av hvordan intervensjonsprogrammer kan redusere faren for negative helsemessige konsekvenser hos sørgende, og stille et tredje spørsmål: Kan rådgivere og terapeuter bidra til å redusere helseproblemer hos sørgende mennesker?

Dødelighet ved sorg

Generelle mønstre

I flere tiår har en rekke forskere undersøkt hvorvidt en kjær persons død øker risikoen for dødelighet for den etterlatte – det vi ofte omtaler som «å dø av et knust hjerte». Den mest pålitelige og gyldige informasjonen er oppnådd med longitudinelle undersøkelser som sammenligner sørgende med ikke-sørgende, dvs. mennesker som har opplevd tap med de som ikke har opplevd tap. Samtidig kontrolleres det for samvarierende variabler⁷, som sosioøkonomiske faktorer og livsstilsforhold, som den sørgende sannsynligvis delte med den døde ektefellen og som også sannsynligvis vil ha påvirket den etterlattes helsetilstand. Andre potensielle samvarierende elementer kan være dødsfall i ulykker der begge ektefeller er involvert (der den ene lever lenger enn den andre og blir kategorisert som etterlatt – dermed økes antall dødsfall blant etterlatte, men uten at tilfellet har med sorgprosessen å gjøre), og seleksjon til nye ekteskapsinngåelser av de friskeste etterlatte (slik at de som blir igjen i etterlatte-gruppen, vil være de minst friske og dermed mest sårbare for dødelighet).

Det er viktig å ta hensyn til omstendighetene rundt dødsfallet, herunder dødsårsak og belastning på omsorgspersonen

Tabell 1 er en oversikt over funn fra longitudinelle studier, publisert etter vår artikkel¹² fra 1994 om dødelighet ved sorg. Nesten alle rapportene gjelder tap av ektefeller, delvis fordi disse tallene er enklere å innhente enn andre data, men også fordi slik sorg er ganske vanlig (sammenlignet med tap av barn) og har en betydelig personlig innvirkning (sammenlignet med tap av foreldre i voksen alder). De fleste funnene avdekker økt risiko for dødelighet i den første fasen,^{21,23–25,27} men enkelte funn indikerer økt risiko mer enn 6 måneder etter tapet.^{20,24,29}

Tabell 1. Dødelighet ved sorg

Referanse/ lokalisering	Beskrivelse av utvalget	Oppfølging (år)	Funn
Agerbo (2005) ¹³ Danmark	Ektefeller eller samboere og foreldre Slektninger av n=9011 som begikk selvmord, 180 220 matchede kontrollpersoner Menn og kvinner, 25–60 år	15	Menn som hadde mistet partner ved selvmord, hadde en relativ risiko for selvmord på 46,2 (95 % CI 1,3–116,4) og risiko for dødelighet av andre grunner på 10,1 (6,5–15,8) Kvinneres risiko var henholdsvis 15,8

Tabell 1. Dødelighet ved sorg

			(6,6–37,4) og 3,3 (1,5–7,2). Tap av barn ved selvmord eller andre årsaker ga dobbel så høy risiko hos foreldrene
Bowling (1994) ¹⁴ Storbritannia	Ektefeller, n=505 Enker etter menn i alderen > 64 år, enkemenn etter kvinner i alderen > 59 år	13	Tidlig økt dødelighet for enker over 74 år, ingen andre signifikante høye tall
Christakis og Allison (2006) ¹⁵ USA	Ektefeller med partnere som var innlagt på sykehus før død Enker=252 557, Enkemenn=156 004 i alderen > 65 år	9	Risikotall for enkemenn=1,21 (95 % CI 1,19–1,22), for enker=1,17 (115–1,19) sammenlignet med personer med levende ektefelle Meget høy økt risiko de første 30 dager etter tap
Elwert og Christakis (2006) ¹⁶ USA	410 272 par 86 323 enker, 176 671 enkemenn i alderen 65+	9	Økt dødelighet registrert hos hvite, men ikke hos svarte enkemenn og enker (like tall for begge kjønn), spesielt de første månedene, men økning også registrert over mange år
Erlangsen et al. (2004) ¹⁷ Danmark	n=2323 (død etter selvmord, enker versus annen samlivsstatus for den døde ble fastslått) Menn og kvinner, alder 50+	4	Signifikant økt selvmordsfare det første året etter tapet, spesielt for menn De eldste mennene hadde høyest økning av selvmordsfare rett etter tapet (15 ganger høyere enn fortsatt gifte, middelaldrende menn)
Kposowa (2000) ¹⁸ USA	Ektefeller Longitudinell studie av 50 000 husholdninger, 545 selvmord Menn og kvinner i alderen 15+	9	Tap av ektefelle ga ingen signifikant økning av selvmordsfaren
Li (1995) ¹⁹ USA	Ektefeller N=3486 enker, n=6266 gifte	12	Selvmordsfaren for enkemenn var 3,3 ganger så høy som for gifte menn

Tabell 1. Dødelighet ved sorg

	Menn og kvinner, alder 60+		For enker ble det ikke registrert økt fare
	Foreldre til barn som døde ved alder <18 år n=21 060 sørgende, n=293 745 kontrollpersoner		Generell økt dødelighet av naturlige og unaturlige årsaker hos mødre
Li et al (2003) ²⁰ Danmark	Menn og kvinner, alder 22–47 år	18	Tidlig økt dødelighet av unaturlig årsak hos fedre
	Ektefeller n=1993 tvillingpar, der en er enke/enkemann og den andre fortsatt gift	7	Tap av ektefelle gav dødelighetsrisiko for både menn og kvinner, høyere for de «unge eldre» (alder <70 år) og for de som nylig har mistet sin ektefelle
Lichtenstein et al. (1998) ²¹ Sverige	Ektefeller N=706 fra kohort på 11 112 personer		Redusert fare for død etter 4 år hos «unge eldre» enker (alder <70 år), sammenlignet med gifte kvinner
Lillard og Waite (1995) ²² USA	Menn og kvinner, alder 10+	17	Risiko for død hos etterlatte ektefeller var signifikant høyere enn for gifte personer (blant både svarte og hvite), men denne faren ble forklart med dødsfall blant enkemenn
	Ektefeller N=4420 menn i sorg, n=11 114 kvinner i sorg; n=49 566 menn, n=41 264 kvinner i studiepopulasjonen		Enkers risiko for død var tilsvarende risikoen for gifte kvinner
Manor og Eisenbach (2003) ²³ Israel	Alder 50–79 år	9,5	Økt dødelighet for både etterlatte menn og kvinner, spesielt kort tid etter tapet (de første 6 månedene, der økt dødelighet var 40 % for menn og 50 % for kvinner)
	Ektefeller N=22 294 menn, n=61 686 kvinner, fra n=1 580 000 gifte personer ved start av oppfølging	5	Økt dødelighet var 17 % hos menn, 6 % hos kvinner
Martikainen og Valkonen (1996 (to studier) og 1998) ²⁴ Finland			Høyere risiko for kortere enn for lengre sorgperiode

Tabell 1. Dødelighet ved sorg

	Alder 35– 84 år		
Mendes de Leon et al. (1993)27 USA	Ektefeller n=237 etterlatte fra en kohort på 1046 gifte personer	Alder 65+	6
			Økning på ca. 75– 100 % risiko for dødelighet de første 6 månedene hos eldre etterlatte ektefeller, men resultatet er ikke statistisk signifikant pga studiets begrensede styrke
			Høyere risiko for enkemenn enn for enker (alder 65–74 år)
Qin og Mortensen (2003)28 Danmark	Foreldre som begår selvmord n=18 611, kontrollgruppe n=372 220	Menn og kvinner i alderen 18– 75	17
			Både fedre og mødre (lik økning) hadde økt selvmordsfare (høyere enn for andre årsaker) etter barns død, spesielt etter tap av yngre barn og de første månedene etter tapet
Schaefer et al. (1995)29 USA	Ektefeller N=1453 menn, n=3294 kvinner etterlatte i en kohort på n=12 522 gifte personer	Menn og kvinner, alder 40+	13
			Økt relativ risiko for begge kjønn, spesielt etter andre halvdel av første år (da risikoen var ca. 2,0)
			Hos menn ble risikoen redusert etter 24 måneder, men forble høy flere år etter tapet
			Hos kvinner var risikoen stort sett begrenset til første år
Smith og Zick (1996)30 USA	Ektefeller N=141 menn, n=351 kvinner, n=1782 gifte kontrollpersoner	Menn og kvinner, alder 25+	10
			Yngre (<65 år) enkemenns tall økte der kvinnen døde plutselig (etter 6 måneder sykdom eller mindre)
			Eldre (> 64 år) enkers tall var lavere der mannen døde etter langvarig sykdom

Tverrsnittsstudier, både nasjonale og andre større studier, er utelatt fra tabell 1, fordi selv om de introduserer kontroll for samvarierende faktorer, inneholder de ikke informasjon om varigheten av sorg etter dødsfall. Sammenlignet med personer som ikke har opplevd tap, avdekker tverrsnittsstudier mønstre med høy dødelighet hos etterlatte ektefeller. De finner også høyere dødelighet hos enkemenn enn hos enker, og høyere hos yngre enn hos eldre personer (også når tallene sammenlignes med personer som ikke har opplevd tap).

Forskjeller mellom subgrupper

Noen forskere har undersøkt forskjellene mellom subgrupper – for eksempel i lys av kjønn og alder, utdannelse og etnisk opprinnelse, husstandens størrelse og antall barn. En kontrollert, omfattende studie¹⁶ påviste for eksempel større risiko for sorgrelatert dødelighet hos hvite mennesker enn hos svarte. Kjønn- og aldersmønstre blir hyppigst registrert. De fleste, om enn ikke alle,¹⁵ funn bekrefter at det er kjønnsforskjeller i dødelighet ved tap av ektefeller (tabell 1):⁴ Enkemenn (sammenlignet med gifte menn) har relativt sett større risiko for dødelighet enn enker (sammenlignet med gifte kvinner). Det faktum at enkemenn med dårlig helse vanligvis ikke gifter seg på nytt, forklarer ikke forskjellen i dødelighet. Det er også bemerkelsesverdig at kjønnsforskjellene varierer med type tap (f.eks. tap av ektefelle, barn, forelder). Tap av barn har vist seg å ha større innvirkning på mødre enn på fedre.¹⁹ Kjønnsspesifikke dødelighetsmønstre ved tap kan endre seg i takt med endrede kjønnsroller i de siste tiårene.

Når det gjelder alder har studiene påvist større dødelighetsrisiko for yngre enn for eldre sørgende som har mistet ektefellen sin,^{24,29} noe som også bekrefter tidligere rapporterte mønstre.¹² Denne effekten kan være mer uttalt for enkemenn enn for enker.^{23,30} Det må imidlertid vises forsiktighet ved tolkning av aldersforskjeller ved dødelighet etter tap.¹⁰ Institusjonaliserte individer (dvs. personer i fengsler, på sykehjem, i forvaringsinstitusjoner eller psykiatriske klinikker) ekskluderes av og til bevisst fra store utvalg,¹⁸ og tallene for adresseforandring øker ved en ektefelles død.³¹ En del fysisk svake mennesker med økt dødelighetsrisiko kan dermed bli utelukket fra utvalgene, slik at overlevelsestillene for eldre blir kunstig høye sammenlignet med den yngre gruppen sørgende.

Dødsårsaker

Sørgende mennesker dør oftere enn andre av ulike årsaker som, ikke uventet, også henger sammen med hvor lenge sorgen varer. Økt dødelighet blant enker er høyest de første månedene etter tapet og reduseres med sorgens varighet.²⁴ Martikainen og Valkonen²⁴ rapporterte høyere tall for enker og enkemenn enn for gifte personer. Dødeligheten var svært høy ved ulykker, voldelige dødsårsaker og alkoholrelaterte sykdommer; den var moderat ved kronisk iskemisk hjertelidelse og lungekreft, og lav ved andre dødsårsaker. For foreldre som mister et barn, har én studie vist at økt risiko for dødelighet for mødre vedvarer i 18 år, både ved naturlige og unaturlige dødsårsaker. I tilfeller der barnet dør en unaturlig død, øker fedrenes risiko for død i den første tiden etter tapet.²⁰

Tabell 1 viser at en rekke longitudinelle studier har fokusert spesifikt på risikoen for at sørgende personer skal ta sitt eget liv. De fleste studiene påviser økt dødelighet.^{13,17,20,28,32,33} Kaprio og kolleger³³ har for eksempel registrert sterkt økt dødelighet den første uken etter tap av ektefelle: 66 ganger så høy for enkemenn og 9,6 ganger så høy for enker. Også enkelte av de andre studiene i tabell 1 har omfattet analyser av selvmord.²⁰ Funnene bekrefter generelt mønsteret med økt dødelighet, slik dette er påvist i de selvmordsspesifikke studiene. I noen tilfeller inneholder studiene også en analyse av personen hvis død har forårsaket sorgen.¹³ Agerbo¹³ påviste at selvmord øker faren for selvmord hos etterlatte enker og foreldre i sterkere grad enn andre dødsårsaker.

Konklusjoner

Sorg forbindes med økt fare for dødelighet av mange årsaker, herunder også selvmord. I publiserte studier har samvarierende variabler vært gjenstand for god kontroll, og mønstrene er meget konsistente. Dermed kan vi slutte at dødelighet ved sorg i stor grad skyldes et såkalt «knust hjerte» (dvs. psykisk ubehag som følge av tapet, for eksempel ensomhet og sekundære konsekvenser av tapet som endrede sosiale bånd, boligsituasjon, matvaner og økonomisk støtte³⁵). For enkemenn vil den økte risikoen sannsynligvis være forbundet med alkoholforbruk og tap av deres eneste fortrolige, en kvinne som også ville ha fulgt med på mannens helsetilstand.⁴ Det er også mye som tyder på at økt dødelighetsrisiko også gjelder ved andre tap enn ektefelle, som foreldre som mister barn (muligens også for andre etterlatte, f.eks. barn). Personer som nylig har opplevd tap, har større risiko for dødelighet enn de som har sørget i en lengre periode, selv om økt risiko også kan vedvare (spesielt ved alkoholrelaterte lidelser, eller for foreldre som har mistet et barn). Selv om dødelighet er en dramatisk følge av å miste en nærstående person, må dette tolkes i lys av det totale antall sørgende personer som dør. Totaltallene er lave, for eksempel er det ca. 5 % av enkemenn som dør i løpet av de første 6 månedene etter tap av partner,⁴ versus 3 % dødelighet blant gifte menn i gruppen 55 år og eldre.

Fysiske helseproblemer

Generelle mønstre

Noen forskere har påvist økt forekomst av fysiske helseplager hos mennesker i sorg (sammenlignet med et tilsvarende kontrollutvalg). Plagene varierer, fra fysiske symptomer (f. eks. hodepine, svimmelhet, fordøyelsesproblemer og smerter i brystet) til hyppig forekomst av uførhet og

sykdom, økt bruk av medisinske tjenester (i enkelte studier) og bruk av rusmidler.^{1,35} Mange tverrsnittundersøkelser er utført der forskerne ikke har identifisert hvilke personer som nylig har opplevd tap. De fleste studier er gjennomført med personer som har mistet partneren sin, mens enkelte handler om andre typer tap. Murphy og kolleger³⁶ sammenlignet for eksempel mødres og fedres helsetilstand etter at deres barn har lidd en voldsom død. De fant svakere fysisk helse hos mødre enn hos fedrene, men til forskjell fra mødre fortsatte fedrenes helse å forverre seg over tid (14 % av fedrene beskrev helsetilstanden sin som dårlig 4 måneder etter at tapet inntraff, mens 24 % gjorde det samme etter 24 måneder).

Kvaliteten på omsorgen fra gjenværende forelder etter en forelders død, samt barnets personlige egenskaper, er sterkere prediktorer for senere tilpasning enn tapet som sådant

Noen studier omfatter et bredt spekter fysiske plager og lidelser, spesifikt for personer som nylig har mistet ektefellen sin. Resultatene sammenlignes med ektefeller som har sørget i lengre tid, og ektefeller som ikke har opplevd tap. I en klassisk studie rapporterer Thompson og kolleger³⁷ økt sannsynlighet for ny eller forverret sykdom hos eldre, sørgende ektefeller 2 måneder etter tapet. Sannsynligheten viste seg å være 1,40 ganger høyere enn for ikke-sørgende. Likeledes viste selvrapportert medisinerings bruk å være høyere blant sørgende personer (1,73 ganger høyere), og det samme gjaldt dårlig helse og sykdommens alvorlighetsgrad. Antall legebesøk økte ikke i dette utvalget. Etter 6 måneder hadde de fleste forskjellene jevnet seg ut.

Det er verdt å merke seg at antall legebesøk ikke var forhøyet i den sørgende gruppen som deltok i Thompson-studien.³⁷ I en studie blant kvinner som hadde følt sterk sorg i cirka 4 måneder, utført av Prigerson og kolleger³⁸, ble det påvist redusert bruk av offentlige helsetjenester for fysiske problemer, til tross for at de hadde en signifikant økt sannsynlighet for høyt blodtrykk og nedsatt funksjonsevne (sammenlignet med enker som rapporterte lav sorgintensitet).

Resultatet tyder på at sørgende personer som virkelig trenger medisinsk behandling, ikke nødvendigvis oppsøker eller får slik hjelp. Disse funnene er spesielt urovekkende sett i lys av resultater av en før-etter-studie av sykehuspasienters ektefeller.³⁹ Høy sorgintensitet på et tidlig tidspunkt i denne studien predikerte alvorlige fysiske lidelser (f.eks. kreft, hjerteinfarkt) hos de sørgende mer enn ett år senere.

Konkrete svekkende faktorer

Andre forskningsgrupper har identifisert flere svekkende faktorer ved fysisk sykdom hos sørgende mennesker. Bradbeer og kolleger⁴⁰ undersøkte forekomsten av smerte hos eldre personer som hadde mistet ektefellen sin, med fokus på konkrete faktorer (aktivitetshemmende smerte, styrken på den sterkeste smerten og nåværende smerte). De som hadde sørget i kort tid, opplevde betydelig økt aktivitetshemmende smerte og moderat-til-sterk nåværende smerte. Sammenlignet med den ikke-sørgende kontrollgruppen var enker/enkemenn tre ganger mer tilbøyelige til å rapportere sterk nåværende smerte. Deres daværende nivå av stemingsforstyrrelser medierte sammenhengen mellom enkestand og smerte.

Hvordan en person tar tak i sin egen sorgprosess, er meget viktig. Til forskjell fra mange andre variabler er dette noe som kan endres – det vil si, det er mottakelig for korte intervensjoner

Sorg har også vist sammenheng med vekttap.^{35,41} Schultz og kolleger⁴² rapporterte at personer som ikke hadde pleiet ektefellen sin før han/hun døde, generelt hadde større sannsynlighet for vekttap i sorgperioden. Disse menneskene var også mer tilbøyelige til å bruke ikke-trisykliske antidepressiver. Forskerne sluttet at mønstrene kunne skyldes dødsfallets uforutsigbare natur.

Konklusjoner

Sørgende mennesker er mer utsatt for fysiske helseproblemer, spesielt de som nylig har opplevd tap. Sørgende mennesker har også større hyppighet av uførhet, medisinbruk og sykehusinnleggelse enn ikke-sørgende. Selv om enker/enkemenn generelt oppsøker lege hyppigere, og som oftest på grunn av angst- og stressymptomer,³⁵ kan funnene tyde på at mange som opplever intens sorg, unnlater å oppsøke lege nettopp når de trenger det.

Psykiske symptomer og helseproblemer

Psykiske symptomer

Sorg forbindes også med ulike psykiske symptomer og lidelser;^{1,35} boks 1 inneholder en oversikt over vanlige reaksjoner.^{1,7} Neimeyer og Hogan har studert ulike metoder for å vurdere sorg.⁴³ Psykiske reaksjoner er generelt mest intense i perioden like etter at tapet inntreffer.^{35,44} Studier av individuelle psykiske reaksjoner på tap, som eksemplene vist i boks 1, er utført av en rekke forskere. Man har for eksempel forsket på forekomst av suicidale tanker,^{34,44–48} ensomhet^{49,50} og søvnløshet.⁵¹ Andre

forskere har påvist forbindelser mellom sorgspesifikke symptomer og depresjon, angst, stress, somatiske symptomer, søvnløshet og sosial dysfunksjon etter 6 måneders sorgprosess.^{39,44}

Noen studier undersøker likheter og forskjeller mellom depresjon og sorg,^{43,52–56} også på fysiologisk nivå.⁵⁷ Det er et økende belegg for å si at depresjon og sorg representerer atskilte, om enn relaterte, reaksjonsmåter ved tap.^{52,56}

Å miste en nærstående person er en rystende opplevelse for de fleste mennesker – en opplevelse som skaper omveltninger i hverdagen. For de fleste er det en vanskelig, men tolerabel hendelse som blekner med tiden, mens noen opplever tapet som en intens og langvarig smerte. Psykologiske reaksjoner på tap varierer sterkt,^{49,58} fra person til person og fra kultur til kultur.^{59–61} Det finnes ikke mange velkontrollerte studier av slike kulturelle forskjeller. En studie⁶⁰ bestående av kvalitative intervjuer med sørgende afro-amerikanere, påviste unike uttrykk for sorg i denne gruppen, noe som undergravde generelle antakelser om sorg basert på studier av hvite amerikanere. Generelt kan kliniske erfaringer og beskrivelser av sørgende i spesifikke samfunnsgrupper og etniske grupper påvise kulturelle forskjeller i hvordan vi sørger, og en del av forskjellen kan forklares med religiøs overbevisning. Egyptiske muslimer uttrykker for eksempel intens og utilslørt sorg, mens det muslimske miljøet på Bali ikke gjør det; de unngår enhver demonstrasjon av sorg, for eksempel gråt.⁶²

Enkelte studier av depresjon har påvist muligheten for kulturelle forskjeller, for eksempel har man avdekket økt somatisering av sorg i ikke-vestlige kulturer.⁶³ Senere studier støtter imidlertid ikke slike funn. I en omfattende internasjonal studie, utført av Simon og kolleger⁶⁴, hevdet man at kognitive og somatiske symptomer er universelle – på tvers av kulturer. Men selv om pasientenes opplevelse av depresjon syntes å variere minimalt fra kultur til kultur, viste forskjellene seg i form av presenterte symptomer. Ved sentre der deprimerte pasienter var uten en fast primærlege, en situasjon som ermer vanlig i ikke-vestlige land, var pasientene mer tilbøyelige til å beskrive somatiske symptomer enn dem som hadde en personlig fastlege. Slike funn viser at ulike lands varierende helsetjenester kan påvirke hvordan pasientene presenterer sine plager, og også påvirke pasientenes tanker om hvordan de best kan få hjelp og anerkjennelse for plagene. Det er imidlertid sannsynlig at sorgens grunnleggende manifestasjoner er universelle.⁶⁵

Reaksjoner varierer, både i type og intensitet, etter hvilken type relasjon som har gått tapt. Vitenskapelige studier har registrert spesifikke reaksjonsmønstre ved ulike typer tap. Når et barn dør, vil for eksempel sørgende besteforeldre oppleve sterk sorg og smerte for sønnen eller datteren som har

opplevd tapet, men også ha skyldfølelse for å være i live, som familiens eldste.⁶⁶ Det er utført studier som ser på ulike typer tap, inkludert tap av en forelder i barne- og ungdomsår^{67–69} og i voksen alder,⁷⁰ tap av barn,^{71–73} tap av ufødt barn,^{74,75} tap av barnebarn,⁶⁶ eller tap av en nær venn.⁷⁶ Aids-relatert sorg og håndtering – med fokus på homoseksuelle miljøer – har også vært tema for vitenskapelige studier i de siste tiårene.^{77–79}

Endringer ved sorg

Endrede sorgsymptomer over tid ble opprinnelig omtalt som stadier eller faser: fra sjokk, lengsel og protest, til fortvilelse og bedring,⁸⁰ mens de i senere tid har blitt beskrevet som sorgarbeid.⁸¹ Den såkalte sorgarbeidsmodellen brukes ved opplæring i rådgivning og terapi. En sørgende person har fire arbeidsoppgaver: å akseptere tapet, kjenne på smerten, tilpasse seg et liv uten den døde, «omplassere» den døde emosjonelt og gå videre med livet. Det er imidlertid ikke alle sørgende som gjennomfører sorgarbeid, eller som velger å utføre dem i den nevnte rekkefølgen. Her kan både individuelle og kulturelle forskjeller spille en rolle. Sørgende personer er dessuten langt fra ensartede med hensyn til emosjonelle reaksjoner over tid, og derfor har noen forskere hevdet at det finnes forskjellige «baner» i sorg.^{58,82}

Robusthet versus sårbarhet

Forskningsrapporter har vist at de fleste sørgende mennesker er robuste; med tid og stunder kommer de over tapet, både emosjonelt og fysisk.^{58,83} Dette stemmer overens med den generelle vitenskapelige oppfatningen om at tap er en normal livshendelse som de fleste mennesker klarer å tilpasse seg.^{1,3,84} Depresjon anses for å være en så normal reaksjon på tap at *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4. utgave⁸⁵, unntar mennesker som har opplevd tap i løpet av de 2 siste månedene fra diagnosen alvorlig depressiv lidelse. Selv om forskere har lang erfaring med å identifisere hva som gjør mennesker sårbare for psykologiske lidelser, kan man også tilnærme seg opplevelsen av tap ved å studere hvilke faktorer som skaper robusthet. Noen forskere har for eksempel fokusert på positivt vekst⁸⁶, eller mer spesifikt (om enn med begrenset empirisk belegg så langt) på kreativitet som kan oppstå som resultat av tap tidlig i livet.⁸⁶ Noen mennesker kan altså komme beriket ut av en tapsopplevelse.

Psykiske lidelser

De fleste mennesker som opplever tap, lider akutt – spesielt tidlig etter tapet.^{3,35,84} For enkelte kan symptomer for reaksjonene som er opplistet i boks 1, for eksempel depresjon eller angst, få klinisk betydning.⁸⁸ Mange studier påviser en økning i depressive symptomer hos sørgende mennesker.³⁵ For

noen blir depresjonen av klinisk karakter;⁸⁸ 25–40 % opplever milde depressive symptomer og 10–20 % får klinisk depresjon.¹⁰

I noen tilfeller, spesielt ved mange døds ofre eller ekstremt sjokkerende omstendigheter, utvikler de sørgende posttraumatisk stresslidelse.^{88,89} Blant et utvalg foreldre som hadde mistet et barn 5 år tidligere, oppfylte 27,7 % av mødrene og 12,5 % av fedrene de diagnostiske kriteriene for posttraumatisk stresslidelse, sammenlignet med henholdsvis 9,5 % og 6,3 % i normative utvalg.⁹⁰ Psykiatrisk sykkelighet øker ved tap av ektefelle,⁹² og foreldre som mister et barn har større hyppighet av psykiatrisk sykdom enn personer som ikke har opplevd tap.⁹² I en studie utført av Li og kolleger⁹² hadde spesielt mødre økt hyppighet av førstegangs psykiatrisk innleggelse, mest i løpet av det første året etter tapet. Sørgende personer kan naturligvis også ha en kombinasjon av flere lidelser, for eksempel både posttraumatisk stresslidelse og alvorlig depressiv lidelse. Dette kompliserer sorgreaksjonen ytterligere.^{88,93}

Komplisert sorg

I noen tilfeller kan sorgprosessen bli komplisert eller forstyrret, kanskje på grunn av andre mentale problemer.^{38,94–96} Komplisert sorg har blitt definert som et avvik fra normal (kulturell og samfunnsmessig) sorg, enten tidsmessig eller i forhold til intensitet, eller begge deler. Dette gir personen enten en kronisk og mer intens emosjonell opplevelse eller en hemmet reaksjon, der han eller hun enten mangler de vanlige symptomene eller der inntreden av symptomer er utsatt.^{3,35,97,98}

Prigerson og Jacobs⁹³ har utarbeidet kriterier for komplisert sorg, uttrykt som separasjonsubehag (f.eks. overopptatthet av tanker på den døde) og traumatisk ubehag (f. eks. vanskeligheter med å godta dødsfallet). Deres betegnelse, komplisert (langvarig) sorg, har likheter med kronisk sorg, men uten forsinket eller hemmet sorg. Prigerson og kolleger har brukt sin analyse til å utvikle diagnostiske kriterier for komplisert (langvarig) sorg (boks 2). Et alternativt diagnostisk system, i form av en stressresponsmodell, er lagt frem av Horowitz og kolleger.⁹⁹ Komplisert sorg er ennå ikke klassifisert som en egen kategori i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4. utgave,⁸⁵ selv om det blir arbeidet for å få det inn som en separat kategori i kommende utgaver.¹⁰⁰

Anslått forekomst av kompliserte former for sorg varierer fra studie til studie og etter hvilke diagnostiske kriterier som benyttes. Kronisk sorg er for eksempel påvist hos ca. 9 % av et utvalg voksne sørgende personer,⁸⁸ mens en annen studie påviste 20 % forekomst av komplisert sorg.⁹³ I en studie av foreldre som hadde mistet et barn 18 måneder tidligere,¹⁰¹ viste hele 78 % av dem som hadde opplevd selvmord eller ulykke, og 58 % av dem som hadde opplevd spedbarnsdød, seg

å score over den etablerte kutteskåren , ved bruk av Prigerson og Jacobs⁹³ kriterier for komplisert sorgreaksjoner. Slike høye tall kan være en indikasjon på sterk sorg hos foreldrene, men i lys av foreldre–barn-relasjonens natur, reflekterer de ikke nødvendigvis patologiske prosesser. Spørsmålet bør stilles om denne kutteskåren er en god markør for kronisk sorg, eller om normskårene for foreldres sorg bør justeres.

Konklusjoner

Sorg forbindes med et bredt spekter av psykologiske reaksjoner. Derfor betrakter forskere sorg som et komplekst emosjonelt syndrom.¹⁰² Selv om enkelte reaksjoner kan være mer symptomatiske for sorg enn andre, finnes det ikke én enkelt respons som særpreger syndromet. Reaksjonene varierer fra milde og relativt kortvarige, til ekstreme og langvarige – over måneder og endog år.

Andre medisinske følger

Sorg kan ha andre konsekvenser enn dem vi har diskutert her. Sorg har også blitt forbundet med svekket hukommelse,¹⁰³ ernæringsproblemer,¹⁰⁴ jobb- og relasjonsproblemer og konsentrasjonsvansker, i tillegg til redusert sosial aktivitet.^{105,106} Helsekostnadene for personer i sorg har vist seg å være høyere.¹¹ Slike helsemessige konsekvenser kan sannsynligvis forbindes med endrede underliggende fysiologiske mekanismer. En inngående diskusjon om disse mekanismene ligger utenfor vår artikkels rekkevidde, men nyere forskning har påvist biologiske sammenhenger mellom sorg og økt fare for fysisk sykdom. Det er for eksempel forsket på hvordan sorg påvirker immunsystemet, gir endringer i det endokrine autonome nervesystemet og det kardiovaskulære systemet, og hvordan dette kan forklare økt sårbarhet overfor eksterne hendelser;^{2,3,107} hvordan MRI-skanninger kan brukes til å studere sorgens nevroanatomi,¹⁰⁸ og hvordan autonome indikatorer og emosjonsreguleringsindikatorer kan benyttes til å identifisere forskjeller mellom sørgende og deprimerte personer og personer i kontrollgrupper.¹⁰⁹

Risikofaktorer

En rekke studier er utført for å identifisere risikofaktorer, for å forstå hvorfor vi mennesker påvirkes av tap på forskjellige måter; hvorfor noen opplever ekstreme eller varige konsekvenser, mens andre ikke gjør det.¹¹⁰ Sorgforskere bruker begrepet risikofaktor for å beskrive de situasjonsmessige,

indre og mellommenneskelige kjennetegn som forbindes med økt sårbarhet for spekteret av sorgkonsekvenser.^{110,111} Noen studier innbefatter analyser av hvilke beskyttelsesfaktorer som synes å fremme robusthet og redusere risikoen for negative helsemessige konsekvenser.⁸³ Men moderne forskning bør også omfatte analyser av mestringsprosesser som kan hemme eller fremme tilpasning, for å fastslå hvorvidt det finnes sunne og usunne måter å sørge på.

Tabell 2 deler risikofaktorene inn i fire kategorier som viser omfanget av den empiriske forskningen og presenterer sentrale funn og referanser. Noen av de opplistede faktorene er undersøkt empirisk, mens andre er presentert i kliniske eller kvalitative studier og vil kreve videre kvantitative undersøkelser. Noen studier har ikke inkludert ikke-sørgende kontrollgrupper. Dermed blir det usikkert hvorvidt en konkret risikofaktor er generell (forekommer også hos personer som ikke har opplevd tap), eller sorg-spesifikk.

Tabell 2. Potensiell risiko eller beskyttelsesfaktorer ved sorg

Spesifikke risikofaktorer		Hovedfunn
Situasjon og omstendigheter rundt dødsfallet	Dødsårsak (herunder plutselig, uforberedt, ubetimelig, traumatisk)	Inkonsekvente resultater for plutselig vs forventet død, 111,112 traumatiske dødsfall: verre resultater;89,113 merk også foreldres reaksjoner på traumatiske dødsfall.36,90 Plutselig død har størst innvirkning på sårbare mennesker (f. eks. med lav selvfølelse) og mennesker som personlig er minst forberedt 114, 115 Noen studier viser liten forskjell mellom virkning av selvmord vs ikke-selvmord, men lengre tilpasningstid og enkelte aspekter (f. eks. stigmatisering, skam) er mer typiske ved selvmord enn ved andre typer dødsfall.116 Økt dødelighetsrisiko (inkludert selvmord) etter selvmordsdødsfall.13 Barn som opplever at en forelder begår selvmord, kan være sårbare117
	Omstendigheter rundt dødsfallet, hvor det skjer	Flere (parallele) tap;2 opplevelse av ekstrem påkjenning ved dødelig sykdom øker virkningen av tapet,118 men en såkalt god død (f.eks. med tilstrekkelig medisinsk behandling, redusert smerte for døende og etterlatte) lindrer virkningen.7,119 Ritualer kan hjelpe, spesielt for barn120 Dødsfall etter lindrende behandling er av og til (men ikke alltid121) forbundet med bedre virkning for etterlatte enn dødsfall på

Tabell 2. Potensiell risiko eller beskyttelsesfaktorer ved sorg

		<p>sykehus. Noen funn viser at dødsfall på lindrende avdelinger (hospice) forbindes med lavere dødelighet hos etterlatte.¹²² Barn som dør på sykehus forbindes med flere symptomer hos foreldrene enn barn som dør hjemme¹²³</p> <p>Belastninger påvirker omsorgspersonens helse før og etter tapet,^{7,42,124–126} selv om vellykket omsorg kan være nyttig, kan også fordelene ved omsorg og pleie forbindes med sterk sorg¹²⁷</p> <p>Helsekonsekvenser skyldes ikke bare byrder og ansvar, men også personlig neglisjering av egen helse, ernæring, samt fysiske og emosjonelle behov⁴²</p> <p>Døden kan også oppleves som en lettelse for både pasient og etterlatt¹²⁸</p>
	Belastning på omsorgsperson før dødsfall	
	Type tapt relasjon (f. eks. tap av barn vs tap av ektefelle)	<p>Funn fra noen studier viser at typen relasjon påvirker typen innvirkning på helsen.^{129,130} Tap av barn (for en voksen) er forbundet med mer intens og vedvarende sorg og depresjon enn tap av ektefelle.¹²⁸</p>
	Kvalitet på relasjonen til den avdøde	<p>Tidligere studier hevdet at dårlige relasjoner (f. eks. ambivalens, avhengighet) gir vanskelige sorgprosesser, noen viser fordeler ved gode relasjoner,⁹⁵ men funnene er ikke konsekvente i forhold til positive eller negative resultater og kvaliteten på ekteskapet; i forhold til avhengighet, nærhet, harmoni, osv^{133–135}</p>
	Pågående konflikter, problemer på jobben, juridiske konsekvenser; fattigdom eller økonomiske problemer	<p>Samvarierende faktorer påvirker resultatet av sorgprosessen, f. eks. økonomiske vansker som ledsager tilpasningsproblemene. Hvis tapet medfører forverret økonomi eller utilstrekkelig inntekt, kan effekten av tapet forsterkes.^{7,26,136} Dårlige matvaner og vekttap sammenlignet med gifte mennesker⁴¹</p>
Mellommenneskelig risiko eller beskyttende faktorer	Personlighet eller type tilknytning	<p>Noen beskyttende faktorer er identifisert (f. eks. optimisme,^{132,137} opplevd kontroll med daglige aktiviteter,¹¹⁵ høy selvfølelse,^{115,138} trygge relasjoner til andre mennesker)^{56,139,140}</p>
	Predisponerende faktorer eller tidligere tap	<p>Depresjon før tapet inntreffer er antakeligvis forbundet med høy risiko for forsterket depresjon ved tap.⁸⁸ De fleste studier viser</p>

Tabell 2. Potensiell risiko eller beskyttelsesfaktorer ved sorg

		<p>at tidlige tap (i barndom eller ungdom) skaper risiko for senere (i voksen alder) mentale og fysiske helseproblemer,141,144 herunder ulik konsentrasjon av kortisol,142–143 skjev informasjonsbearbeiding,145 ulike søskenrelasjoner.146 Kvaliteten på omsorgen fra gjenværende forelder og personlige egenskaper ved barnet er også viktig.141</p>
	Religiøs tro og andre tankesystemer	<p>Funn fra enkelte, men absolutt ikke alle, studier viser at religion hjelper132,147–249</p> <p>Sosioøkonomisk status: funn fra noen studier viser at helsekonsekvensene etter tap ikke kan relateres til sosioøkonomisk status (se også økonomiske ressurser nedenfor).2,7 Rapportert dårligere helse hos sosioøkonomiske grupper med lavere status, påviser antakeligvis mønstre som ikke er spesifikke for sørgende mennesker.2 Relativ dødelighet er omtrent lik på tvers av utdannelsesnivå og inntekt, men absolutte forskjeller sammenlignet med gifte personer er større i lavere sosiale lag25</p> <p>Kjønn: enkemenn er relativt sett mer sårbare enn enker;4,150,151 mødre er mer påvirket enn fedre19,152</p> <p>Alder: unge mennesker er relativt mer sårbare i noen studier.7,84 Her er det også påvist kurvlineære forskjeller153</p> <p>Etniske grupper: like sorgreaksjoner er registrert hos svarte og hvite personer, men sinne og fortvilelse er lavere blant svarte folkegrupper.134 Økt hyppighet av psykiatriske lidelser154 og dødelighet ses hos både svarte og hvite sørgende (mønstre med komparative kjønnsforskjeller er mindre klare).22 Forskjellige etniske grupper har også sine særegne måter å sørge på.60</p>
	Sosiodemografiske variabler	
Mellommenneskelige eller ikke-personlige ressurser og beskyttende faktorer	Sosial støtte, kulturell setting	<p>Sosial støtte hjelper sørgende så vel som ikke-sørgende mennesker, men sørgende med høy grad av støtte, er ikke tilsvarende mer tilpasningsdyktige enn de med lav støtte, sammenlignet med kontrollgrupper som ikke har opplevd tap5</p> <p>Sosial isolasjon medfører tilpasningsproblemer101</p> <p>Kulturell og sosial forankring påvirker trolig resultatet av sorg60</p>

Tabell 2. Potensiell risiko eller beskyttelsesfaktorer ved sorg

	Økonomiske ressurser	Materielle ressurser (penger, tjenester) kan redusere eksterne stressmomenter, men generelt er virkningen av tap lik på tvers av inntektsgrupper ^{7,26}
	Profesjonell intervensjon	Se tabell 3
Mestringsmåter, strategier, prosesser	Sorgarbeid, vurderingsprosesser	Sorgarbeid, deling og åpenhet er ikke så avgjørende for resultatet som tidligere antatt. Unngåelsesatferd er ikke nødvendigvis så skadelig; mens grubling over tapet forbindes med negative resultater og positiv evaluering forbindes med positive resultater. ^{5,52,77,137,155–159} Å klare å skape mening med det som har skjedd anses som fordelaktig ^{157,158}
	Emosjonsregulering	Regulering (konfrontasjon eller unngåelse; positive og negative vurderinger) i sorgprosessen er sannsynligvis fordelaktig ^{52,59,160}

Mange av variablene som er oppført under overskriften *Situasjon og omstendigheter rundt dødsfall*, synes å bidra til ulik tilpasning (selv om noen studier har vist usikre eller motstridende funn). Det er derfor viktig å ta hensyn til omstendighetene rundt dødsfallet, herunder dødsårsak og belastning på omsorgspersonen, og å erkjenne den komplekse kombinasjonen av personlige og situasjonsmessige faktorer som forklarer virkningen av slike variabler. I tabell 2 påpekte vi manglende samsvar ved funn som omhandlet kvaliteten på den sørgendes relasjon til avdøde (plassert i denne kategorien fordi dette er avhengig av omstendighetene rundt dødsfallet, men det er også relevant for andre kategorier). Videre studier av forskjellige sider ved relasjonen (f.eks. overavhengighet vs. normal avhengighet; manglende harmoni vs. autonomi) kan kaste lys over spikende resultater.¹³³ Forskning på tilknytning støtter også ideen om at den tapte relasjonens kvalitet eller type har stor innvirkning på resultatet.^{80,95,139,140}

Mellommenneskelige ressurser og beskyttelsesfaktorer er iboende egenskaper ved den sørgende personen. Det er forsket usedvanlig lite på disse sidene ved menneskets personlighet, til tross for det faktum at klinikere forutsetter at veltilpassede personer har lettere for å håndtere tap enn mindre veltilpassede personer.⁸⁸ Funn fra tilgjengelige studier støtter påstanden om at robuste personer tilpasser seg tap bedre enn skjøre personer. Disse mønstrene er sannsynligvis forbundet med attribusjonelle⁵² og emosjon reguleringsprosesser.^{52,59,160} Med attribusjon menes tolkningene vi bruker for å forstå det vi opplever; emosjonsreguleringsmønstre handler om strategiene vi velger

for å modifisere emosjonene våre. Forskingen på slike risikofaktorer og underliggende kognitive prosesser er ufullstendig. Det er også behov for ytterligere forskning på annen predisponerende sårbarhet (f.eks. tidligere psykiske lidelser, medisinske eller fysiske helseproblemer, aldersrelatert skjørhet, rusmisbruk), mens barns tap av foreldre er bedre dokumentert – her er det påvist en rekke langsiktige virkninger. Funnene viser at kvaliteten på omsorgen fra gjenværende foreldre (varme, disiplin) etter en forelders død, samt barnets personlige egenskaper (faktorer som gir robusthet), er sterkere prediktorer for senere tilpasning enn tapet som sådant.^{141,142}

Blant mellommenneskelige faktorer anses sosial støtte fra andre som en viktig variabel som beskytter den sørgende mot negative helsemessige konsekvenser. Denne antakelsen har imidlertid ikke blitt godt empirisk underbygd.^{5,161} Utilstrekkelig sosial støtte er en generell risikofaktor som påvirker helse og velvære både hos ikke-sørgende og sørgende mennesker, men andre kan ikke uten videre ta den avdødes plass. Bruk av profesjonell støtte kan også anses som en mellommenneskelig ressursfaktor, men den representerer en mer formell sosial støtte enn den man får fra familie, venner og nærmiljø.

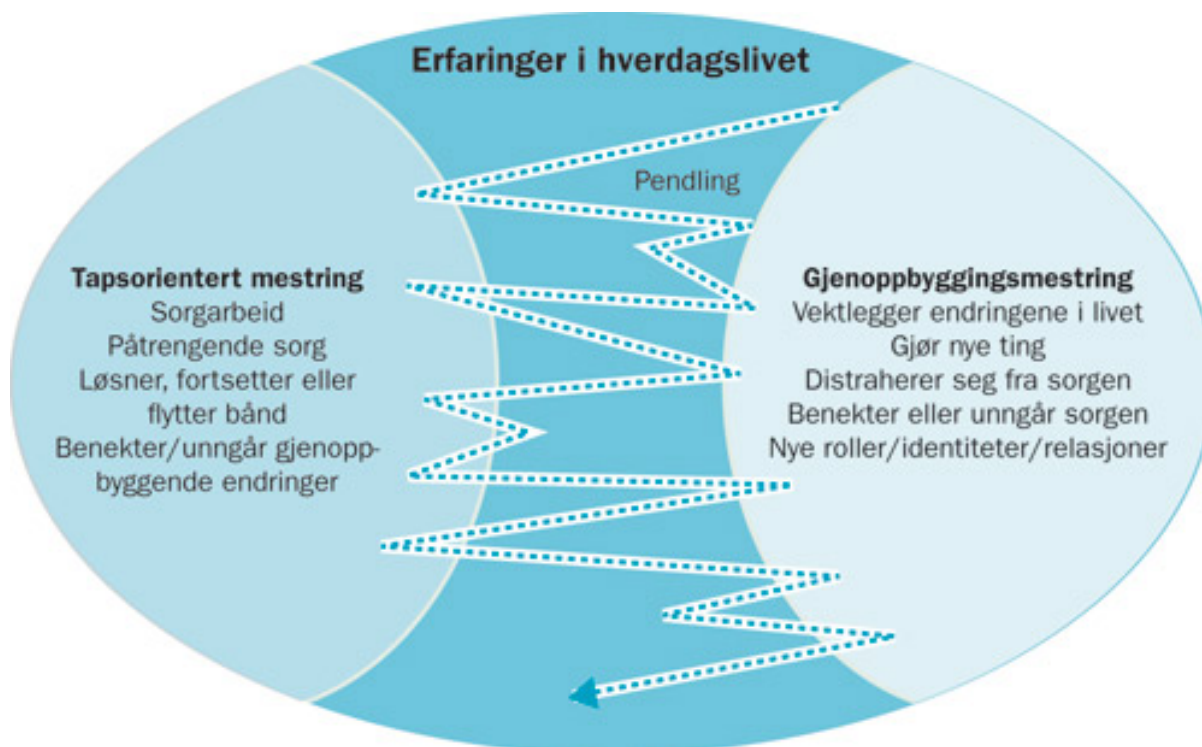
Hvordan en person tar tak i sin egen sorgprosess, er meget viktig. Til forskjell fra mange andre variabler er dette noe som kan endres – det vil si, det er mottakelig for korte intervensjoner.⁷⁷ I de siste tiårene har forskerne vært kritiske til den generelt aksepterte ideen om at såkalt sorgarbeid (å konfrontere og innse tapet, og å slippe båndet til den døde personen)¹⁶² er avgjørende for å komme over sorgen.⁵ Empirisk forskning har nemlig vist at personer som ikke bearbeider sorgen, ofte klarer seg like godt som – om ikke bedre enn – de som gjør det.^{155,163} Funn fra studier av fordelene ved emosjonell åpenhet eller sosial deling,^{5,156} eller av negative virkninger av unngåelse eller undertrykking,^{59,155} gir også liten støtte til sorgarbeidsidealet.

Empirisk forskning har vist at personer som ikke bearbeider sorgen, ofte klarer seg like godt som – om ikke bedre enn – de som gjør det

Mer inngående undersøkelser av maladaptive prosesser har imidlertid gitt oss nyttige ledetråder. Funnene bekrefter betydningen av positive og negative tankemønstre og regulering av emosjoner i sorgprosessen,⁵² og begge disse faktorene er integrert i tospors-modellen for mestring av tap.¹⁶⁰ Modellen (se figur) tar opp manglene ved sorgarbeidsmodellen og postulerer en vekslende/osillerende prosess, der den sørgende personen både konfronterer og unngår stressorer som har direkte med tapet å gjøre, som å gå detaljert gjennom hendelser knyttet til dødsfallet (tapsorientering) versus å håndtere kilder til sekundært stress, som f.eks. økonomiske forhold (restitusjonsmestrende

orientering). Ifølge denne modellen innebærer en adaptiv sorgprosess både konfrontasjon og unngåelse av de to typene stressелеmenter. Forskere arbeider i disse dager med å teste modellens variabler og bruke modellen som retningslinje ved utarbeiding av intervensjonsprogrammer.^{164,165}

Figur 1: Tosporsmodellen for mestring av sorg



Konklusjoner

Vi har registrert at situasjonsmessige, indre, mellommenneskelige og mestringsrelaterte faktorer påvirker effekten av et tap. Dette foregår på komplekse måter; og det kan være samspill mellom faktorene (f.eks. personlighet og omstendigheter rundt dødsfallet) som er med på å påvirke resultatet. Mange potensielle risikofaktorer krever ytterligere forskning. Det gjenstår også å se hvordan risikofaktorene presist forholder seg til ulike helsemessige konsekvenser – hvorfor en person f.eks. kan bukke under for mentale lidelser, mens en annen dør for tidlig etter et smertefullt tap.

Virkingen av intervensjoner

Ettersom opplevelse av sorg øker faren for helseproblemer for noen mennesker, bør forskningen søke å fastslå hvorvidt intervensjoner er å anbefale, og hvorvidt de faktisk er effektive. Vårt fokus her er på psykologiske og ikke medisinske eller farmakologiske intervensjoner: Vi begrenser diskusjonen

til effektivitetsstudier av psykososial og psykologisk rådgivning og behandlingsprogrammer (etter det vi vet, er det utført minimalt med forskning på farmakologiske og medisinske intervensjoner på mennesker i sorg, men Alexopoulos¹⁶⁶ og Raphael og kolleger⁸⁸ gir relevant informasjon. Ved *The Center for the Advancement of Health* har man tatt opp til diskusjon hvilken rolle helsearbeidere og helsesystemer spiller¹¹). Det er også publisert enkelte artikler som tar opp temaet.^{6,11,167-170} Vår egen artikkel, publisert i 2001,⁶ var basert på strenge metodologiske utvalgsriterier (bruk av kontrollgrupper, ikke-systematisk tilordning til eksperimentell eller kontrollgruppe, adekvat design med gyldige og pålitelige vurderingsinstrumenter, korrekte statistiske analyser, osv) og ekskluderte studier som ikke primært rettet seg mot sørgende personer. Tabell 3 gir en oppsummering og oppdatering av konklusjonene fra 2001 og 2005.

Tabell 3. Effektivitet av intervensjonsprogrammer ved sorg: psykososial og psykologisk veiledning og terapi 105,170

	Resultater	Kommentarer
Primære		
16 studier før 2001	Ikke effektive for de fleste	Fravær av resultater skyldes muligens at nesten alle studier brukte oppsøkende rekrutteringsprosedyre (hjelpen tilbys i stedet for å etterspørres) ¹⁷¹
4 studier etter 2001	Mer positive resultater enn tidligere studier. ^{78,79,173,174} Tegn til bedre resultater hos kvinner (voksne og unge jenter) enn hos unge menn. ^{78,79,174} Bedre resultater for personer med eksisterende psykiske helseproblemer, både voksne ¹⁷⁵ og barn ^{174,176}	Positive resultater skyldes antakeligvis at tre av fire studier var etterspurt (den sørgende ba om hjelp). Effektiviteten for personer med høyere grad av mentale helseproblemer før intervensjonen, antyder et rasjonale for sekundær intervensjon
Sekundære		
7 studier før 2001	Generelt, men ikke entydig, mer effektive enn primære intervensjoner, men virkningen var beskjeden og bedringen midlertidig	Effektivitet forbundet med streng bruk av risikokriterier, som viser behov for å differensiere mer innen gruppene og tilpasse intervensjonen til subgruppene (f. eks. etter kjønn ¹⁸¹)
3 studier etter 2001	Forbedringer hos barn som har opplevd selvmord, i gruppeintervensjoner (sammenlignet med offentlig behandlingstilbud). ¹⁷⁷ Høyrisikofamilier viste noe forbedring etter familiefokusert sorgterapi (^{178,179}), i forhold til generelt stressnivå (ikke familiens funksjonsnivå). De med mest alvorlige symptomer, viste sterkest bedring. Ingen virkning av spesifikk (kroppsberøring) terapi ¹⁸⁰ hos	

Tabell 3. Effektivitet av intervensjonsprogrammer ved sorg: psykososial og psykologisk veiledning og terapi 105,170

	mødre som har mistet et barn. Emosjonsfokuserte intervensjoner er mest effektive for sørgende enkemenn; problemfokuserert er mest effektivt for sørgende enker. ¹⁸¹ Fedre generelt, og mødre med lave basisverdier på stress og sorg, hadde liten nytte av gruppeintervensjoner med fokus på problemer og emosjoner, mens sterkt plagede eller sørgende mødre opplevde størst bedring ved slik intervensjon. ¹⁸²	
Tertiære		
7 studier før 2001	Beskjedne, men varige positive virkninger ved symptomer på patologi og sorg (individuell terapi og gruppeintervensjoner; fra analytisk orientert dynamisk psykoterapi til kognitiv terapi og atferdsterapi) ¹⁸²	Terapi for komplisert sorg eller sorgrelatert depresjon og stresslidelse har gitt betydelige og varige resultater. 3 andre studier var vanskelige å tolke (ingen kontrollgruppe uten intervensjon), men de var interessante med tanke på fremtidig forskning. ^{52,165,185,186} For eksempel ble det påvist kjønnsforskjeller i virkningen av tidsbegrenset støttende og tolkende gruppeterapi for sørgende personer med alvorlig depresjon: kvinner oppnådde større bedring enn menn med hensyn til depresjon, angst, unngåelse og generelle plager; menn rapporterte mindre sorg enn kvinner etter tolkende gruppeterapi. ¹⁸⁵ En spesifikk individuell behandlingsmodul for komplisert sorg var mer effektiv enn standard mellommenneskelig psykoterapi ¹⁶⁵
2 studier etter 2001	Underbygger tidligere funn: sterk virkning i forhold til inngrep, unngåelsesatferd, sorg, depresjon og angst. ^{183,184} Evaluert bruk av nortriptylin og mellommenneskelig psykoterapi (hver for seg og i kombinasjon) for personer med sorgrelaterte alvorlige depressive episoder. ¹⁸⁴ Nortriptylin førte til mindre remisjon enn placebo og psykoterapi. Indikasjon på at best resultater ble oppnådd med kombinasjon av medisiner og psykoterapi.	

Sorgintervensjoner kan deles inn i primær, sekundær og tertiær forebyggende intervensjoner.⁶ Ved primær forebyggende intervensjoner blir profesjonell hjelp gjort tilgjengelig for alle som har opplevd tap, uansett om intervensjonen er definert som nødvendig eller ikke. Sekundær forebyggende intervensjon er ment for sørgende personer som, gjennom screening eller systematisk vurdering, anses som i risiko etter tapet (f. eks. høyt stressnivå, traumatiske omstendigheter rundt dødsfallet, osv.). Tertiær forebyggende intervensjoner er terapi for komplisert sorg, sorgrelatert depresjon eller posttraumatisk stresslidelse – tilstander som vanligvis kommer til syne lenge etter dødsfallet (ettersom patologiske prosesser vanligvis tar tid å utvikle).

Konklusjoner

Som Parkes,¹⁸⁷ ledende ekspert på sorgprosesser, har uttalt: «det finnes ikke belegg for at alle mennesker i sorg vil ha nytte av oppfølging, og forskningen har ikke kunnet påvise fordeler ved rutinemessig henvisning til hjelp, av den ene grunn at man har opplevd et tap». Primær forebyggende intervensjon kan imidlertid være nyttig når initiativet overlates til den sørgende selv. En slik strategi er å anbefale, både i lys av lidelser og økonomi. Tilnærmingen forutsetter imidlertid en tilgjengelig infrastruktur med oppfølgingssteder eller organisasjoner. Intervensjoner for personer i risikogruppen er et viktig tiltak, men det er også viktig å kunne vurdere empirisk baserte risikofaktorer for å oppnå bedre resultater. Det er utviklet et bredt utvalg av behandlingsmetoder for komplisert sorg, og disse er generelt svært effektive.⁶ Det er viktig å foreta en systematisk sammenligning av virkningen av ulike terapeutiske tilnærminger, for å forstå hva som virker for hvem. Et første skritt i denne retningen vil være å foreta en grundig gjennomgang av kjønnsforskjeller i intervensjonseffektivitet.¹⁸¹

Sluttkommentarer

Vi har registrert negative helseaspekter ved en rekke mentale og fysiske resultater ved ulike typer tap, og med konsistente mønstre ved forskning utført i en rekke land (primært USA, Europa og Australia). Samtidig har vi registrert at sorg er en normal og naturlig prosess etter tap. De fleste reaksjoner er ikke kompliserte, og for de aller fleste sørgende mennesker vil familie og venner, religiøse samfunn og foreninger, samt ulike samfunnsressurser, tilby tilstrekkelig støtte. Profesjonell psykologisk intervensjon er oftest verken berettiget eller effektiv ved ukompliserte former for sorg.

Vi vet i dag mye om vanlige manifestasjoner av sorg, og vi registrerer en økende forståelse for faktorer som enten kompliserer sorgprosessen over tid, øker risikoen for andre mentale og fysiske lidelser, eller begge deler. Det er også gjort omfattende fremgang i utviklingen av og tilbudet om psykologiske intervensjoner for de som trenger det. Men selv om kvaliteten på en rekke av de ovennevnte studiene er bedre enn tidligere, er de metodologiske manglene fortsatt betydelige (f.eks. skjevhet i utvalgene, små utvalg, svak respons og høy dropout-frekvens).

Selv om vi kan trekke noen konklusjoner om til generell forekomst og manifestasjon av sorg, finner vi store kunnskapsmessige hull. Flere nyere studier av dødelighetsrisiko etter tap handler fortsatt om tap av ektefelle; andre typer tap har fått alt for liten forskningsmessig oppmerksomhet. Likeledes må vi innhente mer kunnskap om medvirkende faktorer for å forstå hvordan opplevelsen

av tap og omstendighetene rundt tapet samhandler med situasjonen før tapet, med personlige faktorer og måter å håndtere sorg på, og hvordan problemer oppstår som følge av dette. For øvrig er det betydelig rom for forbedring av intervensjonsstudier og for en streng vurdering av deres effektivitet, på grunnlag av evidensbaserte behandlingskriterier.

Interessekonflikter

Vi erklærer herved at det ikke foreligger interessekonflikter.

Takk

Vi takker Dora Black, Colin Murray Parkes og Beverley Raphael for kommentarer til deler av vår artikkel.

SØKESTRATEGI OG UTVALGSKRITERIER

Vi søkte i PubMed, Medline og PsycINFO etter begrepene «bereavement» og «grief» for å finne rapporter publisert etter 1997. For å velge hvilke som skulle inkluderes, prioriterte vi: nyere studier; studier som oppfyller kvalitetskriteriene (utvalgsstørrelse, svarprosent, bruk av standardiserte mål, analytiske teknikker, osv); studier som inkluderte kontrollgruppe med ikke-sørgende personer (der dette var relevant); prospektive og longitudinelle studier. Vi refererer også til våre egne, tidligere publikasjoner. 1–7

REAKSJONER PÅ TAP

Affektive

Depresjon, fortvilelse, motløshet, bekymring

Angst, frykt, engstelse

Skyld, skyldfølelse, selvbebreidelse

Sinne, fiendtlighet, irritabilitet

Anhedoni – tap av evne til å føle glede

Ensomhet

Lengsel, smerte, savn

Sjokk, nummenhet

Kognitive

Overopptatt av tanker på den døde, påtrengende grubling

Følelse av den dødes nærvær

Undertrykkelse, fornektelse

Redusert selvfølelse

Selvbebreidelser

Hjelpeløshet, håpløshet

Selvmordstanker

Følelse av uvirkelighet

Hukommelses- og konsentrasjonsproblemer

Atferdsmessige

Uro, anspenhet, rastløshet

Tretthet

Overaktivitet

Søken etter den døde

Gråt, krampegråt

Sosial tilbaketrekking

Fysiologiske – somatiske

Tap av appetitt

Søvnforstyrrelser

Energiløshet, utmattelse

Somatiske plager

Fysiske plager som ligner avdødes plager

Immunologiske og endokrine endringer

Mottakelighet for helseplager, sykdom, dødelighet

Hentet fra referanser 1 og 7, med tillatelse.

KRITERIER FOR KOMPLISERT SORG, FORESLÅTT FOR DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, 5. UTGAVE*96

Kriterium A

Kronisk og forstyrrende lengsel og savn etter den døde (lengsel)

Kriterium B

Personen må oppfylle fire av følgende åtte symptomer, minst flere ganger om dagen eller i en grad som er intens nok til å være plagsom og forstyrrende:

- 1 Problem med å akseptere dødsfallet
- 2 Problemer med å stole på andre
- 3 Sterk bitterhet eller sinne i forhold til dødsfallet
- 4 Vansker med å gå videre
- 5 Nummenhet eller likegyldighet
- 6 Føler livet er tomt eller meningsløst uten den avdøde
- 7 Ingen tro på fremtiden
- 8 Agitert

Kriterium C

Ovennevnte symptomer skaper markert og vedvarende dysfunksjon både sosialt, på jobb og i andre sammenhenger.

Kriterium D

Ovennevnte symptomer må vare i minst 6 måneder

* For at diagnosen komplisert sorg skal kunne stilles, må kriterier A, B, C og D oppfylles.

Hentet fra referanse 96, med tillatelse.

Referanser

- 1 Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W. Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention. Washington, DC: American Psychological Association, (in press).
- 2 Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO. Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention. New York: Cambridge University Press, 1993.
- 3 Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut HAW. Handbook of bereavement research: consequences, coping and care. Washington DC: American Psychological Association, 2001.
- 4 Stroebe MS, Stroebe W, Schut H. Gender differences in adjustment to bereavement: an empirical and theoretical review. *Rev Gen Psychol* 2001; 5: 62–83.
- 5 Stroebe W, Schut H, Stroebe MS. Grief work, disclosure and counseling: do they help the bereaved? *Clin Psychol Rev* 2005; 25: 395–414.
- 6 Schut H, Stroebe M, van den Bout J, Terheggen M. The efficacy of bereavement interventions: Who benefits? In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care. Washington, DC: American Psychological Association, 2001: 705–737.
- 7 Hansson RO, Stroebe, MS Bereavement in late life: development, coping, and adaptation. Washington, DC: American Psychological Association, 2006.
- 8 Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213–18.
- 9 Christ GH, Siegel, K, Christ AE. Adolescent grief «It never really hit me until it actually happened». *JAMA* 2005; 288: 1269–79.
- 10 Hansson RO, Stroebe MS. Grief, older adulthood. In: Gullotta TP, Bloom M, eds. The encyclopedia of primary prevention and health promotion. Boston: Kluwer, 2003: 515–21.
- 11 Center for the Advancement of Health. Report on bereavement and grief research. *Death Stud* 2004; 28: 491–575.
- 12 Stroebe MS, Stroebe W. The mortality of bereavement: a review. In: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, eds. Handbook of bereavement: theory, research, and intervention. New York: Cambridge University Press, 1993: 175–95.
- 13 Agerbo E. Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: a gender specific study. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 407–12.

- 14 Bowling A. Mortality after bereavement: an analysis of mortality rates and associations with mortality 13 years after bereavement. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994; 9: 445–59.
- 15 Christakis N, Allison P. Mortality after the hospitalization of a spouse. *N Engl J Med* 2006; 354: 719–30.
- 16 Elwert F, Christakis N. Widowhood and race. *Am Sociol Rev* 2006; 71: 16–41.
- 17 Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel JW. Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing* 2004; 33: 378–383.
- 18 Kposowa A. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 254–61.
- 19 Li G. The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: an historical cohort study. *Soc Sci Med* 1995; 40: 825–28.
- 20 Li J, Precht DH, Mortensen PB, Olsen J. Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *Lancet* 2003; 361: 363–67.
- 21 Lichtenstein P, Gatz M, Berg S. A twin study of mortality after spousal bereavement. *Psychol Med* 1998; 28: 635–43.
- 22 Lillard LA, Waite LJ. Till death do us part—marital disruption and mortality. *Am J Sociol* 1995; 100: 1131–56.
- 23 Manor O, Eisenbach Z. Mortality after spousal loss: are there socio-demographic differences? *Soc Sci Med* 2003; 56: 405–13.
- 24 Martikainen P, Valkonen T. Mortality after death of spouse in relation to duration of bereavement in Finland. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 264–68.
- 25 Martikainen P, Valkonen T. Mortality after the death of a spouse: Rates and causes of death in a large Finnish cohort. *Am J Pub Health* 1996; 86: 1087–93.
- 26 Martikainen P, Valkonen T. Do education and income buffer the effects of death of spouse on mortality? *Epidemiology* 1998; 9: 530–34.
- 27 Mendes de Leon C, Kasl S V, Jacobs S. Widowhood and mortality risk in a community sample of the elderly: a prospective study. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 519–27.
- 28 Qin P, Mortensen PB. The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 797–802.
- 29 Schaefer C, Quesenberry CP, Wi S. Mortality following conjugal bereavement and the effects of a shared environment. *Am J Epidemiol* 1995; 141: 1142–52.

- 30 Smith KR, Zick CD. Risk of mortality following widowhood: Age and sex differences by mode of death. *Soc Biol* 1996; 43: 59–71.
- 31 Bradsher JE, Longino CF Jr, Jackson DJ, Zimmerman RS. Health and geographic mobility among the recently widowed. *J Gerontol* 1992; 47: S261–68.
- 32 Duberstein PR, Conwell Y, Cox C. Suicide in widowed persons: A psychological autopsy comparison of recently and remotely bereaved older subjects. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998; 6: 328–34.
- 33 Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health* 1987; 77: 283–87.
- 34 Stroebe M, Stroebe W, Abakoumkin G. The broken heart: Suicidal ideation in bereavement. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 2178–80.
- 35 Parkes CM. Bereavement: Studies of grief in adult life (3rd edn). New York: Routledge, 1996.
- 36 Murphy SA, Lohan J, Braun T, et al. Parents' health, health care utilization, and health behaviors following the violent deaths of their 12-to 28-year-old children: a prospective longitudinal analysis. *Death Stud* 1999; 23: 589–616.
- 37 Thompson LW, Breckenridge JN, Gallagher D, Peterson JA. Effects of bereavement on self-perceptions of physical health in elderly widows and widowers. *J Gerontol* 1984; 39: 309–14.
- 38 Prigerson H, Silverman GK, Jacobs S, Maciejewski P, Kasl SV, Rosenheck R. Traumatic grief, disability and the underutilization of health services: a preliminary look. *Prim Psychiatry* 2001; 8: 61–69.
- 39 Chen JH, Bierhals AJ, Prigerson HG, Kasl SV, Mazure CM, Jacobs S. Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychol Med* 1999; 29: 367–80.
- 40 Bradbeer M, Helme RD, Yong HH, Kendig HL, Gibson SJ. Widowhood and other demographic associations of pain in independent older people. *Clin J Pain* 2003; 19: 247–54.
- 41 Shahar D, Schultz R, Shahar A, Wing R. The effect of widowhood on weight change, dietary intake, and eating behavior in the elderly population. *J Aging Health* 2001; 13: 186–99.
- 42 Schulz R, Beach SR, Lind B, et al. Involvement in caregiving and adjustment to the death of a spouse. *JAMA* 2001; 285: 3123–29.
- 43 Neimeyer RA, Hogan NS. Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. Handbook of bereavement research:

- Consequences, coping, and care. Washington DC: American Psychological Association, 2001: 89–118.
- 44 Byrne GJ, Raphael B. The psychological symptoms of conjugal bereavement in elderly men over the first 13 months. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997; 12: 241–51.
- 45 Rosengard C, Folkman S. Suicidal ideation, bereavement, HIV serostatus and psychosocial variables in partners of men with AIDS. *AIDS Care* 1997; 9: 373–84.
- 46 Latham AE, Prigerson, H. Suicidality and bereavement: Complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2004; 34: 350–62.
- 47 Segal NL, Roy, A. Suicidal attempts and ideation in twins whose co-twins' deaths were non-suicides: replication and elaboration. *Pers Individ Diff* 2001; 31: 445–452.
- 48 Range LM, Knott EC. Twenty suicide assessment instruments: Evaluation and recommendations. *Death Stud* 1997; 21: 25–58.
- 49 Lund DA, Caserta MS, Dimond MF. The course of spousal bereavement in later life. In: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, eds. *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. New York: Cambridge University Press, 1993: 240–54.
- 50 van Baarsen B, van Duijn MA, Smit JH, Snijders TA, Knipscheer KP. Patterns of adjustment to partner loss in old age: the widowhood adaptation longitudinal study. *Omega* 2001–02; 44: 4–36.
- 51 Hardison HG, Neimeyer RA, Lichstein KL. Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behav Sleep Med* 2005; 3: 99–111.
- 52 Boelen PA. *Complicated grief: Assessment, theory, and treatment*. Enschede/Amsterdam: Ipskamp, 2005.
- 53 Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, et al. Differentiating symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatients. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 87–93.
- 54 Prigerson HG, Jacobs SC. Perspectives on care at the close of life. Caring for bereaved patients: «all the doctors just suddenly go». *JAMA* 2001; 286: 1369–76.
- 55 Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, et al. Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 22–30.
- 56 Wijngaards-de Meij L, Stroebe M, Schut H, et al. Couples at risk following the death of their child: predictors of grief versus depression. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 617–23.

- 57 O'Connor MF, Allen J, Kaszniak AW. Autonomic and emotion regulation in bereavement and depression. *J Psychosom Res* 2002; 52: 183–85.
- 58 Boerner K, Wortman CB, Bonanno GA. Resilient or at risk? A 4-year study of older adults who initially showed high or low distress following conjugal loss. *J Gerontol* 2005; 60: P67–73.
- 59 Bonanno GA, Papa A, Lalande K, Zhang N, Noll JG. Grief processing and deliberate grief avoidance: a prospective comparison of bereaved spouses and parents in the United States and the People's Republic of China. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 86–98.
- 60 Rosenblatt PC, Wallace BR. African American grief. New York: Routledge, 2005.
- 61 Rubin SS, Yasien-Esmael H. Loss and bereavement among Israeli's Muslims: acceptance of God's will, grief, and the relationship to the deceased. *Omega* 2004; 49: 149–62.
- 62 Wikan U. Bereavement and loss in two Muslim communities: Egypt and Bali. *Soc Sci Med* 1988; 27: 451–60.
- 63 Kleinman A, Good B. Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder. Berkeley: University of California Press, 1985.
- 64 Simon G, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 341: 1329–34.
- 65 Parkes CM, Laungani P, Young, B. Death and bereavement across cultures. London: Routledge, 1997.
- 66 Fry PS. Grandparents' reactions to the death of a grandchild: an exploratory factor analytic study. *Omega* 1997; 35: 119–40.
- 67 Lin KK, Sandler IN, Ayers TS, Wolchik SA, Luecken LJ. Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive services. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33: 673–83.
- 68 Kirwin KM, Hamrin V. Decreasing the risk of complicated bereavement and future psychiatric disorders in children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2005; 18: 62–78.
- 69 Rotherham-Borus MJ, Weiss R, Alber S, Lester P. Adolescent adjustment before and after HIV-related parental death. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 221–28.
- 70 Scharlach AE. Factors associated with filial grief following the death of an elderly parent. *Am J Orthopsychiatry* 1991; 61: 307–13.

- 71 Murphy SA, Das Gupta A, Cain KC, et al. Changes in parents' mental distress after the violent death of an adolescent or young adult child: a longitudinal prospective analysis. *Death Stud* 1999; 23:129–59.
- 72 Murphy SA, Johnson LC, Wu L, Fan JJ, Lohan J. Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: a comparative study demonstrating differences. *Death Stud* 2003; 27: 39–61.
- 73 Rubin SS, Malkinson R. Parental response to child loss across the life cycle: clinical and research perspectives. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington DC: American Psychological Association, 2001: 219–40.
- 74 Barr P. Guilt- and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychol Psychother* 2004; 77: 493–510.
- 75 Vance JC, Boyle FM, Najman JM, Thearle MJ. Couple distress after sudden infant or perinatal death: a 30-month follow-up. *J Paediatr Child Health* 2002; 38: 368–72.
- 76 Sklar FHS. Close friends as survivors: Bereavement patterns in a «hidden» population. *Omega* 1991; 21: 103–12.
- 77 Folkman S. Revised coping theory and the process of bereavement. In: Stroebe MS Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington DC: American Psychological Association, 2001: 563–84.
- 78 Sikkema KJ, Hansen NB, Kochman A, Tate DC, Difranceisco W. Outcomes from a randomized controlled trial of a group intervention for HIV positive men and women coping with AIDS-related loss and bereavement. *Death Stud* 2004; 28: 187–209.
- 79 Sikkema KJ, Hansen NB, Meade CS, Kochman A, Lee RS. Improvements in health-related quality of life following a group intervention for coping with AIDS-bereavement among HIV-infected men and women. *Qual Life Res* 2005; 14: 991–1005.
- 80 Bowlby J. *Attachment and loss, vol 3: Loss: sadness and depression*. London: Hogarth Press, 1980.
- 81 Worden JW. *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*, 3rd Edn. New York: Springer Publishing Co, 2001.
- 82 Bisconti TL, Bergeman CS, Boker SM. Emotional well-being in recently bereaved widows: a dynamical systems approach. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2004; 59: 158–67.

- 83 McCrae RR, Costa PT. Psychological resilience among widowed men and women: a 10-year follow-up of a national sample. In: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, eds. *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. New York: Cambridge University Press, 1993: 196–207.
- 84 Archer J. *The nature of grief: The evolution and psychology of reactions to grief*. London: Routledge, 1999.
- 85 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of disorders (4th edn)*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 86 Schaefer JA, Moos RH. Bereavement experiences and personal growth. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington DC: American Psychological Association, 2001: 145–67.
- 87 Simonton D. *Great psychologists and their times*. Washington, DC: American Psychological Association, 1988.
- 88 Raphael B, Minkov C, Dobson M. Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001: 587–612.
- 89 Kaltman S, Bonanno GA. Trauma and bereavement: examining the impact of sudden and violent deaths. *J Anxiety Disord* 2003; 17: 131–47.
- 90 Murphy SA, Johnson LC, Chung I, Beaton RD. The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later. *J Traumatic Stress* 2003; 16: 17–25.
- 91 Surtees PG. In the shadow of adversity: The evolution and resolution of anxiety and depressive disorder. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 583–94.
- 92 Li J, Laursen TM, Precht DH, Olsen J, Mortensen PB. Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *N Engl J Med* 2005; 352: 1190–96.
- 93 Prigerson H, Jacobs, S. Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001: 613–45.
- 94 Jacobs S. *Pathologic grief: Maladaptation to loss*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.

- 95 Parkes CM, Weiss RS. Recovery from bereavement. New York: Basic Books, 1983.
- 96 Prigerson H, Maciejewski, P. A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *Omega* 2005; 52: 9–19.
- 97 Averill JR. Grief: its nature and significance. *Psychol Bull* 1968; 70: 721–48.
- 98 Middleton W, Burnett P, Raphael B, Martinek N. The bereavement response: a cluster analysis. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 167–71.
- 99 Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 904–10.
- 100 Parkes CM. Complicated grief: a symposium. *Omega* 2005; 52: whole issue. Kommentar fra Atle Dyregrov: Etter at artikkelen ble skrevet, er det nå foreslått en egen diagnosekategori for «Bereavement related disorders» som finnes beskrevet ved å følge denne linken: <http://bit.ly/fq1gTZ> Den bygger i hovedsak på arbeider av Prigerson og Horowitz.
- 101 Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud* 2003; 27: 143–65.
- 102 Averill J. The functions of grief. In: Izard C, ed. Emotions in personality and psychopathology. New York, 1979: 339–68.
- 103 Aartsen MJ, van Tilburg T, Smits CH, Comijs HC, Knipscheer KC. Does widowhood affect memory performance of older people? *Psychol Med* 2004; 34: 1–10.
- 104 Rosenbloom CA, Whittington FJ. The effects of bereavement on eating behaviors and nutrient intakes in elderly widowed persons. *J Gerontol*; 48: S223–29.
- 105 Carr D, Nesse RM, Wortman C. Late life widowhood in the United States. New York: Springer Publishing Co, 2005.
- 106 Utz RL, Carr D, Nesse R, Wortman CB. The effect of widowhood on older adults' social participation: An evaluation of activity, disengagement, and continuity theories. *Gerontologist*; 42: 522–33.
- 107 Gerra G, Monti D, Panerai AE, et al. Long-term immune-endocrine effects of bereavement: Relationships with anxiety levels and mood. *Psychiatry Res* 2003; 121: 145–58.
- 108 Gündel H, O'Connor M-F, Littrell L, Fort C, Lane R. Functional neuroanatomy of grief: an MRI study. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1946–53.
- 109 O'Connor M, Allen J, Kaszniak A. Autonomic and emotion regulation in bereavement and depression. *J Psychosom Res* 2002; 52: 183–85.

- 110 Stroebe M, Folkman S, Hansson RO, Schut H. The prediction of bereavement outcome: development of an integrative risk factor framework. *Soc Sci Med* 2006; 63: 2446–51.
- 111 Stroebe W, Schut H. Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review. In: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001: 349–71.
- 112 Carr D, House JS, Wortman C, Nesse R, Kessler RC. Psychological adjustment to sudden and anticipated spousal loss among older widowed persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001; 56: S237–48.
- 113 Raphael B, Martinek N. Assessing traumatic bereavements and PTSD. In: Wilson JP, Keane TM, eds. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford, 1997: 373–95.
- 114 Barry LC, Kasl SV, Prigerson HG. Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 447–57.
- 115 Ong AD, Bergeman, CS, Bisconti, TL. Unique effects of daily perceived control on anxiety symptomatology during conjugal bereavement. *Pers Individ Diff* 2005; 38: 1057–67.
- 116 Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *J Affect Disord* 2002; 72: 185–94.
- 117 Cerel J, Fristad MA, Weller EB, Weller RA. Suicide-bereaved children and adolescents: a controlled longitudinal examination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38: 672–79.
- 118 Prigerson HG, Cherlin E, Chen JH, Kasl SV, Hurzeler R, Bradley EH. The Stressful Caregiving Adult Reactions to Experiences of Dying (SCARED) scale: a measure for assessing caregiver exposure to distress in terminal care. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11: 309–19.
- 119 Carr D. A ‘good death’ for whom? Quality of spouse’s death and psychological distress among older persons. *J Health Soc Behav* 2003; 44: 215–32.
- 120 Fristad MA, Cerel J, Goldman M, Weller EB, Weller RA. The role of ritual in children’s bereavement. *Omega* 2001; 42: 321–39.
- 121 Ringdal GI, Jordhoy MS, Ringdal K, Kaasa S. Factors affecting grief reactions in close family members to individuals who have died of cancer. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22: 1016–26.

- 122 Christakis NA, Iwashyna TJ. The health impact of health care on families: a matched cohort study of hospice use by decedents and mortality outcomes in surviving, widowed spouses. *Soc Sci Med* 2003; 57: 465–75.
- 123 Goodenough B, Drew D, Higgins S, Trethewie S. Bereavement outcomes for parents who lose a child to cancer: are place of death and sex of parent associated with differences in psychological functioning? *Psychooncology* 2004; 13: 779–91.
- 124 Aneshensel CS, Botticello AL, Yamamoto-Mitani N. When caregiving ends: the course of depressive symptoms after bereavement. *J Health Soc Behav* 2004; 45: 422–40.
- 125 Ferrario SR, Cardillo V, Vicario F, Balzarini E, Zotti AM. Advanced cancer at home: caregiving and bereavement. *Palliat Med* 2004; 18: 129–36.
- 126 Ringdal GI, Ringdal K, Jordhoy MS, Ahlner-Elmqvist M, Jannert M, Kassa S. Health-related quality of life (HRQOL) in family members of cancer victims: results from a longitudinal intervention study in Norway and Sweden. *Palliat Med* 2004; 18: 108–20.
- 127 Boerner K, Schulz R, Horowitz A. Positive aspects of caregiving and adaptation to bereavement. *Psychol Aging* 2004; 19: 668–75.
- 128 Schulz R, Mendelsohn AB, Haley W, et al. End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *N Engl J Med* 2003; 349: 1936–42.
- 129 Bernard LL, Guarnaccia CA. Two models of caregiver strain and bereavement adjustment: a comparison of husband and daughter caregivers of breast cancer hospice patients. *Gerontologist* 2003; 43: 808–16.
- 130 Seltzer MM, Lee LW. The dynamics of caregiving: transitions during a three-year prospective study. *Gerontologist* 2000; 40: 165–78.
- 131 Cleiren MH. Bereavement and adaptation: a comparative study of the aftermath of death. Washington, DC: Hemisphere, 1993.
- 132 Nolen-Hoeksema SL J. Coping with loss. Mahwah, NJ: Mahwah, 1999.
- 133 Carr D, House JS, Kessler RC, Nesse RM, Sonnega J, Wortman C. Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: a longitudinal analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000; 55: S197–207.
- 134 Carr D. Black/White differences in psychological adjustment to spousal loss among older adults. *Res Aging* 2004; 26: 591–622.

- 135 Prigerson H, Maciejewski P, Rosenheck R. Preliminary explorations of the harmful interactive effects of widowhood and marital harmony on health, health service use, and health care costs. *Gerontologist* 2000; 40: 349–57.
- 136 Murdoch ME, Guarnaccia CA, Hayslip B Jr, McKibbin CL. The contribution of small life events to the psychological distress of married and widowed older women. *J Women Aging* 1998; 10: 3–22.
- 137 Moskowitz JT, Folkman S, Acree M. Do positive psychological states shed light on recovery from bereavement? Findings from a 3-year longitudinal study. *Death Stud* 2003; 27: 471–500.
- 138 Haine RA, Ayers TS, Sandler IN, Wolchik SA, Weyer JL. Locus of control and self-esteem as stress-moderators or stress-mediators in parentally bereaved children. *Death Stud* 2003; 27: 619–40.
- 139 Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Attachment in coping with bereavement: a theoretical integration. *Rev Gen Psychol* 2005; 9: 48–66.
- 140 Parkes CM. *Love and loss: the roots of grief and its complications*. Hove, UK: Routledge, 2006.
- 141 Luecken LJ. Attachment and loss experiences during childhood are associated with adult hostility, depression, and social support. *J Psychosom Res* 2000; 49: 85–91.
- 142 Luecken LJ, Appelhaus. Early parental loss and salivary cortisol in young adulthood: The moderating role of family environment. *Dev Psychopathol* 2006; 18: 295–308.
- 143 Nicolson NA. Childhood parental loss and cortisol levels in adult men. *Psychoneuroendocrinol* 2004; 29: 1012–18.
- 144 Tsuchiya KJ, Agerbo E, Mortensen PB. Parental death and bipolar disorder: A robust association was found in early maternal suicide. *J Affect Disord* 2005; 86: 151–59.
- 145 Mikulincer M, Shaver P. An attachment perspective on bereavement. In Stroebe M, Hansson RO, Schut H, Stroebe W, eds. *Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association, (in press).
- 146 Mack KY. The effects of early parental death on sibling relationships in later life. *Omega* 2004; 49: 131–48.
- 147 Benore ER, Park CL. Death-specific religious beliefs and bereavement: belief in an afterlife and continued attachment. *Int J Psychol Relig* 2004; 14: 1–22.
- 148 Stroebe M. The role of religion in bereavement: courage of convictions or scientific scrutiny. *Int J Psychol Relig* 2004; 14: 23–36.

- 149 Brown SL, Nesse RM, House JS, Utz RL. Religion and emotional compensation: results from a prospective study of widowhood. *Pers Soc Psychol Bull* 2004; 30: 1165–74.
- 150 van Grootheest DS, Beekman AT, Broese van Groenou MI, Deeg DJ. Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 391–98.
- 151 Lee GR, DeMaris A, Bavin S, Sullivan R. Gender differences in the depressive effect of widowhood in later life. *J Gerontol* 2001; 56B: S56–S61.
- 152 Kreicbergs U, Valdimarsdóttir U, Onelöv E, Henter J, Steineck G. Anxiety and depression in parents 4–9 years after the loss of a child owing to a malignancy: a population-based follow-up. *Psychol Med* 2004; 34: 1431–41.
- 153 Perkins HW, Harris LB. Familial bereavement and health in adult life course perspective. *J Marriage Fam* 1990; 52: 233–41.
- 154 Williams DR, Takeuchi DT, Adair RK. Marital status and psychiatric disorders among blacks and whites. *J Health Soc Behav* 1992; 33: 140–57.
- 155 Bonanno GA. Grief and emotion: a social-functional perspective. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington DC: American Psychological Association, 2001: 493–515.
- 156 Pennebaker J, Zech E, Rimé, B. Disclosing and sharing emotion: psychological, social, and health consequences. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, ed. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001: 517–43.
- 157 Nolen-Hoeksema S. Ruminative coping and adjustment to bereavement. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, eds. *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001: 545–62.
- 158 Bower JE, Kemeny, ME, Taylor SE, Fahey JL. Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 979–86.
- 159 Davis C, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *J Pers Soc Psychol* 1998; 75: 561–74.
- 160 Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud* 1999; 23: 197–224.

- 161 Zettel LA, Rook KS. Substitution and compensation in the social networks of older widowed women. *Psychol Aging* 2004; 19: 433–43.
- 162 Freud S. Mourning and melancholia. In: Strachey J, ed. Standard edition of the complete works of Sigmund Freud. London: Hogarth, 1957.
- 163 Wortman C, Silver R. The myths of coping with loss revisited. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, ed. Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care. Washington, DC: American Psychological Association, 2001: 405–29.
- 164 Lund DA, Caserta MS, deVries B, Wright S. Restoration after bereavement. *Generations review: Br Soc Gerontol* 2004; 14: 9–15.
- 165 Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 2601–08.
- 166 Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365: 1961–70.
- 167 Kato PM, Mann T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clin Psychol Rev* 1999; 19: 275–96.
- 168 Litterer Allumbaugh D, Hoyt WT. Effectiveness of grief therapy: a meta-analysis. *J Counsel Psychol* 1999; 46: 370–80.
- 169 Jordan JR, Neimeyer RA. Does grief counseling work? *Death Stud* 2003; 27: 765–86.
- 170 Schut H, Stroebe M. Interventions to enhance adaptation to bereavement. *J Palliat Med* 2005; 8: S140–47.
- 171 Black D, Urbanowicz MA. Family intervention with bereaved children. *J Child Psychol Psychiatry* 1987; 28: 467–76.
- 172 Morrison Tonkins SA, Lambert MJ. A treatment outcome study of bereaved groups for children. *Child Adolesc Soc Work J* 1996; 13: 3–21.
- 173 Goodkin K, Blaney NT, Feaster DJ, Baldewicz T, Burkhalter JE, Leeds B. A randomized controlled clinical trial of a bereavement support group intervention in human immunodeficiency virus type 1-seropositive and -seronegative homosexual men. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 52–59.
- 174 Sandler IN, Ayers TS, Wolchik SA, et al. The family bereavement program: efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 587–600.

- 175 Vachon ML, Lyall WA, Rogers J, Freedman-Letofsky K, Freeman SJ. A controlled study of self-help intervention for widows. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 1380–84.
- 176 Murray JA, Terry DJ, Vance JC, Battistutta D, Connolly Y. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Stud* 2000; 24: 275–305.
- 177 Pfeiffer CR, Jiang H, Kakuma T, Hwang J, Metsch M. Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 505–13.
- 178 Kissane DW, McKenzie M, Bloch S, Moskowitz C, McKenzie DP, O'Neill I. Family focused grief therapy: a randomized controlled trial in palliative care and bereavement. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1208–18.
- 179 Kissane DW, McKenzie M, McKenzie DP, Forbes A, O'Neill I, Bloch S. Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the Family Focused Grief Therapy controlled trial. *Palliat Med* 2003; 17: 527–37.
- 180 Kempson DA. Effects of intentional touch on complicated grief of bereaved mothers. *Omega* 2001; 42: 341–53.
- 181 Schut HA, Stroebe MS, van den Bout J, de Keijser J. Intervention for the bereaved: gender differences in the efficacy of two counselling programmes. *Br J Clin Psychol* 1997; 36: 63–72.
- 182 Murphy SA, Johnson C, Cain KC, Das Gupta A, Dimond M, Lohan J. Broad-spectrum group treatment for parents bereaved by the violent deaths of their 12- to 28-year-old children: A randomized controlled trial. *Death Stud* 1998; 22: 209–35.
- 183 Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A. Internet-based cognitive-behavioral therapy (INTERAPY) for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Stud* 2006; 30: 429–53.
- 184 Reynolds CF, Miller MD, Pasternak RE, et al. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: A controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 202–08.
- 185 Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Differences in men's and women's responses to short-term group psychotherapy. *Psychother Res* 2004; 14: 231–43.
- 186 Piper WE, McCallum M, Joyce AS, Rosie JS, Ogrodniczuk JS. Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *Int J Group Psychother* 2001; 51: 525–52.
- 187 Parkes CM. Editorial comments. *Bereavement Care* 1998; 17: 18