

## ARTIKLER

## Evaluering av et sorgbearbeidingsprogram for etterlatte ved brå spedbarnsdød

Atle Dyregrov, Øystein Mortensen og Kari Dyregrov  
Senter for Krisepsykologi, Bergen

### *Evaluation of a bereavement programme for parents following unexpected child loss*

*This article presents a grief intervention programme consisting of three consecutive modules. A hundred and twelve bereaved parents who had previously lost a child through stillbirth, neonatal death or «Sudden Infant Death Syndrome» took part in the first module. This particular module focused on information related to normal reactions to grief. A further forty participants were offered the second module which was based on therapeutic weekend gatherings. The last module, consisting of individual psychotherapy, was offered to 18 participants experiencing a maximum level of traumatic grief and psychosocial problems. Prior to the first module, all participants were asked to complete the following questionnaires: Impact of Event Scale (IES), Inventory of Complicated Grief (ICG) and the General Health Questionnaire (GHQ). Participants were retested immediately after completion of the second module and again 9 months later. Measures on IES and ICG were found to drop significantly 9 months after completion of the second intervention module.*

### **Innledning**

Sorgen og tragedien som foreldre, søsken og andre nære pårørende opplever etter brå spedbarnsdød er grundig beskrevet i faglitteraturen (Boyle, Vance, Najman & Thearle, 1996; Dyregrov, 1990; Dyregrov & Matthiesen, 1991; Martinson, Davis & Mc Clowry, 1991; Nordanger, Dyregrov & Dyregrov, 2000; Vance et al., 1993). Slik sorg vil ha en vedvarende innflytelse på hele familien, selv om det er individuelle forskjeller og kjønnsvariasjoner (Dijkstra, 2000; Dyregrov, 1988, 1989; Dyregrov & Dyregrov, 1996; Videka-Sherman, 1982). Den umiddelbare reaksjonen på å miste et lite barn består ofte av

sjokk og uvirkelighetsopplevelse, fulgt av sterke følelsesreaksjoner og med etterreaksjoner på en rekke forskjellige livsområder. Så mange som 20–30% kan oppleve kompliserte sorgreaksjoner etter plutselige og uventede dødsfall (Nordanger et al., 2000), reaksjoner som kan innebære svekket funksjon i dagliglivet (Prigerson et al., 1995).

### *Komplisert sorg*

Traumatisk eller komplisert sorg er foreslått som en ny diagnostisk benevnelse. Tilstanden kjennetegnes ved fire ulike kriterier (Jacobs, Mazure & Prigerson, 2000):

- 1) Symptomene opptrer i etterkant av at en viktig nærstående person er død og inkluderer påtrengende tanker om og opptatthet av den avdøde, bl.a. lengsel og «leting» etter den døde.
- 2) Et sett av kognitive, emosjonelle og atferdsmessige symptomer. Blant de kognitive kjennetegn er vanskeligheter med å forestille seg et fullverdig liv uten den døde, opplevelser av tomhet og meningsløshet, vanskeligheter med å godta dødsfallet, et forstyrret verdensbilde og tapt opplevelse av trygghet og kontroll. Atferdsmessige reaksjoner kjennetegnes av unngåelse av tanker, følelser, aktiviteter, mennesker og plasser som minner om den døde. Emosjonelle kjennetegn er nummenhet, fravær av emosjonelle reaksjoner, irritabilitet, bitterhet og sinne knyttet til dødsfallet.
- 3) Varigheten av disse symptomene er lengre enn seks måneder.
- 4) Symptomene forårsaker betydelig nedsatt funksjonsevne i det sosiale liv.

Prigerson og medarbeidere (1999) viser at komplisert sorg er vesensforskjellig fra depresjon og posttraumatisk stresslidelse (PTSD), til tross for at elementer fra begge kan spores i kriteriene over. Forskjellene viser seg fenomenologisk, med sterk betoning av separasjonsubehag ved komplisert sorg, og i ulike risikofak-

terer for de to tilstandene. I tillegg er det vist at mens depresjon responderer på antidepressiva, så gjør ikke komplisert sorg det (Zisook & Shuchter, 2001).

Posttraumatiske plager kan komplisere sorgen. Både unngåelsesatferd og påtrengende minner er kardinalsymptomer ved PTSD. Påtrengende minner kjennetegnes ved uvelkomne, påtrengende tanker og minnesbilder, sterke følelsesutbrudd og plagsomme drømmer. Unngåelsesatferd karakteriseres ved unngåelse av tanker, plasser og situasjoner som minner om den avdøde. Horowitz (1986) hevder at påtrengende minner forekommer etter traumatiske hendelser fordi minnene etter hendelsen forblir aktive i hukommelsen inntil de tillates å ferdigbearbeides. Bearbeidingsprosessen er smertefull. Unngåelse hevdes derfor å utvikle seg som en måte å «porsjonere opp» og håndtere de påtrengende minnene på. Det er derfor vanlig å se sterke påtrengende minner og deretter unngåelse mens hendelsen bearbeides. Når styrken i de påtrengende reaksjonene blir stor uten at unngåelsen regulerer denne, eller unngåelsen blir for sterk, kan det bidra til å forlenge komplisert sorg. Sorgprosessens videre gang blir hindret. Dette understreker betydningen av å ta de påtrengende minnene på alvor (Dyregrov, 1993).

#### *Sorggrupper*

Det arrangeres sorggrupper rundt om i Norge og ellers i verden. Disse gruppene varierer med hensyn til type dødsfall som ligger til grunn for gruppedannelsen, og i forhold til struktur, ledelse og varighet. Effekten av slike grupper er i liten grad evaluert. De oppleves vanligvis som positive av etterlatte som deltar, men har liten dokumentert innvirkning på ulike mål for mental helse og sosial fungering (Murphy et al., 1996; Reilly-Smorawski, Armstrong & Catlin, 2002; Videka-Sherman & Lieberman, 1985). Sorggruppearbeidet i regi av samarbeidsprosjektet «Sorg og omsorg» har vært evaluert (Thuen 1995; Thuen & Skutle, 1995). Konklusjonen er at gruppedeltakerne i stor grad er tilfredse, men metoden som er anvendt tillater ikke konklusjoner om eventuell reduksjon av komplisert sorg eller posttraumatiske stressproblemer. I så måte er studien som beskrives i denne artikkelen banebrytende på dette området i Norge, til tross for at kontrollgruppe ikke er anvendt.

#### *Beskrivelse av sorgbearbeidingsprogrammet*

Dyregrov, Nordanger og Dyregrov (2000) dokumenterer i et omfattende kartleggingsarbeid at etterlatte etter brå barnedødsfall har behov for mer strukturert hjelp og støtte, og da spesielt med varig-

het over lengre tid. Samtidig er terskelen for å søke hjelp på individuell basis ofte høy. Dette er utgangspunktet for at Senter for Krisepsykologi i samarbeid med Landsforeningen til støtte ved krybbedød ønsket å utvikle et skreddersydd hjelpetilbud til foreldre som hadde mistet små barn. Dette arbeidet resulterte i et sorgbearbeidingsprogram hvis innhold var informasjon omkring sorgreaksjoner og komplisert sorg, gruppebasert rådgivning og samtale, og individuell terapi. Programmet var delt inn i tre trinn; større fellessamlinger (trinn 1), mindre gruppesamlinger (trinn 2) og individuell terapi (trinn 3). I løpet av programmet fikk deltakere ut fra behovsvurderinger (screeningprosedyre basert på tre kutteskårer og noen kvalitative spørsmål) ved slutten av hvert trinn tilbud om å gå videre til påfølgende trinn.

Hundre og tolv foreldre meldte seg, Nitti deltok på trinn 1 som var et psykopedagogisk introduksjonskurs ved psykolog, dr. philos. Atle Dyregrov. Kurset varte i åtte timer. Det ble forelest over temaer som sorg over tid, komplisert sorg, vansker i familien, søskens situasjon og råd om selvhjelp. Det var også anledning til spørsmål og kommentarer, i tillegg til at deltakerne fikk presentere seg selv og sin situasjon. Førte personer fikk tilbud om å gå videre til trinn 2 – helgesamlinger. Disse deltakerne ble delt inn i tre grupper med varierende størrelse fra 10 til 18 personer. Tre helgesamlinger ble holdt for hver gruppe i henholdsvis Bergen, Trondheim og Oslo. Helgesamlingene ble ledet av psykologer fra Senter for Krisepsykologi i regi av Landsforeningen til støtte for Krybbedød. Første samling gikk over tre dager, de neste to over en dag. Målet var å starte bearbeidningen av kompliserte sorgreaksjoner og gi hjelp for eventuelle posttraumatiske stressplager.

Hver samling startet med et ritual: Det ble tent lys for hvert barn, og foreldrene satte selv fram bilder de hadde med. Alle samlingene hadde lik oppbygning: ritualer, samtale, presentasjon av ett eller flere temaer, oppgaver og individuelle oppgaver til neste samling.

Under første samling ble prosjektet og deltakerne presentert. Det ble brukt tid på å skape et felles fokus for samlingene. Deltakerne ble bedt om å tenke gjennom og presentere hva de selv opplevde de strevde spesielt med og hadde behov for hjelp til i sorggruppene. Tilbakemeldingen dannet grunnlag for de neste samlingene.

Temaer som ble belyst under den første samlingen var vanlige og kompliserte sorgreaksjoner, sorgens forløp og omgivelsenes reaksjoner. På

denne samlingen ble det også gjennomgått hvordan barnet døde og de verste opplevelsene knyttet til dette. Mange av deltakerne hadde fortsatt problemer direkte knyttet til selve hendelsen. Mye av gruppesamtalen dreide seg om påtrengende bilder og tanker, skyldfølelse, sterkt sinne og bitterhet, med konkrete råd for hvordan dette kunne håndteres. Deltakerne fikk en skriveoppgave under samlingen der de skulle skrive om det verste ved hendelsen (jfr. Pennebaker, 1997). Enkelte av deltakerne fikk individuelle oppgaver til neste gang, for eksempel å skrive om det verste ved det som skjedde, slik det ble illustrert under samlingen.

På andre samling ble det gjennomgått hvordan de hadde hatt det siden sist. Alle opplevde at det var godt å «få lov» å sørge, treffe andre i samme situasjon og få dele tanker og følelser med noen som forstod. Andre hadde opplevd en lettelse etter at de først hadde hatt det vanskeligere fordi sorgen igjen ble satt i søkelyset. Sorgreaksjoner hadde kommet tydeligere fram. Barnet de mistet hadde opptatt mer av deres tid, men de oppfattet dette som positivt fordi de følte de fikk arbeidet videre med sorgen. Som en far sa: «Dette ønsket jeg velkommen. Endelig har jeg fått tak i sorgen min». I tillegg til gjennomgang av skriveoppgaver, fikk foreldrene i oppgave å lage et sorgdiagram. Der ble de bedt om skjematisk å illustrere hvordan sorgen hadde utviklet seg over tid. Hvert enkelt sorgdiagram ble gjennomgått med spørsmål om hva som hadde vært spesielt vanskelig og mestring over tid. Videre ble deltakerne oppfordret til å dele minner om barnet de mistet, vise bilder til hverandre og diskutere hvor og når de opplevde nærhet til barnet, hvor de tenkte barnet var nå, og hvordan de hadde minnene om barnet med seg i sitt liv og sin familie. Temaer som ble presentert i undervisningsform var sorg hos barn, katastrofeangst og mestring.

Også i den tredje samlingen ga foreldrene en rapport om situasjonen siden sist og meldte tilbake erfaringer fra oppgaver de hadde fått. Oppmerksomheten i denne samlingen var rettet mot hvordan foreldrene kunne leve videre med sorgen og mestre sin hverdag. Temaer for undervisning var kjønnsforskjeller, reaksjonsforskjeller mellom foreldrene og forberedelse og mestring av veien videre.

I alle samtaler med gruppedeltakerne ble det lagt vekt på gjenkjenning og mestring av reaksjoner, ved at de andre deltakerne deltok spontant eller ble trukket aktivt inn. Lederne presenterte spesifikke og generelle råd til deltakerne når vanskelige temaer ble presentert. Eksempler er søvnprosedyrer for å

bedre søvn, kontroll av påtrengende bilder og tanker, regulering av mye grubling, hvordan de kunne håndtere spesielt triste perioder og mestring av katastrofeangst. Oppmerksomheten ble rettet mot enkeltindividet, i tillegg til at problemer i parforholdet og familiedynamikk ble tatt opp.

Individuell psykoterapi, som utgjorde trinn 3, ble tilbudt 18 personer, og 13 av dem benyttet seg av tilbudet. For å sikre spesifikk sorg/traumeterapeutisk hjelp, formidlet prosjektledelsen kontakt via Senter for Krisepsykologis landsdekkende kontaktnett av psykologer med kompetanse på området. Hjelpen ble tilbudt i flukt med trinn 2 uten lang ventetid.

Sorgbearbeidingsprogrammets ulike trinn fulgte en delvis desentralisert modell, ved at trinn 1 og 2 ble avholdt i Oslo, Bergen og Trondheim, mens trinn 3 ble gjennomført på deltakernes hjemsted. Oppstart av kursopplegget fant sted i Bergen i mai 1999, der første introduksjonskurs ble holdt. Omkring en tredjedel av deltakerne fra trinn 3 var fortsatt i individuell psykologbehandling ved årsskiftet 2000/2001.

#### *Målgruppe og hensikt*

Programmet innebar utprøving av et terapeutisk sorgbearbeidingsopplegg som ikke har vært gjennomført i Norge tidligere. Mens sorgstøttekurs vanligvis har et forebyggingsperspektiv, følger et oppsatt program og er mestrings- og læringsrettet, så hadde dette terapeutiske opplegget et problemorientert endringsperspektiv, der vansker skulle avdekkes, forstås og finne en løsning. Målet var å redusere forekomsten og konsekvensene av traumatisk/komplisert sorg blant deltakerne. Målgruppen var foreldre som hadde mistet barn ved krybbe-død, eller på annen måte (f.eks. dødfødsler, peri- og neonatal død) hadde opplevd brå spedbarnsdød i løpet av første leveår. Alle medlemmer av Landsfor- eningen til støtte ved krybbe-død fikk tilbud om å delta. Denne studien undersøker altså programmets effekt på traumatisk/komplisert sorg og generell psykososial helse.

#### *Metode*

##### *Deltakerne*

I tillegg til deltakerne som kom fra Landsfor- eningen til støtte ved krybbe-død, var det noen del- takere fra «Foreningen for hjertesjyke barn» og «Vi som har et barn for lite». I alt 85 (76%) av delta-

kerne på trinn 1 svarte på spørreskjemaene. Av disse var det 59 kvinner og 26 menn. Deres gjennomsnittsalder var 37,5 år, der yngste deltaker var 23 og eldste 64 år. Tjuefem av deltakernes barn døde av plutselig spedbarnsdød (SIDS), 28 var dødfødte, 8 døde som følge av hjertesykdom, mens 22 døde av andre årsaker (2 ikke oppgitt). Sju av foreldrenes barn var nylig døde (dvs. 1999), 15 døde i 1998, 13 i 1997, 22 mellom 1993–1996, og 18 før 1993 (10 unnlot å svare). Deltakelse i undersøkelsen var basert på skriftlig informert samtykke.

### *Spørreskjema*

Et egenprodusert spørreskjema ble brukt for kartlegging av demografiske forhold og vurdering av kursinnhold. Impact of Event Scale (IES) (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) gir et mål på forekomsten av traumatiske etterreaksjoner, og inneholder et generelt mål på grad av traumatiske etterreaksjoner, samt to delskalaer som måler grad av påtrengende minner, og unngåelse. Skjemaet består av 15 ledd med fire svaralternativer skåret 0 – 1 – 3 – 5. Individuer som skårer over 35 (kuttesskåre, på engelsk: «cut-off») på IES anses å slite med stor grad av traumatiske etterreaksjoner og har større risiko for posttraumatisk stresslidelse.

Prigerson Inventory of Complicated Grief (ICG) (Prigerson et al., 1995) måler grad av komplisert sorg med vekt på maladaptive og funksjonshemmende symptomer. Spørreskjemaet fanger opp komplisert sorg som går ut over normal og naturlig sorg. Skjemaet består av 19 ledd med fem svaralternativer skåret 0, 1, 2, 3, 4. Individuer som skårer over 25 (kuttesskåren) på dette spørreskjemaet har vist seg å være betydelig plaget mht. sosial og mental fungering, og fysisk helse (Prigerson et al., 1995).

General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1978) gir et generelt mål på grad av psykososiale symptomer, og fanger dermed opp problemer over et videre spekter enn de foregående spørreskjemaene. Tjueåtte-leddsversjonen av GHQ ble benyttet (de to første svaralternativene skåret 0, de to resterende skåret 1), der kuttesskåren er 4. Individuer som skårer høyere enn 4 er i risikozonen for psykiske lidelser.

### *Prosedyre*

Prosjektet ble organisert av Landsforeningen til støtte ved krybbedød sitt sekretariat, og deltakerne meldte seg på etter en utlysning av kurset til organisasjonens medlemmer. Datainnsamlingen ble utført på tre tidspunkter:

Første datainnsamling ble gjennomført ved at de påmeldte fikk et spørreskjema tilsendt som de fylte ut før første samling. Resultatene fra dette representerer dermed baseline. Analyser av dette datamaterialet dannet også grunnlaget for utvelgelsen av hvem som ble tilbudt å delta på trinn 2.

Andre datainnsamling ble foretatt etter deltakelse på gruppesamlingene, dvs. ved avslutning av trinn 2. Et spørreskjema for deltakernes evaluering av trinn 1 og 2 var inkludert. Analyser av datamaterialet fra andre måling ble i tillegg brukt for å se ut de som skulle tilbys individuell psykologisk hjelp (trinn 3).

Tredje datainnsamling fant sted ca. ni måneder etter avslutning av trinn 2, og hadde til hensikt å undersøke eventuelle langtidseffekter av trinn 1 og 2. I tillegg ble den individuelle psykologbehandling (trinn 3) evaluert for de som hadde påbegynt denne. Denne siste datainnsamlingen var ikke inkludert i de opprinnelige planene, men ble lagt til med faglige begrunnelser omkring nødvendigheten av å følge utviklingen til deltakerne over tid.

Deltakernes spørreskjemaer ble kodet med nummer som har fulgt deres opplysninger gjennom de tre registreringstidspunktene. Dette ble gjort for å ivareta systematikk, samt anonymitet.

### *Statistikk*

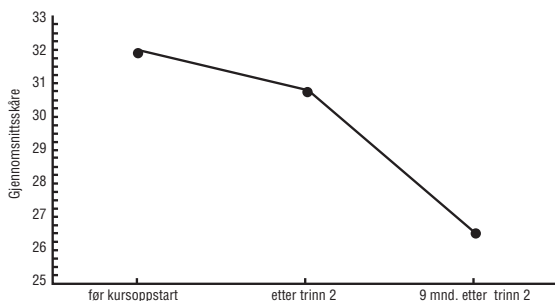
For å undersøke endringer mellom de ulike tidspunktene for måling, ble det benyttet enveis- og multipl variansanalyse for repeterte målinger. Kun statistisk signifikante funn ( $p < .05$ ), eller spesielt interessante funn som nærmet seg signifikans, er omtalt i denne studien. De ulike dataenes reliabilitet ble vurdert som gode, med alle Cronbachs Alpha  $>.64$ . Programvaren Statistica er brukt for databehandling.

### *Resultater*

Alle resultater er regnet ut for de av deltakerne som fylte ut skjema på tidspunktene 1, 2, og 3. Dette er altså de som deltok på kursoppleggets trinn 1 og 2.

### *Traumatisk sorg*

Inventory of Complicated Grief gir som tidligere beskrevet et mål på grad av komplisert sorg med fokus på maladaptive og funksjonshemmende symptomer. Av Figur 1 fremgår utviklingen i skårer på dette inventoret.

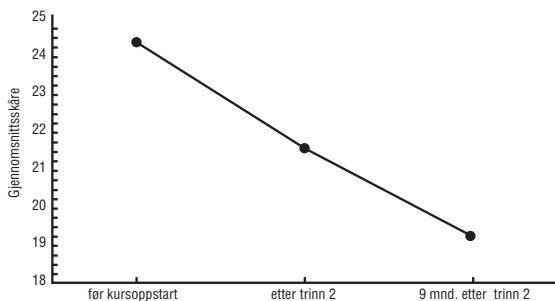


**Figur 1.** Komplisert sorg (*Inventory of Complicated Grief*) ( $N = 31$ ). Forskjell mellom målingstidspunkt 1 og 3.  $F(1,25) = 7,40$ ;  $p < .05$ .

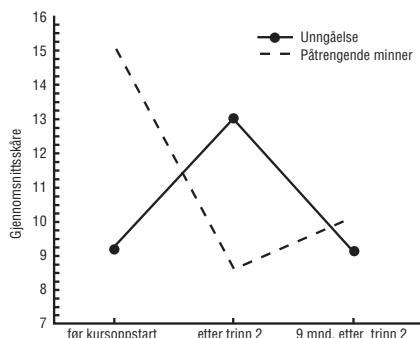
Nedgangen mellom første og andre måling oppnår ikke statistisk signifikans, mens nedgangen mellom andre og tredje måling er statistisk signifikant ( $F(1,27) = 6,99$ ,  $p < .01$ ). Total nedgang fra første til siste måling var  $F(1,25) = 7,4$ ;  $p < .05$ ). Nivået på gjennomsnittsskårene ved de ulike målingstidspunktene var alle over 25 (kuttesskåren), som innebærer at deltakerne må sies å være betydelig plaget når det gjelder sosial og mental fungering, samt fysisk helse.

#### Impact of Event Scale

De gjennomsnittlige skårene på IES viste klar nedgang på andre og tredje målingstidspunkt sammenlignet med baseline (se Figur 2). Bare forskjellen i symptomnivå fra første til siste måling oppnår imidlertid statistisk signifikans ( $F(1,27) = 5,31$ ,  $p < .05$ ). Figur 3 viser at graden av unngåelse øker fra utgangspunktet før kursdeltakelse, til andre måling, for så å falle tilbake til tilnærmet utgangspunktet ved tredje måling. Forskjellen mellom første og andre, og andre og tredje måling er statistisk signifikant (henholdsvis;  $F(1,27) = 6,27$ ,  $p < .05$ ;  $F(1,27) = 8,24$ ,  $p < .01$ ).



**Figur 2.** Traumatiske etterreaksjoner målt ved *Impact of Event Scale* ( $N = 32$ ). Forskjell mellom målingstidspunkt 1 og 3 mht. gjennomsnitt på IES-Total.  $F(1,27) = 5,31$ ;  $p < .05$ .

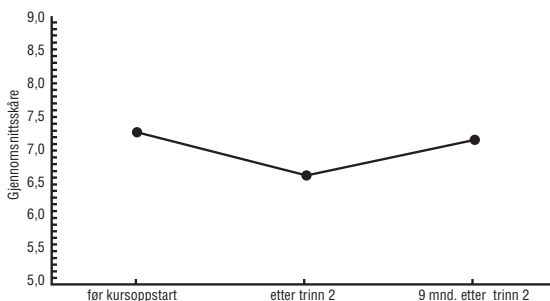


**Figur 3.** Påtrengende minner og unngåelse (*IES-I* og *IES-A*) ( $N = 32$ ).

Nedgangen i påtrengende minner fra før kursoppstart til etter trinn 2 er kraftig, og statistisk signifikant ( $F(1,27) = 25,02$ ,  $p < .01$ ). Den svake oppgangen mellom andre og tredje måling er ikke signifikant. Endringen fra første til siste måling er også statistisk signifikant ( $F(1,27) = 5,31$ ;  $p < .05$ ). Figur 3 viser dermed at graden av påtrengende minner har gått kraftig ned etter deltakelse på trinn 1 og 2 av kursopplegget, mens det ikke skjer statistisk signifikante endringer av dette målt ni måneder senere.

#### Psykososial helse

Ingen av endringene ved de forskjellige målingstidspunktene var statistisk signifikante for GHQ (se Figur 4), mens nivået generelt må sies å være noe elevant, med tanke på at kuttesskåren er satt ved 4. En sammenligning av menn og kvinner viste at det er en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene ved andre og tredje måling ( $F(1,24) = 7,33$ ;  $p < .05$ ). Menn rapporterer en økning, mens kvinner rapporterer bedring i generelle helseproblemer.



**Figur 4.** Generelle helseproblemer (*GHQ*) ( $N = 32$ ).  $GHQ$  Main Effect.  $F(2,50) = .08$ ;  $p < .9260$ .



## Diskusjon

Resultatene fra spørreskjemaene belyser fra ulike sider i hvilken grad målet om å redusere forekomsten og konsekvensene av komplisert sorg, og bedre den psykososiale helsen hos deltakerne, ble oppnådd.

### *Inventory of Complicated Grief*

Det ble ikke funnet statistisk signifikant nedgang i grad av komplisert sorg målt like i etterkant av deltakelse på trinn 2 i forhold til baseline. Ni måneder senere rapporterer imidlertid deltakerne et betydelig lavere nivå av sorgrelaterte plager. Endringen er statistisk signifikant både i forhold til baselinenivå og målingen like i etterkant av trinn 2. Nedgangen i rapporterte plager må til tross for at snittet ved målingstidspunkt 3 ikke er under 25 (kutteskåren), karakteriseres som god med tanke på det høye baselinenivået. Da hovedtyngden av deltakerne mistet barn flere år tilbake i tid, er det lite sannsynlig at en spontan bedring som følge av tid alene skulle forklare resultatet. En mulig tolkning er dermed at effekten av deltakelsen på trinn 2 først viser seg noe tid i etterkant, dvs. ni måneder etter avsluttet kurs (testtidspunkt 3). Flere deltakere kommer med utsagn som at «Kursopplegget har hjulpet meg til å forstå hvor jeg står i min sorg og dens utvikling». Kvalitative og kvantitative data sett i sammenheng kan tolkes i retning av at kursopplegget har hatt en forløsende effekt på fastlåst sorg. Den manglende effekten ved målingen like etter trinn 2 kan på denne måten forstås i lys av at gruppesamlingene har «vekket» sorgprosesser som har ført til videre bearbeiding. Ved målingen like etter trinn 2 kan det derfor tenkes at sorgen er aktualisert slik at reaksjoner spurt etter i spørreskjemaet er sensitivisert. Dette vil kunne forklare at en da ikke får en rapportering av nedgang i sorgrelaterte plager like etter trinn 2, til tross for at deltakerne i kvalitative data forteller at de opplever at de har fått hjelp med dette.

### *Impact of Event Scale*

De gjennomsnittlige skårene på IES viste nedgang på andre og tredje målingstidspunkt sammenlignet med baseline. Bare forskjellen i symptomnivå fra første til siste måling oppnår imidlertid statistisk signifikans. Dette kan tas til inntekt for kursoppleggets gunstige effekt på graden av traumatiske etterreaksjoner. Det ser ut til at det er viktig å undersøke effekt noe tid etter intervensjonene. Ved andre

måling kan det, til tross for manglende statistisk signifikans, se ut til at kursopplegget har hjulpet deltakerne noe med de traumatiske etterreaksjonene. Den ytterligere nedgangen ni måneder senere kan imidlertid indikere at den nylige og pågående bearbeidingen av etterreaksjoner ved avslutning av trinn 2 også medfører aktualisering av og eksponering for egne reaksjoner. Resultatet kan dermed tolkes i retning av at disse reaksjonene ser ut til å trenge noe mer tid for å bearbeides, slik at siste måling i større grad er et uttrykk for den egentlige effekten av kursopplegget. Denne tolkningen av resultatet blir imidlertid mer interessant i lys av resultatene for delskalaene for unngåelse og påtrengende minner.

Nedgangen i påtrengende minner fra før kursoppstart til etter trinn 2 er som nevnt kraftig, mens den svake oppgangen mellom andre og tredje måling ikke er statistisk signifikant. Endringen fra første til siste måling var også statistisk signifikant. Dette betyr at graden av påtrengende minner har gått kraftig ned etter deltakelse på trinn 1 og 2 av kursopplegget, mens det ikke skjer statistisk signifikante endringer av dette målt ni måneder senere.

Resultatene fra Impact of Event Scale sett i sammenheng gir flere tolkningsmuligheter. Deltakerne var forut for kursopplegget preget av generelle traumatiske etterreaksjoner. Disse avtok etter deltakelse på kursopplegget, og viste en fortsatt nedgang frem til målingen ni måneder etter at trinn 2 var avsluttet. De to underskalaene unngåelse og påtrengende minner ga imidlertid interessant informasjon, og åpner for flere tolkningsmuligheter i forhold til hvordan dynamikken i denne nedgangen kan forstås.

Før kursoppstart var deltakerne karakterisert av lav grad av unngåelse og høy grad av påtrengende minner. Ved andre måling er forholdet motsatt. Her har graden av påtrengende minner minket betraktelig, mens unngåelse har økt. Det kan se ut til at nedganger i forekomsten av påtrengende minner skyldes unngåelse av sorgen. Det er imidlertid naturlig å forvente at deltakelse på kurset i stor grad vekker minner og savn, slik at det blir mer riktig å tolke økningen i unngåelse i retning av at dette er en forsvarsreaksjon på det å igangsette en fastlåst sorgprosess, som innebærer eksponering ovenfor egen sorg. Denne «vekkingen» av reaksjoner vises i flere av kursdeltakernes utsagn om at kurset har gitt dem et dytt, slik at de har kommet videre i bearbeidingen, men også medført at de har hatt sterke reaksjoner etter hver av samlingene. En av delta-

kerne illustrerer igangsettingen av fastlåst sorg ved å si at «Jeg har nå akseptert at sorgen er en del av meg og familiens liv, og tør sette ord på følelser og problemer. Jeg trodde jeg hadde det bra før dette kurset, så sterkt hadde jeg skjovet disse følelsene ut av mitt (normale) liv.»

Nedgangen i påtrengende minner kan bety at det å gripe fatt i sorgen, konfrontere og bearbeide den bevisst, senker graden av spontan og ufrivillig eksponering. Fra andre til siste måling senkes nivået av unngåelse tilbake til utgangspunktet, samtidig som påtrengende minner kun har en svak oppgang, som ikke er statistisk signifikant. Det kan dermed se ut til at reduksjonen av påtrengende minner er ansvarlig for den generelle nedgangen i traumatiske etterreaksjoner, mens unngåelse i større grad spiller en forsvarsrolle i håndteringen av eksponeringen for og bearbeidingen av sorg, som kursopplegget innebærer. Dette er i så fall forenlig med Horowitz (1986) tidligere nevnte teori om at bearbeiding av traumatiske hendelser ofte foregår ved en veksling mellom påtrengende minner og unngåelse, og kan i så måte oppfattes som en adaptiv og nødvendig mestringstrategi.

#### *General Health Questionnaire*

Det ble ikke funnet statistisk signifikante endringer for hele gruppen deltakere på GHQ. Ved sammenligning av menn og kvinner var resultatene imidlertid noe overraskende, der kvinner viste bedring, mens menn rapporterte økt grad av generelle helseplager. Resultatet må tolkes med forsiktighet, da det kun er ti menn som svarer på spørreskjemaet ved andre og tredje måling. Muligens kan denne forskjellen mellom menn og kvinner forstås som uttrykk for at menn som følge av kursdeltakelsen i større grad kom i kontakt med sin sorg, og dermed i større grad rapporterer de plager som følger med denne. En tidligere studie av foreldres sorg etter krybbedød fant lignende resultater, og kan støtte en slik hypotese (Dyregrov & Dyregrov, 1999).

Denne studien viste til at kvinner generelt sett rapporterer mer plager enn menn. Samtidig ble det funnet at menn viser en tendens til å rapportere om mer plager over tid, mens kvinner går motsatt vei. Kvalitative data kunne tyde på at menn i begynnelsen har en tendens til å ta rollen som den «sterke», som støtter sin partner og opprettholder familiens fungering. For å gjøre dette kan det tenkes at de utvikler mekanismer som effektivt stopper emosjonell smerte, men samtidig hindrer dem i å bearbeide inntrykk og reaksjoner. I lys av dette kan

resultatet forstås som et uttrykk for at menns sorgprosess i større grad tidligere har vært holdt tilbake, og dermed viser en slik oppblomstring når deres kvinnelige partnere viser «bedring» slik at mennene dermed kan tillate seg å gå inn i og uttrykke sin egen sorg (Dijkstra, 2000). Det er forøvrig viktig å merke seg at GHQ er mindre spesifikk enn de to andre spørreskjemaene (ICG og IES) som direkte knytter seg til sorg og traume-effekter.

#### *Sensitiveringseffekten*

Flere av de kvantitative dataene gir informasjon om at noen problemer får en oppblomstring idet kursdeltakelse og sorgbearbeiding påbegynnes. Det er viktig å diskutere denne «sensitiveringseffekten» som spesielt viser seg etter helgesamlingene. Er det slik at det andre målingstidspunktet, etter helgesamlingene, viser en effekt av at deltakerne er i en viktig bearbeidingsfase, slik at positive resultater først viser seg i målingen ni måneder senere? I flere studier er det vist at tid (1–4 år etter dødsfall) ikke betyr noe for nivå av plager (Dyregrov, 1990). Dette tilsier at nedgangen fra måling 2 til 3 ikke kommer som en funksjon av tiden alene, men som konsekvens av kursopplegget. Det er naturlig å tenke seg at den aktive bearbeidingen som igangsettes under samlingene medfører at deltakerne trenger tid til å nyttiggjøre seg nye strategier de har lært og til å la ny lærdom synke. Samtidig kan kombinasjonen av gruppeopplegget og individuell hjelp ha bidratt til nedgangen. De sju personene som nylig hadde mistet barna sine (i 1999) støtter også opp under tesen om at tid (1–4 år etter dødsfall) ikke betyr noe for nivå av plager, ettersom bare fire av de sju slet så mye at de kvalifiserte til uttak for helgesamlingene. Bare to av disse fylte ut spørreskjemaer på alle tre tidspunkt, noe som hindrer ytterligere analyser av denne gruppen.

#### *Feilkilder*

Det er åpenbart at en kontrollgruppe ville gjort det mulig å se om endringene som er observert var forbeholdt kursgruppen eller ikke. Likeså ville hyppigere måletidspunkter gitt anledning til bedre å se når forandringer skjedde. Bruk av kvalitative intervjuer parallelt med spørreskjemaer ville også gitt bedre innsyn i de prosessene som fant sted, ikke minst ville det utfylt forståelsen for den sensitiveringsprosess som postuleres.

## Oppsummering

Det arrangeres mange sorggrupper både i Norge og internasjonalt uten at det gjøres forsøk på systematisk erfaringsuthenting. Dette prosjektet viser at et systematisk opplegg med kurs og helgesamlinger rettet mot å hjelpe etterlatte med sorgproblemer har en gunstig virkning. Deltakerne kan imidlertid få sensitivisert sorgen under samlingene for deretter å oppleve en gunstig effekt over tid. Resultatene viser også at deltakerne rapporterer spesielt gode virkninger for påtrengende minner. Det er verdt å merke seg at deltakerne selv er svært positive til opplegget. Av de 40 som fikk tilbud om helgesamlinger var det syv som av praktiske grunner måtte melde forfall på en av helgesamlingene, mens en ikke fylte ut spørreskjema på alle tre tidspunkter. Dette, og ikke manglende motivasjon eller deltakeravbrekk, forklarer hvorfor analyserte N er 32.

Dette var første gang at et slikt opplegg ble arrangert. Med de erfaringer som er vunnet vil det være mulig å justere og forbedre opplegget. I dag fungerer det best for kvinnene som deltok. Det antas også at dersom opplegget mer imøtekom mennenes behov, ville det kunnet ha en positiv effekt med hensyn til parforholdet. Vi vet heller ikke om alle mennesker har nytte av å møte andre i samme situasjon. Noen kan da bli «sensitivisert», eller ta over andres sorg i tillegg til egen. Noen vil kanskje ha størst nytte av å treffe ett annet par, mer enn en hel gruppe. Selv om etterlatte vanligvis rapporterer både et sterkt ønske om å møte andre og nytte av dette (Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 2000), kan det være etterlatte som verken ønsker eller drar nytte av slike opplegg. Uansett gir resultatene en indikasjon på at psykologisk intervensjon for mange foreldre som har mistet barn kan ha positiv innvirkning på foreldres helseplager i etterkant av dødsfallet.

## Referanser

- Boyle, F. M., Vance, J. C., Najman, J. M., & Thearle, M. J. (1996). The mental health impact of stillbirth, neonatal death or SIDS: Prevalence and patterns of distress among mothers. *Social Science & Medicine*, 43, 1273–1282.
- Dijkstra, I. (2000). *Living with loss. Parents grieving for the death of their child*. Utrecht: CIP-Gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag.
- Dyregrov, A. (1988). *Parental reactions to the death of an infant child*. Doktorgradsarbeide, Universitetet i Bergen. Bergen. FAHS
- Dyregrov, A. (1989). Retningslinjer for hjelp til familier etter barns død. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 33, 3408–3411.
- Dyregrov, A. (1990). Parental reactions to the loss of an infant child: A review. *Scandinavian Journal of Psychology*, 31, 266–280.
- Dyregrov, A. (1993). The interplay of trauma and grief. In occasional paper no. 8: Trauma and crisis management. *Association for Child Psychology and Psychiatry Occasional Papers*.
- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (1999). Long-term impact of sudden infant death: A twelve to fifteen year follow-up. *Death Studies*, 23, 635–661.
- Dyregrov, A., & Matthiesen, S. B. (1991). Parental grief following the death of an infant. A follow-up over one year. *Scandinavian Journal of Psychology*, 32, 193–207.
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (1996). *Familier etter krybbedød. Foreldre og søskens erfaringer 12–15 år etter dødsfallet*. Rapport. Senter for Krisepsykologi. Bergen.
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (1998). *Kursopplegg for ubearbeidet sorg*. Prosjektskisse. Senter for Krisepsykologi. Bergen.
- Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2000). *Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak*. Rapport. Senter for Krisepsykologi, Bergen.
- Goldberg, D. (1978). *Manual of the general health questionnaire*. Windsor: NFER.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes*. New York: Aronson.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.
- Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*, 24, 185–199.



- Martinson, I., Davies, B., & McClowry, S. (1991). Parental depression following the death of a child. *Death Studies, 15*, 259–267.
- Murphy, S. A., Baugher, R., Lohan, J., Scheideman, J., Heerwagen, J., & Clark Johnson, L. (1996). Parents' evaluation of a preventive intervention following the sudden, violent deaths of their children. *Death Studies, 20*, 453–468.
- Nordanger, D. Ø., Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2000). *Omsorg for etterlatte etter krybbedød og barneulykker. Etterlattestudien*. Rapport. Senter for Krisepsykologi, Bergen.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science, 8*, 162–166.
- Prigerson, H., Bridge, J., Maciejewski, P., Beery, L., Rosenheck, R., Jacobs, S., Bierhals, A., Kupfer, D., & Brent, D. (1999). Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1994–1995.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research, 59*, 65–79.
- Reilly-Smorawski, B., Armstrong, A. V., & Catlin, E., A. (2002). Bereavement support for couples following death of a baby: Program development and 14-year exit analysis. *Death Studies, 26*, 21–37.
- Thuen, F. (1995). Evaluering av samarbeidsprosjektet Sorg og Omsorg. Del II: Noen foreløpige resultater. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 32*, 406–413.
- Thuen, F., & Skutle, A. (1995). Evaluering av samarbeidsprosjektet Sorg og Omsorg. Del I: En metodologisk tilnærming. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 32*, 328–336.
- Vance, J., Foster, W., Najman, J., Thearle, J., Embelton, G., & Boyle, F. (1993). Parental responses to different types of infant death. *Bereavement Care, 12*, 18–21.
- Videka-Sherman, L. (1982). Coping with the death of a child: A study over time. *American Journal of Orthopsychiatry, 52*, 688–698.
- Videka-Sherman, L., & Lieberman, M. (1985). The effects of self-help and psychotherapy on child loss: The limits of recovery. *American Journal of Orthopsychiatry, 55*, 70–82.
- Zisook, S., & Shuchter, S. R. (2001). Treatment of the depressions of bereavement. *American Behavioral Scientist, 44*, 782–792.

**Atle Dyregrov**

Senter for Krisepsykologi, Fabrikkg. 5, 5059 Bergen

Tlf 55 59 61 80. E-post atle@uib.no