

SORG OG TRAUMER HOS BARN. VIKTIGE AVGRENSNINGER

Dr. philos. Atle Dyregrov

Senter for Krisepsykologi

Fabrikkgt.5,

5037 Solheimsvik

tlf: 05 293940

fax: 05 297917

English Title: Trauma and grief in children

ABSTRACT: Trauma and Grief in Children

The research on children and death rarely focuses on the traumatic circumstances surrounding the loss, except when a child witnesses the violent death of a parent (murder). In this article it is illustrated how the loss of a loved one in childhood can be grouped according to different traumatic circumstances, i.e. suddenness, lack of preparation, and presence at death. A sudden death with the child as witness and/or survivor will be the most traumatic death. Such deaths also traumatizes parents (or the reliving parent) and thus has a negative impact on the child's support system. It is argued that traumatic bereavement lead to specific traumatic after-effects, intrusive images, fantasies, and thoughts that has to be dealt with by the child before the grief process can proceed. Dealing with the trauma takes priority in the grief crisis intervention. Different implications for intervention is described, with special emphasis on helping children to deal with the trauma in a direct and concrete manner. It is also emphasized that children must be given facts, as well as being included in rituals and meet with rescuers or other helpers to understand what happened. Moreover, they should be given the possibility, through drawings, play or conversations, to go through the event step by step.

## INTRODUKSJON

Innen thanatologi, studiet av død og sorg, er det forbausende hvor lite vekt det er lagt på de traumatiske aspektene ved mange dødsfall. På samme vis er det sjelden at traume-litteraturen, som studerer effekten av svært stressfylte hendelser, omtaler det traumatiske tapet av kjære personer. Faktisk ble sorg (simple bereavement) ekskludert som traumatisk når såkalte "posttraumatiske stressforstyrrelser" (PTSD) ble innført som begrep i DSM III i 1980. Således har disse to forskningstradisjonene levd side om side, delvis lykkelig uvitende om at parallelliteten i reaksjoner ofte er slående.

I sorglitteraturen er det relativt sjelden at de traumatiske omstendighetene omkring en kjær persons død er omtalt eller diskutert. Dette betyr også at det er relativt uavklart hvor sterk innflytelse et dødsfalls omstendigheter har på det senere sorg- eller kriseforløp. Noen hederlig unntak finnes, bl.a. har Parkes (1991) henledet oppmerksomheten på traumatiske dødsfall, og Rando (1987) har omtalt hvordan omstendighetene rundt sykdomsdødsfall kan ha stor betydning for sorgforløpet.

I forbindelse med arbeidet med denne artikkel er sorg-litteraturen omkring barn som mister foreldre, og barn som mister søsken, gjennomgått. Det er også her sjelden at omstendighetene omkring dødsfall nevnes. Riktignok er dødsfalls plutselighet noen ganger nevnt og brukt som en

variabel når data analyseres. Dette gjelder spesielt i artikler som omhandler foreldres død ved mord og selvmord. Gruppen rundt barnepsykiateren Robert S. Pynoos i Los Angeles har gjort et banebrytende arbeid for å kartlegge konsekvensene for barn av å være vitne til at foreldre (Pynoos, 1992, Pynoos & Eth, 1984, Pynoos & Nader, 1990) eller skolekamerater (Pynoos et al., 1987) myrdes. I disse arbeidene er alvorlige langtidskonsekvenser i form av PTSD og komplisert sorg dokumentert. Andre har også påpekt at de traumatiske omstendighetene kan innvirke på barnas reaksjoner:

"...it is the author's "impression" that the violence and the witnessing of it (mord/selvmord- A.D's kommentar) may intensify the impact and further complicate the resolution of parental loss for the child and, as importantly, intensify the current caretaker's conflicted feelings towards the child" (Payton & Krockert-Tuskan, 1988, p 565).

Det er tydelig at noe av bakgrunnen for den manglende fokuseringen på selve hendelsen har med hjelpernes vansker med å forholde seg til en slik hendelse. Schetky (1978) poengterer i en artikkel om barn hvis mødre ble drept av ektefellen:

"...professionals involved resisted making direct inquiries of the children about the murder, and discredited its significance - behaviour which suggest that they themselves were uncomfortable dealing with it"(s 56).

I litteraturen om sorg hos barn fremheves det at et hvert

foreldre-dødsfall er et traume for barn. Spørsmålet stilles også om hvordan en enkelt hendelse kan ha slik ødeleggende virkning på et barns utvikling (Palombo 1981). I mange av disse artiklene er det imidlertid i liten grad diskutert hva som konstituerer et traume, bortsett fra bortfallet av en av de viktigste omsorgsgiverne.

Når det gjelder studier av barns reaksjoner når søsken dør, nevnes omstendighetene rundt dødsfallet i en del tilfeller, spesielt med hensyn til plutselig spedbarnsdød (krybbedød) (Mandell, McAnulty & Carlson, 1983; Rogers 1966). Det er kanskje ikke så merkelig at dette påpekes, da mange søsken er til stede når babyen finnes og i visse tilfeller har de hatt ansvaret for søster eller bror under pass i barnevogn eller som barnevakt om kvelden.

Klinisk erfaring tilsier at omstendighetene rundt et dødsfall spiller en stor rolle for barns etter-reaksjoner, og også for hvilken oppfølging som må igangsettes. Dette skal omtales nærmere i denne artikkelen.

## SORG OG TRAUME

Når barn opplever sorg, skjer det vanligvis i forbindelse med besteforeldres død. Dette er den mest sannsynlige type dødsfall barn vil bli eksponert for i barneårene. Men mange barn hvert år opplever at foreldre (omsorgsgivere), søsken, venner og andre slekninger dør. I tillegg kan de oppleve at venners søsken eller foreldre dør.

Når slike dødsfall skjer, kan det skje på mange måter. I

figur 1 har jeg illustrert ulike typer tap som barn kan oppleve.

Sett inn figur 1 omtrent her.

De mer ukompliserte "tap" finnes til venstre i figuren, mens mer kompliserte og traumatiserende tap er plassert til høyre. Når dødsfall skjer på et stadie i livsbanen der det er forventet, og barnet samtidig er forberedt på at dødsfallet kommer til å skje, og eventuelt er til stede, så er forholdene lagt til rette for et minst mulig ukomplisert sorgforløp. Når for eksempel bestemor eller bestefar dør, i en alder der det kan forventes at de kan dø, kan dette likevel komme uforberedt på barn om de voksne ikke har informert barna om at nå nærmer livets slutt seg.

I figuren nevnes flere ulike typer uventede tap hvor barnets eventuelle tilstedeværelse da dødsfall skjer, er avgjørende for i hvilken grad det vil oppleves som et traume. Dersom dødsfallet skjer plutselig uten forvarsel, og rammer i en fase av livet der dødsfall vanligvis ikke skjer, vil dette kunne kalles et traumatisk dødsfall. Selv om dødsfallet skjer når barnet ikke er til stede, vil en forvente at barnet i tillegg til sorg opplever et traume. Når det uventede tap skjer gjennom mord eller for egen hånd (selvmord) og barnet ikke er til stede beveger vi oss over i enda mer traumatiserende dødsfall enn etter ulykker og katastrofer, da slike dødsfall innebærer intensjonen om at livet skal tas. I tillegg øker sjansene for at informasjon holdes skjult for barnet. Om vi beveger oss enda et steg til høyre, mot

traumesiden av figuren, er barnet selv vitne til eller overlever en situasjon der deres kjære dør. Om dødsfallet skjer ved plutselig død eller sykdom, kan det være svært dramatiske øyeblikk som "brenner" seg inn i barnets hukommelse:

En 16 år gammel gutt var til stede da far fikk hjerteproblemer. Idet han skulle hjelpe far på med klær i påvente av ambulansen, falt far plutselig død om. Fars bevegelse og berøringen av far i dette øyeblikk førte til sterke inntrykk, som stadig plaget gutten, sammen med redselen for at far skulle returnere som gjenferd. Disse traumatiske aspektene måtte gis forrang i oppfølgingen, før gutten kunne forholde seg til sorgen.

I visse tilfeller er ikke barnet til stede når dødsfallet skjer, men er den som finner den døde:

En 12 år gammel jente fant sin far liggende ved siden av en påslått støvsuger. Først tenker hun at han har lagt seg ned for å hvile, men umiddelbart avløses tanken av en ny tanke: "Han må ha besvimt". De stirrende øynene får henne likevel nokså umiddelbart til å tenke på at han kanskje er død. Hun tilkaller hjelp øyeblikkelig, men det sterke synsinntrykket sitter fast hos henne, og er årsaken til at psykolog kontaktes.

Barn som er vitne til mord, selvmord eller som finner den døde, vil i sterk grad kunne bli traumatisert, fordi sanseinntrykkene blir så sterke. Inntrykkene kan feste seg i de fleste sansekanaler; det de ser, det de hører, det de

lukter og det de kommer i kontakt med (berøringsinntrykk). Størst er sjansen for at barna opplever et traume om de overlever en hendelse der noen av deres nærmeste dør, slik som ved ulykker eller katastrofer. I tillegg til tapet vil de her være eksponert både for sterke sanseintrykk, så vel som egen dødsfare.

Gjennom en nyansering av hva dødsfall innebærer, slik som det er fremstilt på figur 1, oppnår vi en bedre forståelse av hva barn har vært utsatt for, slik at barnets situasjon bedre forstås og nødvendige og tilpassede oppfølgingstiltak kan igangsettes.

I figur 2 er dette anskueliggjort på en annen måte.

Sett inn figur 2 omtrent her.

Her er det vist ulike konsekvenser av at en man er glad i dør forventet eller plutselig. Dersom et tap er forventet, vil det medføre sorgreaksjoner, hvis kjerne ofte er lengsel, tristhet og søken etter den døde. Med hjelp fra foreldre, omgivelser og eventuelt faglig hjelp, reduseres sjansene for at reaksjonene utvikler seg til kompliserte sorgreaksjoner. Dersom dødsfallet skjer plutselig kan barnet enten være til stede når dødsfallet skjer, eller ikke. I begge tilfeller vil barnet kunne reagere med en kort eller langvarig sjokkreaksjon. Om barnet ikke var til stede vil sjokket komme da det får informasjon om hva som har hendt. I begge tilfeller vil en gjerne se en aktivering av nervesystemet, spesielt når barnet har vært vitne til hendelsen. Ikke sjelden ses det også en endret bevissthetstilstand, hvor barnet kan oppleve å ta



inn informasjon på en annen og gjerne mer detaljert og intens måte enn vanlig. Når 12-åringen som fant sin far død skulle beskrive hvordan hun opplevde denne situasjonen, karakteriserte hun sin reaksjon på følgende måte: "Den passet ikke inn i hverdagen".

Ved plutselige dødsfall vil barn som er til stede i situasjonen få en rekke traumatiske inntrykk, mens barn som ikke er til stede ofte vil danne seg traumatiske fantasier om hva det som skjedde. I ettertid gir dette opphav til påtrengende minner eller fantasier, samt øket angst og frykt som følge av den sårbarhet og utrygghet som har kommet inn i tilværelsen. Sorgreaksjoner som lengsel, tristhet og søken kan også være fremtredende, men overskygges av de påtrengende minnene og den traumatiske angsten. Uten intervensjon i form av faglig hjelp til barna og deres foreldre, samt mobilisering av hjelp fra omgivelsene (lærere, førskolelærere), kan barna utvikle post-traumatiske stress-forstyrrelser, kompliserte sorgreaksjoner, eller en kombinasjon av disse.

PTSD klassifiseringen er i liten grad empirisk validert basert på barns symptomatologi, men både klinisk erfaring og studier (Saigh, 1989) tyder på at symptomatologien er svært parallell hos barn og voksne. For å tilfredstille DSMIII-R kriteriene for PTSD må en a) ha opplevd en traumatisk hendelse, f.eks. dødstrussel, alvorlig skade eller trussel mot en kjær person, plutselig ødeleggelse av hus eller samfunn, eller ha vært vitne til at en annen person dør i ulykke eller tas av dage ved en voldshendelse, b) oppleve minst ett symptom

på tilbakevendende gjenopplevelser i form av gjentakelseslek, påtrengende minner, drømmer, sterk uro i forbindelse med hendelser som symboliserer eller påminner om hendelsen eller det å handle eller føle det som om hendelsen intreffer på ny, c) reagere med minst tre tegn på vedvarende unngåelse av assosierte stimuli som f.eks. unnvikelse av tanker og følelser i forbindelse med hendelsen, unngåelse av aktiviteter eller situasjoner som vekker minner om hendelsen, vansker med å minnes viktige sider ved hendelsen, minsket interesse i viktige aktiviteter med utviklingsregresjon hos mindre barn), følelse av avstand til andre, begrenset følelsesdybde, samt en følelse av at fremtiden er begrenset (barn kan tvile på at de vil vokse opp og bli gamle), d) minst 2 symptomer på vedvarende kroppslig vekking, slik som søvnvansker, irritabilitet og sinneanfall, konsentrasjonsvansker, hyperårvåkenhet, kraftig startle respons eller lettskremthet, og fysiologiske reaksjoner ved eksponering for aktiviteter som påminner om hendelsen. Til nå har få undersøkelser sett på traumatisk sorg ut fra dette perspektivet, slik at vi ikke vet hvor utbredt PTSD er hos barn som har opplevd traumatiske dødsfall.

Uttrykket patologisk sorg benyttes ofte for å beskrive den sorg som enten ikke går over eller som ikke kommer i gang. I denne artikkelen foretrekkes uttrykket komplisert sorg, både for å unngå den medisinske sykdomstenkningen, men også fordi langvarig sorg kan være komplisert uten nødvendigvis å være sykkelig. Fra litteraturen er det kjent at barn kan utvikle

kompliserte sorgreaksjoner hvor de f.eks. strever med atferdsforstyrrelser (Kaffman & Elizur, 1979), overdreven søking eller leting etter den døde, noen ganger ledsaget av hallusinatoriske opplevelser (Elizur & Kaffman, 1982; Yates & Bannard, 1988) eller med benekting og bortskyving av det som har hendt over en uforholdsmessig lang periode (Wolfenstein, 1966) og ikke minst lette depresjoner eller sorg som ikke går over (van Eerdewegh et al., 1982). I tillegg tyder forskningslitteraturen på at tap av foreldre i barndommen medfører en predisposisjon for depresjon og suicidal atferd i voksen alder, spesielt for kvinner (Parker & Manicavasagar, 1986; Bifulco, Brown & Harris, 1987; O'Neil, Lancee & Freeman, 1987), selv om dette ikke er verifisert i alle studier (Ragan & McGlashan, 1986).

#### FORHOLD SOM BESTEMMER BARNAS REAKSJONER

Det er en rekke forhold som er medbestemmende for hvordan barn vil reagere etter tap av en nærstående person. Noen av disse forhold er mer betydningsfulle for om barna utvikler traumatiske etterreaksjoner, eller om reaksjonene kan begrenses til mer vanlige sorgreaksjoner. I figur 3 har jeg illustrert noen av disse forhold, gruppert under forhold ved hendelsen, forhold ved barnet eller forhold ved omgivelsene.

Sett inn figur 3 omtrent her

Det er først og fremst forhold ved hendelsen som vil bestemme om barnet vil utvise traumereaksjoner. Dersom et dødsfall skjer plutselig, uten mulighet for forberedelse, og

barnet eksponeres for sterke sanseinntrykk, for eksempel ved tilstedeværelse når dødsfallet skjer, så vil dette øke sjansene for et traumatisk etterforløp. Om dødsfallet er betimelig eller ubetimelig, dvs. når i livsbanen det skjer, har også en innvirkning, så vel som de eventuelle sekundære traumer som barnet opplever i kjølvannet av dødsfallet.

Siden sekundær-traumatisering er relativt vanlig i forbindelse med slike dødsfall, skal et eksempel gis:

En ung jente opplevde at hennes bror ble drept i en ulykke.

Han døde på operasjonsbordet. Etter dødsfallet fikk familien anledning til å se den døde. Selv om de ble forberedt på at han enda lå tilkoplek medisinsk utstyr, ble synet av tuben som gikk inn i munnen, samt andre ledninger han var tilkoblet svært sterkt. Inntrykkene festet seg svært detaljert og intenst - og brøt inn i tankerekken mangfoldige ganger hver eneste dag i ukene etter dødsfallet. Sykehuspersonalet fremholdt at når de ikke tok vekk det medisinske utstyret så var det for at de etterlatte skulle forstå at alt som kunne gjøres hadde blitt gjort. Velment, men ukorrekt, uten kjennskap til superhukommelsen i slike situasjoner, skapte de et sekundært traume hos jenta (og flere andre familiemedlemmer).

Forhold ved barnet vil klart påvirke reaksjonene. Om barnet var til stede når et familiemedlem ble drept, og det selv opplevde seg i livsfare, kan dette ha stor betydning. Barns oppfattelse av hva som skjer varierer selvfølgelig med både alder og modenhetsnivå, f.eks. forstår ikke små barn den langsiktige betydningen av en forelders dødsfall. Oppfattelsen og vurderingen av dødsfallet varierer med flere av de forhold nevnt i denne gruppen, bl.a. erfaring og personlighet. Kunnskap om kjønnsforskjeller i reaksjoner på dødsfall og traumer er økende, ikke minst har dette betydning med hensyn til bearbeiding i ettertid. Det er bl.a. påvist at jenter lettere kan sette ord på reaksjoner, og at de i større grad

bruker venner og foreldre til å betro seg til enn gutter (Dyregrov, 1988, Dyregrov et al., in press). De andre forholdene som er nevnt, som alder og modenhet, tidligere erfaring, personlighet og mestringsressurser vet vi har betydning både for reaksjoner på og bearbeiding av traumer og sorg. I tillegg avhenger hendelsens betydning selvfølgelig av forholdet til den avdøde. Hvilken relasjon var dette? Tap av mor og far er de mest sentrale tap, deretter tap av søsken. Et ambivalent forhold til den døde kan øke sjansene for kompliserte sorgreaksjoner (Gray, 1987a).

Den siste gruppen av forhold som er nevnt gjelder omgivelsene, og da først og fremst reaksjonene og håndteringsmåtene til foreldre eller gjenlevende forelder. Mens voksne direkte kan skaffe seg tilgang på informasjon, kan tolke omgivelsenes reaksjoner, samt kontakte relevante hjelpeinstanser, er barna helt avhengig av voksensamfunnets innstilling til, og evne til åpenhet og involvering. Åpen og direkte kommunikasjon i hjemmet, informasjon om fakta ved dødsfallet, så vel som et aksepterende og åpent klima m.h.t. emosjonelle uttrykk og samtale om ulike aspekter ved dødsfallet, synes spesielt betydningsfullt for barns mestring av det inntruffne (Balk, 1983; Bowlby, 1980; Gray, 1987a,b; Rosen, 1984-1985; Siegel, Mesagno & Christ, 1990). Omgivelsenes reaksjoner eller mangel på omhendetagelse av barna kan således påvirke både traume- og sorgreaksjoner på en negativ måte.

De forhold som er nevnt i figur 3 vil være medbestemmende

for om sorgforløpet vil være ukomplisert, eller om traumereaksjoner vil dominere, eventuelt at PTSD utvikles, og om kompliserte sorgreaksjoner vil manifestere seg på kort eller lang sikt.

#### TRAUMATISKE DØDSFALL MEDFØRER TRAUMATISERTE FORELDRE

I utgangspunktet vet vi fra undersøkelser om barns situasjon ved kriser og katastrofer at voksne har en tendens til å undervurdere hva barn forstår, hvor mye de reagerer og varigheten på deres reaksjoner (Earls et al. 1988, Handford et al. 1986, Yule & Williams, 1990). Dette er også dokumentert m.h.t. sorg (Weller et al. 1988). Når barn opplever sorg, vil det med unntak av når barns venner dør, alltid berøre foreldresystemet. Om besteforeldre rammes er det foreldrenes foreldre som dør, om barns søsken dør har foreldrene mistet et barn. Selv om dødsfallet er forventet, vet vi at slike dødsfall har sterk innvirkning på foreldrenes mentale tilstand og dermed på barns situasjon (Dyregrov, 1989). Imidlertid er det slik at traumatiske dødsfall, dvs. plutselige dødsfall som skjer på et stadie i livet da de ikke skulle forventes, svært ofte medfører at også foreldrene blir traumatisert. I figur 4 er de konsekvenser dette får for barnet fremstilt.

Sett inn figur 4 omtrent her.

Slike dødsfall innebærer at informasjon ofte ikke når frem til barna eller den når frem i en avkortet eller endret form. Dette betyr at barn kan gis utilstrekkelige fakta for å forstå hva som har hendt. I tillegg kan barna oppleve

utestengning fra ritualer, spesielt syning eller visning av døde mennesker med relativt mye skader<sup>1</sup>. Foreldre forsøker med de beste hensikter å beskytte barn mot smerten og tapet (Becker & Margolin, 1967). Barna kan også oppleve at foreldrene blir overopptatt med det som hendte, fordi de selv må håndtere traumatiske inntrykk, traumatiske fantasier og traumatisk angst. Spesielt dersom foreldre har mistet et barn vet vi at slike hendelser fører til en overfokusering på den døde, til forskjell fra de levende søsken.

Et traumatisk dødsfall har ofte en sterk intensitet på det følelsesmessige området, noe som gjør at etterlatte forsøker å mestre dette gjennom å holde unna følelser og minner de sitter tilbake med, samtidig som de unngår steder og situasjoner som påminner om det som har hendt. Dette kan føre til et følelsesbenektende klima i hjemmet, noe som barna kan bli skadelidende under. Noen foreldre overlater i tillegg sine barn til andre hjelpere i eller utenfor familien (venner eller mer perifere slektninger). Dette fordi de tror at de selv ikke er i stand til å ta vare på barna. Dette medfører at barn kan oppleve sterk frykt for at også foreldrene skal bli borte eller forlate dem. I verste fall kan traumatiske dødsfall medføre fullstendig kommunikasjonsstopp innen familien. Det er ikke uvanlig å høre at familiemedlemmer sier at det eneste stedet der de kan snakke om det som har hendt er i

---

<sup>1</sup> Annet steds (Dyregrov, 1989, Dyregrov, 1992) er det redegjort for hvorfor det er så viktig å inkludere barn i slike ritualer, og hvordan det kan gjøres.



oppfølgingstimene hos psykolog.

#### TRAUMATISKE DØDSFALL

På bakgrunn av det som er diskutert så langt er det derfor mulig å si at når et dødsfall skjer plutselig og uventet, og spesielt dersom barn er vitne til eller overlever situasjonen, medfører dette ikke bare sorg, men også et traume med påfølgende traumatiske ettervirkninger. Det er ikke uvanlig at hjelpe-apparatet utelukkende forholder seg til at barn har opplevd et tap og trenger støtte i sin sorg, og unnlater å ta hensyn til de traumatiske sidene ved dødsfallet. Dette medfører at traumet ikke blir tilstrekkelig fokusert, og bearbeidet. I figur 5 har jeg illustrert hvordan et uventet dødsfall medfører et sjokk med et traume som kan forsinke, forstyrre eller stoppe deler av sorgprosessen.

Sett inn figur 5 omtrent her.

Det er vesentlig å forstå at dersom barn har vært utsatt for et traumatisk dødsfall, så kan traumesiden ved dødsfallet "skygge" for sorgen. Det synes å være en økende grad av enighet i den kliniske litteraturen om at det er nødvendig å gi bearbeiding av traumet prioritet eller forrang før bearbeiding av sorgen (Pynoos et al., 1987). Manglende bearbeiding av de traumatiske aspektene ved dødsfallet kan medføre at barnet utvikler posttraumatiske stressforstyrrelser eller forskjellige varianter av kompliserte sorgreaksjoner hvor sorgen medfører langvarige

ettervirkninger, sterkere enn det naturlige sorgforløpet. For at det skal skje en reorganisering og gjennomarbeiding av det som har hendt, må barnet gis traumespesifikk intervensjon og hjelp.

En 16-årig jente opplevde at hennes venninne ble drept i en tragisk ulykke. Venninnen ble sterkt maltraktert under ulykken. Kontakt med psykolog ble først opprettet et halvt års tid etter ulykken. Da hadde jenten isolert seg i forhold til sine jevnaldrende og hun fungerte dårlig i skole og fritid. Under første samtale hos psykolog kom det frem at hun var sterkt plaget av stadig skiftende fantasier om hvordan venninnen så ut etter ulykken. Disse fantasiene gjorde at hun ikke kom videre i sin sorg. Det ble etablert kontakt med en politimann som var til stede på ulykkesstedet. Han kunne gi henne nokså detaljert informasjon om hvordan venninnen hadde sett ut. Dette muliggjorde at ett konkret bilde kunne erstatte de stadig skiftende fantasier hun plagdes med. Selv om det var hardt å få denne beskrivelsen, bidro den raskt til at fantasiene dempet seg, og hun kunne gå videre i sin sorgbearbeiding.

#### HJELP TIL BARN VED TRAUMATISKE DØDSFALL

Det skal ikke her gis noen fyldig fremstilling av hvordan barn kan hjelpes etter traumatiske dødsfall. I en annen sammenheng har dette blitt nærmere behandlet (Dyregrov, 1989; Dyregrov, 1992). I figur 6 er imidlertid en del viktige

punkter oppsummert.

Sett in figur 6 omtrent her.

I denne forbindelse vil jeg henlede oppmerksomheten på punktene "lette forståelse" og "konfrontasjon med". Her nevnes en del forhold som det kan arbeides spesielt med for å lette den tankemessige bearbeidingen av det som har skjedd. Det er forfatterens erfaring at dette er viktig både for barn og voksne. Gjennom å fremme den kognitive bearbeidingen av det som har hendt kan barns forståelse fremmes, samtidig for feiloppfatninger, misforståelser, fantasier og unødig angst unngås. Selvfølgelig må disse forhold tilrettelegges i forhold til barnas alders- og modenhetsnivå, men det er overraskende å se hvor langt ned i barnealderen det har virket positivt og fremmende for sorg- og traumbearbeidingen at barna gis fakta, og mulighet til detaljert gjennomgang av det som har skjedd. Når intervensjonen skjer tett opp til hendelsen, er det relativt enkelt å ta opp det som hendte direkte og konkret. Når barnet selv har vært vitne til dødsfallet eller overlevd situasjonen, blir det spesielt viktig at barnet detaljert (nesten sekund for sekund) får fortelle eller leke ut det som hendte. Dette tillater at visuelle, auditive, olfaktoriske (lukt) eller kinestetiske minner gis en språklig representasjon eller et handlingsuttrykk (tegning, lek, rollespill). Dette tillater i beste fall en "eksport" eller transport av minnet ut av det mentale systemet, men bidrar som oftest til en redusering av minnets styrke. Klinisk erfaring tilsier at dette bidrar til å ta "kraften" av minnet og

redusere dets ubehag.

#### AVSLUTNING

I denne artikkelen er det redegjort for forskjellen mellom sorg etter forventede dødsfall og sorg etter plutselige eller såkalte traumatiske dødsfall. Når et barn opplever dødsfall, er det viktig for planleggingen av oppfølging og hjelp å vite hvordan dødsfallet har skjedd, og hvilke eventuelle traumatiske omstendigheter som var tilstede. Etter traumatiske dødsfall er faglig intervensjon spesielt viktig. Selv om sjansene for utvikling av PTSD ikke er tilstrekkelig belyst, er det åpenbart at slike dødsfall innebærer en helserisiko for barn. Selv om omgivelsene mobiliseres og foreldrenes evne til å forstå og håndtere barnas reaksjoner understøttes, bør psykologer og annet fagpersonell tidlig koples inn slik at barnet kan få hjelp til å uttrykke det de har gjennomgått. Om psykologen arbeider direkte med barnet, eller veileder førskole - eller skolepersonell, vil avgjøres av den konkrete situasjonen som en står overfor.

Referanser:

- Balk, D. (1983). Adolescents' grief reactions and self-concept perceptions following sibling death: A study of 33 teenagers. Journal of Youth and Adolescence, 12, 137-161.
- Becker, D. & Margolin F. (1967). How surviving parents handled their young children's adaption to the crisis of loss. American Journal of Orthopsychiatry, 37, 753-757.
- Bifulco, A. T., Brown, G. W. & Harris, T. O. (1987). Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication. Journal of Affective Disorders, 12, 115-128.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss, Volume 111. Loss, sadness and depression. New York: Basic books.
- Dyregrov, A. (1988). Responding to traumatic stress situations in Europe. Bereavement Care, 7, 6-9.
- Dyregrov, A. (1989). Sorg hos barn. En håndbok for voksne. Bergen: Sigma forlag.
- Dyregrov, A. (1992). Katastrofpsykologi. Lund: Studentlitteratur.
- Dyregrov, A., Matthiesen, S. B., Kristoffersen, J. I. & Mitchell, J. T. (in press). Gender differences in adolescent's reactions to the murder of their teacher. Journal of Adolescent Research.
- Earls, F., Smith, E., Reich, W. & Jung, K. G. (1988). Investigating psychopathological consequences of a disaster in children: A pilot study

- incorporating a structured diagnostic interview. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 90-95.
- Elizur, E. & Kaffman, M. (1982). Children's bereavement reactions following death of the father: II. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21, 474-480.
- Gray, R. E. (1987a) Adolescent response to the death of a parent. Journal of Youth and Adolescence, 16, 511-525.
- Gray, R. E. (1987b). The role of the surviving parent in the adaption of bereaved adolescents. Journal of Palliative Care, 3, 30-34.
- Handford, H. A., Mattison, R., Humphrey II, F. J. & McLaughlin, R. E. (1986). Depressive syndrome in children entering a residential school subsequent to parent death, divorce, or separation. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25, 409-414.
- Kaffman, M. & Elizur, E. (1979). Children's bereavement reactions following death of parent. International Journal of Family Therapy, 1, 203-228.
- Mandell, F., McAnulty, E. H., & Carlson, A. (1983). Unexpected death of an infant sibling. Pediatrics, 72, 652-657.
- O'Neil, M. K., Lancee, W. J. & Freeman, S. J. J. (1987). Loss and depression. A controversial link. The Journal of Nervous and Mental Disease, 175, 354-357.
- Palombo, J. (1981). Parent loss and childhood bereavement: some theoretical considerations. Clinical Social Work

- Journal, 9, 3-33.
- Parker, G. & Manicavasagar, V. (1986). Childhood bereavement circumstances associated with adult depression. British Journal of Medical Psychology, 59, 387-391.
- Parkes, C. M. (1991). Coping with traumatic bereavement. Bereavement Care, 10, 31-32
- Payton, J. B. & Krockner-Tuskan, M. (1988). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27, 563-566.
- Pynoos, R. S (1992). Grief and trauma in children and adolescents, Bereavement Care, 11, 2-10
- Pynoos, R. S. & Eth, E. (1984). The child as witness to homicide. Journal of Social Issues, 40, 87-108.
- Pynoos, R. S. & Nader, K.(1990). Children's exposure to violence and traumatic death. Psychiatric Annuals, 20, 334-344.
- Pynoos, R. S., Nader, K., Frederick, C., Gonda, L. & Stuber, M. (1987). Grief reactions in school age children following a sniper attack at school. Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences, 24, 53-63.
- Ragan, P. V. & McGlashan, T. H. (1986). Childhood parental death and adult psychopathology. American Journal of Psychiatry, 143, 153-157.
- Rando, T. A. (1987). The unrecognized impact of sudden death in terminal illness and in positively progressing

- convalescence. Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences, 24, 125-135.
- Rogers, R. (1966). Children's reactions to sibling death. In Dunlop, & M. N. Weisman (Eds.), Psychosomatic medicine. Proceedings of the first international congress of the academy of psychosomatic medicine. Palma de Mallorca, Spain, 12-14 September, 166. International Congress Series no. 134, 209-212.
- Rosen, H. (1984-1985). Prohibitions against mourning in childhood sibling loss. Omega, 15, 307-316.
- Saigh, P. A. (1989). The validity of the DSM-III posttraumatic stress disorder classification as applied to children. Journal of Abnormal Psychology, 98, 189-192.
- Schetky, D. H. (1978). Preschoolers' responses to murder of their mothers by their fathers: A study of four cases. American Academy of Psychiatry and Law Bulletin, 6, 45-57.
- Siegel, K., Mesagno, F. P., & Christ, G. (1990). A prevention program for bereaved children. American Journal of Orthopsychiatry, 60, 168-175.
- Van Eerdewegh, M. M., Bieri, M. D., Parilla, R. H. & Clayton, P. J. (1982). The bereaved child. British Journal of Psychiatry, 140, 23-29.
- Weller, E. B., Weller, R. A., Fristad, M. A., Cain, S. E. & Bowes, J. M. (1988). Should children attend parent's funeral? Journal of the American Academy of



Child & Adolescent Psychiatry, 27, 559-562.

Wolfenstein, M. (1966). How is mourning possible?

Psychoanalytic Study of the Child, 21, 93-123.

Yates, T. T. & Bannard, J. R. (1988). The "haunted" child: grief, hallucinations, and family dynamics. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27, 573-581.

Yule, W. & Williams, R. M. (1990). Post-traumatic stress reactions in children. Journal of Traumatic Stress, 3, 279-295.