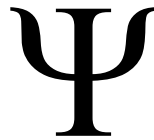




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Er det en sammenheng mellom forlenget sorg, sosiale barrierer og sosial støtte?

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Elisa Randa Hansen, Emilie Vangen Jakobsen og Rebekka Vaaland

Vår 2021

Hovedveileder: Pål Kristensen

Biveileder: Iren Johnsen

Forord

Sorg er en naturlig del av livet, og noe vi alle har et forhold til i større eller mindre grad. Vi har et genuint ønske om å øke forståelsen for hvordan mennesker opplever livsbelastninger, og hva de har behov for i slike utfordrende perioder av livet. Med denne oppgaven håper vi å kunne bidra til å utvikle både vår egen og andres evne til å møte mennesker i krise på en enda bedre måte. Vi har valgt å skrive i utvidet artikkelform, da dette gir mulighet til å drøfte temaet på en utfyllende måte som vi ellers ikke ville fått mulighet til. Videre har vi inkludert en innholdsfortegnelse for å skape bedre oversikt for leseren, selv om vi er oppmerksomme på at dette strider imot retningslinjene til APA 6.

Vi ønsker å rette en stor takk til våre dyktige og engasjerende veiledere, Pål Kristensen og Iren Johnsen, for grundige kommentarer, tilbakemeldinger og støtte. Vi ønsker også å takke statistiker Rolf Gjestad for uunnværlig kompetanse og hjelp. Dere har alle møtt oss med glede og entusiasme, og har bidratt til engasjerende og utviklende samtaler.

Takk til Brage Istad Brenna-Lund, Martin Kjeilen Steinseide og Sindre Olaussen Søderstrøm, og til våre kjære familier og venner, for tålmodighet, kjærlighet og støtte i denne prosessen.

Denne studien er en del av et større forskningsprosjekt knyttet til etterlatte etter terrorangrepet på Utøya i 2011. Vårt bidrag er basert på datainnsamlingen åtte år etter terrorangrepet. Uten etterlattes åpenhet og vilje til å bidra til forskningsprosjektet hadde ikke denne studien vært mulig å gjennomføre. Vi har gjennom hele prosessen vært opptatt av å behandle innhentet informasjon med respekt. Med denne oppgaven har vi et dypt ønske om å bidra med kunnskap som forhåpentligvis kan være av nytteverdi for mennesker som befinner seg i lignende situasjoner.

Abstract

On the 22nd of July 2011, Norway was the target of two terrorist attacks, including bombing of the Government Quarter, followed by mass shooting at the Norwegian Labour youth party's summer camp on Utøya Island. On Utøya Island, 69 people lost their lives, the majority of whom were youths. Hundreds of relatives were left in deep grief and shock. This study seeks to examine challenges associated with traumatic loss, including survivors' experience of social support. The study sheds light on the connection between prolonged grief, social barriers and social support. Data is obtained using a questionnaire, given to survivors ($n = 122$) eight years after the attack. The Inventory of Complicated Grief (ICG) is used as a measure of prolonged grief, the Crisis Support Scale (CSS) as a measure of social support, the Social Barriers Scale as a measure of social barriers and the Impact of Event Scale-Revised (IES-R) as a measure of post-traumatic stress. The association between prolonged grief, post-traumatic stress, social support and social barriers was examined through mediation analyzes. The results show that more than half of the sample struggle with prolonged grief. Survivors with prolonged grief report less social support and more social barriers than those without. Social barriers are highlighted as an important factor in this context, which may seem to prevent survivors from making use of social support. Knowledge of social barriers' role in adaptation to loss can be used to facilitate the grieving process. Finally, methodological issues and implications for clinical work and future research are discussed.

Key words: traumatic loss, prolonged grief, post-traumatic stress, social support, social barriers

Sammendrag

Norge ble 22. juli 2011 utsatt for to terrorangrep. En bombe gikk av ved Regjeringskvartalet, etterfulgt av masseskyting på Arbeidernes Ungdomsfylking (AUF) sin sommerleir på Utøya. På Utøya mistet 69 personer livet, hvorav majoriteten var ungdommer. Flere hundre pårørende satt igjen i dyp sorg og sjokk. Denne studien ønsker å undersøke de helsemessige utfordringene assosiert med traumatiske tap, inkludert etterlattes opplevelse av sosial støtte. Studien belyser sammenhengen mellom forlenget sorg, sosiale barrierer og sosial støtte. Data er innhentet ved hjelp av et spørreskjema, gitt til etterlatte ($n = 122$) åtte år etter terrorangrepet. Inventory of Complicated Grief (ICG) brukes som mål på forlenget sorg, Crisis Support Scale (CSS) som mål på sosial støtte, Social Barrierer Scale som mål på sosiale barrierer og Impact of Event Scale-Revised (IES-R) som mål på posttraumatisk stress. Sammenhengen mellom forlenget sorg, posttraumatisk stress, sosial støtte og sosiale barrierer ble undersøkt gjennom medieringsanalyser. Resultatene viser at over halvparten av utvalget strever med forlenget sorg. Etterlatte med forlenget sorg har mindre sosial støtte og mer sosiale barrierer enn de uten. Sosiale barrierer fremheves som en viktig faktor i denne sammenheng, som kan se ut til å hindre etterlatte i å nyttiggjøre seg av sosial støtte. Kunnskap om sosiale barrierer som hindre for god tilpasning til tap, kan brukes for å fasilitere sorgprosessen gjennom effektivisering av sosial støtte. Avslutningsvis diskuteres metodologiske begrensninger, samt implikasjoner for klinisk arbeid og fremtidig forskning.

Key words: traumatiske tap, forlenget sorg, posttraumatisk stress, sosial støtte, sosiale barrierer

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	6
Bakgrunn for studien	7
Sorg - en naturlig reaksjon på tap	8
Tidligere og nyere teorier om hvordan mennesker tilpasser seg sorg	8
Helsemessige følger av tilpasning til sorg	11
Forlengede sorgreaksjoner	14
Sorg som diagnose	17
Sorg i en sosial kontekst: betydningen av sosial støtte	18
Teorier om forholdet mellom sosial støtte og sorg	20
Sosiale barrierer ved sorg	23
Hensikt med studien	27
Metode.....	28
Prosedyre og utvalg	28
Skalaer	29
Missing data.....	31
Forskningsetiske hensyn	31
Analyser.....	32
Resultater.....	33
Forlengede sorgreaksjoner.....	34
Posttraumatiske stressreaksjoner	34
Sosial støtte og sosiale barrierer	34
Korrelasjoner	35
Multippel regresjon.....	35
Mediering.....	36
Diskusjon	37
Sammenhengen mellom forlenget sorg og sosial støtte	39
Sosiale barrierer som mediator	40
Bearbeider kvinner og menn tap på ulike måter?	42
Kliniske implikasjoner.....	45
Metodiske begrensninger.....	49
Veien videre: forslag til fremtidig forskning	51
Konklusjon.....	51
Litteraturliste	53
Appendiks	71
Tabell 1	71
Tabell 2	72
Tabell 3	73
Tabell 4	74
Tabell 5	75
Figur 1.....	76
Figur 2.....	77

Introduksjon

Norge ble 22. juli 2011 utsatt for de to verste terrorangrepene nasjonen har opplevd i fredstid. En bombe gikk av ved Regjeringskvartalet, etterfulgt av masseskyting på Arbeidernes Ungdomsfylking (AUF) sin sommerleir på Utøya. På Utøya mistet 69 personer livet og 56 personer ble alvorlig skadet, hvorav majoriteten var ungdommer. Hendelsen rammet mange familier sterkt, og flere hundre pårørende satt igjen i dyp sorg og sjokk.

Nå har det snart gått 10 år siden hendelsen, og mange sitter igjen med en rekke spørsmål: hvordan har de etterlatte mestret et så stort og dramatisk tap? Hva er de helsemessige konsekvensene av å leve med sterk sorg over tid, og hvilke sosiale konsekvenser kan det få? Er nettverket i stand til å stille opp over tid, eller trekker de seg unna? Finnes det barrierer hos den etterlatte som gjør at nettverket uteblir?

Forskning på etterlatte etter terror er mangelvare. Vi vet med andre ord ikke så mye om de reelle utfordringene som knyttes til sorg etter traumatiske tap. Mange har vært opptatt av om sosial støtte kan dempe savnet og sorgen etter tap. Langt færre har sett på om det å leve med intense sorgreaksjoner over tid er knyttet til utfordringer for nettverket og den sosiale støtten de kan gi. Dette forholdet mellom forlenget sorg og sosial støtte vil være utgangspunktet for denne studien.

Bakgrunn for studien

Studier har vist høy forekomst av sorg- og traumereaksjoner, i tillegg til redusert funksjon i dagliglivet, hos etterlatte som mistet sine nære på Utøya (Dyregrov & Kristensen, 2015; Dyregrov, Dyregrov & Kristensen, 2015). Sorgreaksjonene som er beskrevet av de etterlatte kan skilles fra naturlige reaksjoner på tap, ved at de er mer vedvarende og intense. Disse reaksjonene kan kalles forlengede sorgreaksjoner. Denne studien tar for seg slike forlengede sorgreaksjoner hos etterlatte foreldre og søsken etter angrepet på Utøya, og søker svar på om det er en sammenheng mellom forlenget sorg, sosiale barrierer og sosial støtte.

Sorg - en naturlig reaksjon på tap

Det å miste en nær person er noe av det vondeste og mest belastende et menneske kan oppleve. Sorg er en naturlig konsekvens av dette, og kan defineres som en psykologisk respons på tap av en person en har stått følelsesmessig nær (Malt, 2020; Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2001). Mennesker sørger på ulike måter, med ulik varighet og med ulike symptomer og reaksjoner (Al-Gamal, Saeed, Victor & Long, 2019). Affektive, kognitive, atferdsmessige, fysiologiske og immunologiske reaksjoner er alle naturlige følger av tap. Affektive reaksjoner som følger av tap kan være depresjon, angst, skyld, sinne, lengsel og ensomhet (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007). Kognitive reaksjoner kan være påtrengende grubling, undertrykkelse og selvbebreidelse. Atferdsmessige reaksjoner innebærer blant annet uro og anspenhet, overaktivitet og sosial tilbaketrekning. Fysiologiske reaksjoner kan innebære søvnforstyrrelser, energiløshet og somatiske plager (Stroebe, Hansson, Stroebe & Schut, 2001; Stroebe, Schut & Stroebe, 2005; Schut, Stroebe, van den Bout & Terheggen, 2001). Immunologiske reaksjoner kan innebære en særlig mottakelighet for fysisk sykdom (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007). Det å miste en nærstående vil altså kunne medføre ulike reaksjoner assosiert med redusert helse og livskvalitet. Sorg betraktes imidlertid ikke kun som enkeltstående symptomer eller reaksjoner på tap, men som en tilpasningsprosess som går over tid.

Tidligere og nyere teorier om hvordan mennesker tilpasser seg sorg

Måten sorg har blitt forstått på har endret seg over tid. Tidlige teorier har lagt vekt på en éndimensjonal og individuell forståelse av sorg, og fremhever at alle etterlatte går gjennom samme bearbeidingsprosess, bestående av bestemte faser (Freud, 1917; Kübler-Ross, 1969). Det har vært en vanlig antakelse at sorgbearbeiding er nødvendig, og at fraværet av sorgreaksjoner anses som dårlig tilpasning til et tap (Bowlby, 1980; Osterweis, Solomon, & Green, 1984). Freud (1917) fremhever to hovedkategorier av sorg: normal og patologisk, hvor

sistnevnte også kalles melankoli. Han hevder at alle sørgende må gjennom samme prosess, som resulterer i enten normal eller patologisk sorg. For å oppnå normal sorg må det gis avkall på båndet til den avdøde. Patologisk sorg vil derimot oppstå når en ikke klarer å gi slipp på den en har mistet. Kübler-Ross (1969) sin stadieteori presenterer et alternativt syn, og ser på sorg som en prosess hvor den etterlatte følger bestemte stadier representert av spesifikke reaksjoner. Det har blitt en populærvitenskapelig oppfatning at sørgende håndterer et tap ved å gjennomgå de fem stadiene fornektelse, sinne, forhandling, depresjon og aksept. Stadiene gjennomgås i nevnte rekkefølge, og sorgbearbeiding avsluttes når en har akseptert tapet.

Tidlig forskning på sorg (Freud, 1917; Kübler-Ross, 1969) har imidlertid blitt utfordret. Særlig gjelder dette ideen om at alle går gjennom en bearbeidingsprosess, bestående av spesifikke faser, da dette åpner for liten grad av fleksibilitet og individuelle forskjeller i prosessen. I tillegg har fraværet av sorgreaksjoner vist seg å ikke nødvendigvis reflektere dårlig tilpasning til et tap (Bonanno, 2004; Dyregrov & Dyregrov, 2017). Videre virker få sørgende å være i stand til eller ønske å gi helt avkall på den avdøde (Altschul, 1988; Dietrich & Shabad, 1989). Forskning viser også at det å opprettholde båndet til avdøde kan være assosiert med god tilpasning til tapet (Dyregrov & Dyregrov, 2017).

Bonanno (2004) understreker at forståelsen av sorg har gitt lite rom for hvordan mennesker har ulike reaksjoner og måter å tilpasse seg sorg på. Som en respons på dette skisserer han fire utviklingsbaner som beskriver ulik tilpasning til sorg over tid. Den første viser til de som umiddelbart etter et tap opplever sterke reaksjoner, som avtar over tid, et perspektiv som er kalt recovery. Den andre beskriver personer som også opplever sorgreaksjoner like etter tapet, men som kommer raskere tilbake til en tilnærmet normal hverdag uten å få helsemessige og sosiale utfordringer senere. Dette kan kalles resiliens, og er karakterisert av sunn fungering over tid. Den tredje preges av få reaksjoner i starten, og sterke reaksjoner over tid, et reaksjonsmønster som kan beskrives som utsatt sorg (Bonanno, 2004;

Bonanno et al., 2002; Dyregrov & Dyregrov, 2017). Den fjerde beskriver de som opplever vedvarende sterke reaksjoner, og er kalt kronisk sorg (Bonanno, 2004). Denne utviklingsbanen anses som en lite adaptiv tilpasning til sorgen, og vil kunne øke risikoen for psykisk lidelse (Lobb, 2010; Shear et al., 2011). Forskning støtter antakelsen om at etterlatte kan følge ulike utviklingsbaner, hvorav den vanligste karakteriseres av høye nivåer av sorg i starten, som reduseres over tid (Dyregrov, Gjestad & Kristensen, 2020; Nielsen, Carlsen, Neergaard, Bidstrup & Guldin, 2019). Dette indikerer at de fleste etterlatte opplever sterke reaksjoner umiddelbart etter et tap, og at disse som regel avtar etter en periode.

Der tidligere forskning har ansett tilpasning til sorg som en éndimensjonal prosess, ser en nå prosessen som mer dynamisk. En modell som i stor grad påvirker oppfatningen vi har av mestring av sorg i dag er toprosessmodellen, utviklet av Stroebe og Schut (1999). Modellen beskriver individuell tilpasning til sorg gjennom en dynamisk veksling mellom konfrontasjon og unngåelse. Adaptiv sorgbearbeiding består, ifølge modellen, av en pendling mellom det å gå nær sorgen (tapsorientering), og det å fortsette livet uten personen en har mistet (nyorientering). En uhensiktsmessig håndtering av sorgen kan derimot preges av at personen står fast i en av de to orienteringene. Dette enten ved ekstrem konfrontasjon eller unngåelse, som potensielt kan lede til forlengede sorgreaksjoner (Stroebe & Schut, 2010).

Tidligere modeller og teorier har ikke tatt stor nok hensyn til hvordan konteksten både påvirker og påvirkes av individets sorgprosess. I de senere årene har en blitt mer opptatt av det relasjonelle aspektet ved sorg (Walsh, 2013). Det har i tråd med dette blitt utviklet en revidert utgave av toprosessmodellen, som vektlegger betydningen av familien i den sørgende sin taps- og nyorientering (Stroebe & Schut, 2015). For eksempel vil individet, som en del av en tapsorientering, i større eller mindre grad dele lengselen og smerten etter avdøde med sine familiemedlemmer. På den andre siden må medlemmene i familien forsøker å tilpasse seg en ny hverdag med nye roller og relasjoner som en del av en nyorientering. Familien utgjør på

denne måten en viktig kontekst for å fremme tilpasningsprosessen, blant annet ved å gi den etterlatte støtte og hjelp i sin pendling. Familien kan også bidra til å vanskeliggjøre sorgprosessen, for eksempel ved at det kan være vanskelig å balansere egne sorgreaksjoner og behov med familiens reaksjoner og behov (Stroebe & Schut, 2015).

Oppsummert har en viktig endring innen forskning på sorg vært et større fokus på det relasjonelle aspektet, gjennom vektleggelse av samspillet mellom etterlatte og deres omgivelser. Fokuset rettes mot hvordan interaksjoner med andre påvirker og påvirkes av etterlattes sorgreaksjoner. Den éndimensjonale og individuelle forståelsen av menneskers tilpasning til sorgen (Freud, 1917; Kübler-Ross, 1969) har på denne måten blitt erstattet av et relasjonelt perspektiv (Stroebe & Schut, 2015).

Helsemessige følger av tilpasning til sorg

Avhengig av hvordan etterlatte tilpasser seg tapet, vil sorg kunne medføre ulike utfall. Affektive, kognitive, atferdsmessige, fysiologiske og immunologiske reaksjoner er, som nevnt, naturlige følger av tap. Vedvarende av slike reaksjoner over tid, i tillegg til økning i frekvens og intensitet, kan medføre både fysiske og psykologiske helseutfordringer for den sørgende (Stroebe et al., 2007). Sørgende individer er mer utsatt for fysiske helseplager i form av hodepine og svimmelhet, samt brystmerter og problemer med fordøyelsen (Prigerson & Parkes, 2013). Økt forekomst av uførhet og medikamentbruk (Stroebe et al., 2007), i tillegg til økning i fysiske smerteplager (Bradbeer et al., 2003), er også vanlig hos etterlatte etter tap. Sørgende individer er altså mer utsatt for fysiske helseplager, og dette særlig kort tid etter tapet (Stroebe et al., 2007).

I tillegg til de fysiske helseplagene som kan følge av sorg, pekes det også på en rekke psykologiske plager (Stroebe et al., 2007). Ensomhet og tilbaketrekning (Van Baarsen, Van Duijn, Snijders & Knipscheer, 2002), søvnløshet (Hardison, Neimeyer, & Lichstein, 2005), depresjon, angst (Chen et al., 1999) og suicidalitet (Stroebe, Stroebe & Abakoumin, 2005)

trekkes frem i denne forbindelse. Særlig depresjon anses som høyt forekommende ved sorg. Studier har vist at 25-40% opplever milde depressive symptomer, i tillegg til at 10-20% tilfredsstillende kliniske kriterier for depresjon (Raphael, Minkov & Dobson, 2001). Sorg er dessuten forbundet med problemer av kognitiv og relasjonell art, i form av blant annet svekket hukommelse, i tillegg til relasjonsproblemer og utfordringer med sosialt samspill (Rosenbloom & Whittington, 1993).

Kjønn kan utgjøre en risikofaktor for utvikling av helserelevante plager, slik som forlengede sorgreaksjoner (Kerstin, Brähler, Glaesmer & Wagner, 2010). I en studie av Murphy et al. (1999) er det funnet kjønnsforskjeller med hensyn til fysisk helse hos foreldre som har mistet et barn i et traumatisk dødsfall. Hos mødre finner en dårlig fysisk helse kort tid etter tapet, mens en blant fedre ser en forverring i helse over tid. I møte med livsbelastninger har kvinner på generelt grunnlag større risiko for utvikling av depressive symptomer. Menn har større risiko for mer alvorlige helsekonsekvenser og død (Verbrugge & Wingard, 1987). Ved tap av en ektefelle, er denne effekten mer uttalt for yngre enker og enkemenn (Manor & Eisenbach, 2003). Andre studier finner motsatt tendens; enkemenn viser økt nivå av depressive symptomer enn enker (Cramer, 1993). Nieboer, Lindeberg & Ormel (1999) har pekt på at kjønnsforskjellene knyttet til depressive symptomer, alvorlige helsekonsekvenser og død kun viser seg de to første årene etter tap av partner, og belyser at det hos begge kjønn skjer en tilpasning til tapet over tid.

Alle tap kan være vanskelige å håndtere, men Norris et al. (2002) viser at tap som følge av terror kan være særlig utfordrende å tilpasse seg til. Flere studier viser at etterlatte etter traumatiske tap, har høyere risiko for utvikling av intensive og vedvarende sorgreaksjoner, sammenlignet med de som opplever ikke-voldelige tap (Kristensen, Weisæth & Heir, 2010; Lobb et al., 2010). De har også større sannsynlighet for utvikling av psykiske lidelser, som posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og depresjon (Cozza et al., 2019; Keyes et

al., 2014; Nakajima, Ito, Shirai & Konishi, 2012). PTSD har en negativ effekt på områder i hjernen som fremmer den naturlige sorgprosessen, og vil derfor på denne måten også være en særlig risikofaktor for utvikling av forlengede sorgreaksjoner (Nakajima et al., 2012). Det har også vist seg at sørgende som opplever en kombinasjon av flere psykiske lidelser, for eksempel depresjon og PTSD, har økt sannsynlighet for uhensiktsmessig tilpasning til sorgen over tid (Li, Precht, Olsen & Mortensen, 2005). Simon et al. (2005) finner økt risiko for selvmordsforsøk, panikkanfall og bruk av alkohol og rusmidler hos personer med en kombinasjon av psykiske lidelser og vedvarende og intense sorgreaksjoner. Det kan altså se ut til at samtidige psykiske lidelser ytterligere vanskeliggjør sorgprosessen for etterlatte. Det er videre funnet økt dødelighet hos etterlatte etter tap, som særlig sees i forbindelse med tap som følger av traumatiske hendelser og ulykker (Li et al., 2005; Manor & Eisenbach, 2003).

Spesifikke faktorer, som voldelige og plutselige dødsfall, traumeeksponering (Lobb et al., 2010), tap av et barn (Neria et al., 2007), samt når dødsfallet er påført gjennom ondsinnede og voldelige handlinger (Pivar & Prigerson, 2004), ser ut til å øke risikoen for intensiv og vedvarende sorg ved traumatiske tap. Sammenlignet med etterlatte som mister noen i en enkeltstående hendelse, kan etterlatte etter masse-dødsfall oppleve at visse omstendigheter forstyrrer eller vanskeliggjør deres sorgprosess. Eksempelvis rapporterer flere at deres egen sorg settes på vent grunnet alt som skjer i samfunnet (Dyregrov & Kristensen, 2016). Etter terrorangrepet på Utøya har det vært stor medieoppmerksomhet knyttet til både dødsfall, rettssak og tilregnelighetsspørsmål. I tillegg kan sorgprosessen forstyrres av stadige påminnelser om det som har skjedd. Etterlatte rapporterer også om flere aspekter ved fellesskapets håndtering av massedød som bidragsytende til en bedre sorgprosess. Eksempelvis rapporterer flere at det føles godt at andre husker dødsfallet over en lengre periode, og at de ikke trenger å forklare så mye rundt dødsfallet. Dette fordi andre har informasjon om og forstår konteksten av det som har skjedd (Dyregrov & Kristensen, 2016).

På denne måten kan aspekter ved dødsfall i forbindelse med terrorangrep både bidra til å forstyrre og fasilitere etterlattes tilpasning til sorgen.

Det er viktig å påpeke at eksponering for omtalte risikofaktorer ikke nødvendigvis medfører en lite hensiktsmessig tilpasning til sorgen, men at tilpasningen påvirkes av en interaksjon mellom en rekke faktorer (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007). Risikofaktorene ser ut til å påvirke etterlattes tilpasning til tapet og deres videre liv uten den avdøde (Dyregrov, Dyregrov & Kristensen, 2016). For eksempel kan høy forekomst av bekymringstanker rundt egen og familiens sikkerhet, samt redsler for nye angrep, gjøre seg gjeldende hos direkte rammede og etterlatte etter et terrorangrep (Weissman et al., 2015).

Oppsummert viser forskningen på feltet at det å slite med sorg ikke bare handler om akutte reaksjoner som avtar i intensitet over tid, men at sorg også kan assosieres med betydelige helsemessige utfordringer. Med kunnskap om slike utfordringer ved å miste noen i unaturlige dødsfall, kan en anse slike dødsfall som et folkehelseproblem (Dyregrov, Dyregrov & Kristensen, 2015). Dette tydeliggjør et behov for å kunne avdekke hvilke etterlatte som er i risiko for vedvarende reaksjoner og alvorlige helseplager, for så å kunne hjelpe dem på best mulig måte.

Forlengede sorgreaksjoner

En betydelig gruppe av etterlatte vil kunne bli sittende fast i sorgen, og oppleve alvorlige, vedvarende og hemmende sorgreaksjoner (Prigerson, Kakarala, Gang & Maciejewski, 2021). For å skille mellom naturlig og patologisk sorg, blir det i litteraturen brukt en skala som måler forlengede sorgreaksjoner (Prigerson et al., 1995b). I tråd med dette vil vi benytte begrepet forlenget sorg når vi omtaler etterlatte som har utviklet slike alvorlige, vedvarende og hemmende sorgreaksjoner. Forlengede sorgreaksjoner kommer primært til uttrykk i form av ubehag knyttet til separasjon fra avdøde, noe som medfører vansker med å akseptere dødsfallet. En annen type blir preget av reaksjoner som kan knyttes til det

traumatiske ved dødsfallet i større grad enn til selve tapet. Slike sorgreaksjoner innebærer posttraumatiske plager, som gjenopplevelser av vonde minner, unngåelse av det som minner om dødsfallet og høy grad av kroppslig aktivering. Forlengede sorgreaksjoner kan altså komme til uttrykk og beskrives på ulike måter, og intensitet, varighet og grad av funksjonstap er det som skiller dem fra normale sorgreaksjoner (Dyregrov & Dyregrov, 2007).

Risikofaktorer. Forskning anslår at omtrent én av 10 utvikler forlengede sorgreaksjoner i etterkant av en tapsopplevelse (Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard & O'Connor, 2017; Prigerson et al., 2021). Videre tyder forskning på at forekomsten øker til omtrent fem av 10 dersom dødsfallet er unaturlig, som for eksempel i etterkant av et terrorangrep (Djelantik, Smid, Mroz, Kleber & Boelen, 2020). En rekke faktorer har vist seg å kunne øke risikoen for å utvikle forlenget sorg. Stroebe, Schut & Stroebe (2007) skiller mellom ulike typer risikofaktorer: situasjonelle, intra- og interpersonlige faktorer. Det å miste noen i plutselige og traumatiske dødsfall (Burke, Neimeyer & McDevitt-Murphy, 2010; Holland & Neimeyer, 2011), eller å miste et barn (Djelantik et al., 2020; Neria et al., 2007) utgjør situasjonelle risikofaktorer. Intrapersonlige risikofaktorer kan blant annet være høyt nivå av personlighetstrekket nevrotisisme, kjønn og utrygg tilknytningsstil, samt nedgang i inntekt eller mangel på midler som følge av et tap (Houwen et al., 2010). Det å være kvinne har vist seg å være en risikofaktor for utvikling av forlengede sorgreaksjoner (Kersting, Brähler, Glaesmer & Wagner, 2010). I tillegg til dette kan mangel på støtte fra omgivelsene være en interpersonlig risikofaktor (Stroebe, Stroebe & Schut, 2001). Interaksjonen mellom de etterlatte og deres nettverk er ikke alltid like enkelt, og flere barrierer kan vanskeliggjøre dette samspillet. Det kan for eksempel være utfordrende å ta imot hjelp fordi en kan oppleve at nettverket er lei av å høre om dødsfallet. Videre at nettverket ikke har forutsetninger for å forstå, eller at de har nok med sine egne problemer (Thoresen et al., 2014). Dette kan potensielt øke risikoen for at den etterlatte blir stående fast i

sorgen, og understreker behovet for å se individets sorgbearbeiding i en sosial kontekst. Samtidig belyser det utfordringene som kan ligge i hvordan benytte seg av hjelp og støtte fra omgivelsene på best mulig måte.

Beskyttelsesfaktorer. Det å ha en effektiv pendling mellom taps- og nyorientering, vil ifølge toprosessmodellen være en beskyttende faktor for utvikling av forlengede sorgreaksjoner. En veksling mellom orienteringene, vil kunne redusere sannsynligheten for at man blir for opphengt i en av dem. Noen viser til at kvinner er flinkere til den dynamiske vekslingen mellom taps- og nyorientering (Stroebe, Stroebe & Schut, 2001). Menn og kvinner kan ha ulike måter å håndtere sorg på som kan følgelig være assosiert med ulik mestring.

Mestringsforventning, som refererer til ens tro på egen evne til å påvirke utfall (Bandura, 1977), kan også fungere som en beskyttelsesfaktor mot forlengede sorgreaksjoner. Ifølge Bandura sin teori om mestringsforventning vil to hovedkomponenter kunne påvirke denne forventningen: individets tro på at en gitt type atferd vil føre til et spesifikt utfall, samt en overbevisning om at en har evnen til å utføre denne atferden. I tråd med dette vil en persons evne til å håndtere et tap avhenge av en oppfatning av hvilke strategier som fremmer god mestring, samt en tro på at en kan klare å ta i bruk disse strategiene. Murphy (1988) fremhever hvordan forventning om mestring kan oppstå som et resultat av positive sosiale interaksjoner. Tidligere positive erfaringer med god sosial støtte i møte med livsutfordringer påvirker troen på ens evne til å mestre utfordringer også i nye situasjoner. Dette belyser viktigheten av et godt samspill mellom den etterlatte og nettverket for å oppnå god mestringsforventning. Trygg tilknytning (Meij et al., 2005), god selvtillit og en opplevd kontroll over hverdagslivets krav og gjøremål (Ong, Bergeman & Bisconti, 2005), er også trukket frem som beskyttelsesfaktorer mot utvikling av forlenget sorg.

Det å oppsøke og å ta i bruk støtte og hjelp fra det sosiale nettverket, eksempelvis i form av praktisk hjelp eller empati og omtanke, fremheves som en viktig mestringsstrategi i

etterkant av et tap (Dyregrov, Dyregrov & Kristensen, 2016). Dette er særlig viktig i den første perioden etter tapet (Dyregrov & Dyregrov, 2017). Det sentrale er at de etterlatte klarer å ta i bruk de ressursene som finnes i sitt sosiale nettverk. Dette ved at de klarer å ta imot hjelpen som tilbys, samtidig som de sørger for at nettverket vet hvordan de kan gi støtte og hjelp på best mulig måte (Dyregrov & Dyregrov, 2017). Sosial støtte, et hovedtema i denne studien, ser altså ut til å både kunne fungere som en beskyttelses- og en risikofaktor i møte med tap. Dette viser at det er stor kompleksitet i hvilken effekt sosial støtte har på sorgprosessen.

Sorg som diagnose

Forlenget sorglidelse (Prolonged Grief Disorder) har blitt inkludert som en spesifikk diagnose i diagnosemanualene International Statistical Classifications of Diseases and Related Health Problems utgave 11 (ICD-11) og The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders utgave fem (DSM-V; World Health Organization, 2018; American Psychiatric Association, 2013). Vi vil i henhold til dette benytte begrepet forlenget sorg når vi omtaler patologiske sorgreaksjoner. Diagnosen forlenget sorglidelse kan benyttes dersom etterlatte opplever vedvarende lengsel etter og/eller opptatthet av avdøde, i tillegg til symptomer som blant annet tristhet, skyldfølelse, fornektelse og vansker med å akseptere tapet.

Diagnostisering krever at symptomene skal være av en grad som medfører betydelig svekkelse på viktige funksjonsområder. Dette kan eksempelvis være i familien, sosialt eller i en arbeidssetting (Killikelly, Smid, Wagner & Boelen, 2021). En viktig forskjell mellom diagnosemanualene er at symptomene ifølge DSM-V må vedvare i minst 12 måneder etter tapet (American Psychiatric Association, 2013), mens ICD-11 setter tidskriteriet til minimum seks måneder (World Health Organization, 2018).

Implementeringen av en sorgdiagnose i de nevnte diagnosemanualene har vært omdiskutert. Ettersom sorg er en naturlig reaksjon på tap, har det vært en viss skepsis knyttet

til å benevne sorgreaksjoner som psykiske lidelser. Videre påvirkes sorg av kulturelle og religiøse tradisjoner, og vil dermed vanskelig kunne beskrives av et enkelt diagnosesystem på en måte som gjelder på tvers av kulturer og religioner. I tillegg kan det argumenteres for at symptomer assosiert med sorg allerede inkluderes i angst- og depresjonslidelser, og at det på dette grunnlag ikke er behov for en selvstendig sorgdiagnose (Bryant, 2012).

Etableringen av en sorgdiagnose blir støttet av forskning som plasserer normal og patologisk sorg på hver sin side av et kontinuum (Holland, Neimeyer, Boelen & Prigerson, 2009). På denne måten understrekes et skille mellom dem. Gjennom faktoranalyse støttes også antakelsen om at symptomer assosiert med forlengede sorgreaksjoner skiller seg fra symptomer på depresjon og angst (Boelen, van den Bout & de Keijsers, 2003). Forskere har også funnet at forlengede sorgreaksjoner assosieres med redusert funksjonsnivå (Prigerson et al., 1995a). Standardiserte kriterier for forlenget sorg åpner for muligheten til å studere spesifikke aspekter ved lidelsen, som forekomst, risikofaktorer og konsekvenser, samt behandlingsintervensjoner og effekten av disse (Prigerson et al., 2009).

Sorg i en sosial kontekst: betydningen av sosial støtte

Tross store individuelle forskjeller i hvordan individer sørger etter og tilpasser seg til et tap, er sørgende nesten alltid en del av et sosialt nettverk (Burke et al., 2010). I det sosiale nettverket ligger det et potensial for å fasilitere og å hemme denne tilpasningsprosessen gjennom sosial støtte. Sosial støtte kan bli definert som “sosiale interaksjoner eller relasjoner som gir individet faktisk hjelp eller som innlemmer individet i et sosialt system, hvor man har en oppfatning av at systemet kan gi kjærighet, omsorg eller en følelse av tilknytning” (fritt oversatt etter Hobfoll, 1988, s. 121). Det skilles mellom ulike typer sosial støtte, eksempelvis emosjonell støtte, instrumentell støtte og informasjonsstøtte. Emosjonell støtte kan innebære trøst og omsorg, instrumentell støtte kan gis i form av hjelp med dagligdagse eller praktiske gjøremål. Informasjonsstøtte kan involvere konkrete råd om

hvordan å håndtere sorgen (Kaniasty & Norris, 2009). Nettverket kan altså gi støtte på ulike måter, deriblant gjennom trøst, informasjon og råd eller hjelp av økonomisk og praktisk karakter. Det kan også innebære deltakelse i rutiner og ritualer, for eksempel ved begravelse eller besøk på graven på viktige merkedager, noe som gir økt mulighet for emosjonell omsorg og støtte (Dyregrov & Dyregrov, 2007). Det er funnet kjønnsforskjeller når det kommer til hvilken type sosial støtte kvinner og menn foretrekker. Dyregrov & Dyregrov (2017) trekker blant annet frem at kvinner i større grad ønsker å prate i etterkant av et tap, mens menn oftere handler seg gjennom sorgen.

Et annet viktig konseptuelt skille når det gjelder sosial støtte, som også fanges opp i definisjonen nevnt ovenfor, er mellom mottatt og opplevd støtte (Joseph, 1999). Mottatt støtte refererer til konkrete hjelpsomme og støttende handlinger fra familie, venner og andre i det sosiale nettverket. Det kan for eksempel være en telefonsamtale fra en venn. Opplevd støtte dreier seg om oppfatningen av at emosjonell, kognitiv og praktisk støtte er tilgjengelig dersom en trenger det. Oppfatning er et nøkkelord i denne sammenheng, og støtten nettverket gir er ikke nødvendigvis ensbetydende med støtten etterlatte opplever. Nettverket kan altså ha en positiv hensikt med støtten som gis, men det betyr likevel ikke at etterlatte opplever støtten som positiv (Thoits, 2011).

Litteraturen er sprikende når det gjelder mottatt støtte og i hvilken grad slik støtte er assosiert med god tilpasning. Noen studier finner at mottatt støtte er positivt relatert til tilpasning (Joseph, Andrews, Williams & Yule, 1992), mens andre ikke finner denne sammenhengen (Murphy, 1988). Oppfattet støtte har på den andre siden vært mer gjennomgående positivt assosiert med bedre tilpasning etter unaturlige tap hos både voksne og barn (Kaniasty & Norris, 1993; Norris & Kaniasty, 1996; Ruggiero et al., 2009). Flere studier har i tillegg vist at oppfattet støtte etter et unaturlig dødsfall er sett i sammenheng med resiliens (se for eksempel Bonanno et al., 2008).

Oppsummert viser forskning at sosial støtte er et mangefasettert begrep som representerer en kompleks interaksjonsprosess mellom de etterlatte og deres nettverk. Videre at opplevd sosial støtte kan være av større betydning for mestring av og god tilpasning til sorgen (Kaniasty & Norris, 1993; Norris & Kaniasty, 1996; Ruggiero et al., 2009). Støtten som blir gitt fra nettverket vil på denne måten kunne tjene som en beskyttende faktor dersom den blir oppfattet som positiv for den etterlatte som mottar den. Opplevd sosial støtte og den komplekse interaksjonen blir på bakgrunn av dette vektlagt i denne studien.

Teorier om forholdet mellom sosial støtte og sorg

Utgangspunktet for forskning på feltet har i stor grad vært en antakelse om at det finnes en interaksjon mellom psykisk helse, sosial støtte og livsbelastninger, slik som tap av en nær person (Olstad, Sexton & Søgaard, 2001). Flere teoretiske rammeverk søker å forklare denne sammenhengen. Direkte-effekt-hypotesen, bufferhypotesen (Cohen & Wills, 1985) og teorien om sosial kausalitet (Kaniasty & Norris, 2008) er eksempler på slike rammeverk. Direkte-effekt-hypotesen sier at sosial støtte har en beskyttende innvirkning på mental helse uavhengig av hvorvidt individet er eksponert for stress (Olstad et al., 2001). Bufferhypotesen hevder at effekten av sosial støtte kan fungere som en beskyttelse mot effekten som livsbelastninger kan ha på psykisk helse (McKay, 1984; Olstad et al., 2001). I forlengelsen av dette sier hypotesen at tap av en nær person kan medføre en rekke negative følger, men at disse kan reduseres gjennom sosial støtte fra nettverket. Et eksempel på dette kan være den positive effekten av å ha gode naboer eller venner rundt seg i en sorgprosess (Olstad et al., 2001). Dette indikerer videre at mangel på sosial støtte kan bidra til svekket funksjon og psykiske lidelser. Dette belyser kjernen i teorien om sosial kausalitet, som sier at sosial støtte er viktig for psykologisk velvære, og at mangel på sosial støtte kan medføre psykologisk ubehag (Kaniasty & Norris, 2008).

Med bakgrunn i det ovennevnte, kan det antas at høyere nivåer av sosial støtte er forbundet med lavere nivåer av forlenget sorg. Dyregrov & Dyregrov (2007) peker på at mange etterlatte beskriver en opplevelse av sosial støtte som særlig viktig i en sorgprosess. Tidlige studier støtter dette, og understreker at sosial støtte kan beskytte mot psykiske helseutfordringer (Cohen & Wills, 1985; Kessler & McLeod, 1984; Norris & Murrell, 1990; Okabayashi et al., 1997). Senere studier bekrefter dette funnet (Thoits, 2011; Vanderwerker & Prigerson, 2004). Sosial støtte kan, ifølge Burke et al. (2010), fungere som en beskyttende faktor for utviklingen av psykiske lidelser som forlenget sorg, PTSD og depresjon. Vanderwerker & Prigerson (2004) spesifiserer at sosial støtte i den første perioden etter et tap reduserer risikoen for forlengede sorgreaksjoner og psykiske lidelser. Forskning bygger dermed opp under antakelsen om at sosial støtte kan tjene som en buffer mot utvikling forlengede sorgreaksjoner.

Wågø, Byrkjedal, Sinnes, Hystad & Dyregrov (2017) finner derimot at grad av sosial støtte ikke har en sammenheng med tilpasning til sorgen. De viser til at høyere grad av sosial støtte ikke indikerer lavere nivåer av forlenget sorg eller bedring av forlenget sorg over tid hos etterlatte foreldre. Forskning viser også at nettverkets forsøk på å gi sosial støtte i visse tilfeller kan oppleves negativt av etterlatte (Dyregrov & Dyregrov, 2007). I slike tilfeller kan forsøk på å gi støtte, til tross for en positiv hensikt, bidra til dårligere tilpasning til sorgen. Dette kan eksempelvis illustreres av reaksjoner fra nettverket som bidrar til at den sørgende opplever seg misforstått eller fremmedgjort (Lepore & Ituarte, 1999), eller reflekterer urealistiske forventninger om rask bedring (Wilsey & Shear, 2007). I tillegg til dette kan unyttige og ufølsomme råd, slik som en oppfordring om å gå sjeldnere på graven (Dyregrov, 2004a), forstyrre sorgprosessen og relasjonen mellom nettverket og etterlatte.

Det finnes også sprikende funn på feltet når det gjelder sammenhengen mellom sosial støtte og PTSD. Noen finner at sosial støtte beskytter mot utvikling av PTSD (Burke et al.,

2010; Lee, 2019). Andre finner at det ikke er en relasjon (Pinto et al., 2017), mens Kuterovac-Jagodić (2003) finner at mennesker med PTSD mottar mindre sosial støtte.

Sosial seleksjonsteori. Forskningen på feltet er altså sprikende, og det finnes ikke entydig evidens for at sosial støtte fremmer bedring av forlenget sorg (Wågø et al., 2017) eller PTSD (Pinto et al., 2017). Dette understreker at direkte-effekt-hypotesen, bufferhypotesen og teorien om sosial kausalitet ikke alene kan forklare effekten sosial støtte har i en sorgprosess. Kaniasty & Norris (2008) trekker frem sosial seleksjonsteori for ytterligere å nyansere forståelsen av forholdet mellom sosial støtte og psykisk helse. Teorien hevder at det skjer en seleksjon av mennesker inn i støttende nettverk avhengig av psykiske utfordringer. Personer med liten grad av psykiske helseutfordringer virker i større grad enn de med slike utfordringer, å ønske og å søke sosiale relasjoner og et sosialt nettverk. Hvorvidt en har psykologiske helseutfordringer vil altså, ifølge sosial seleksjonsteori, påvirke om sosial støtte er tilgjengelig og om en er i stand til å nyttiggjøre seg av denne.

Relasjonell reguleringsteori. Videre presenterer også Dyregrov, Dyregrov & Kristensen (2016) sosial støtte som en kompleks, dynamisk prosess, og viser til relasjonell reguleringsteori (RRT; Lakey & Orehek, 2011). RRT beskriver hvordan interaksjonen mellom mennesker regulerer effekten sosial støtte har på psykisk helse. Ifølge denne teorien påvirker sosial støtte regulering av følelser, kognisjon og atferd hos etterlatte, noe som igjen vil påvirke deres psykologiske tilpasning til tapet. Et viktig aspekt ved teorien er at reguleringen er gjensidig, og påvirker også personer i nettverkets tanker, følelser og atferd. Dette vil igjen påvirke den etterlatte.

Wang, Chung, Wang, Yu & Kenardy (2021) har gjort en gjennomgang av litteraturen som beskriver forholdet mellom sosial støtte og PTSD. De finner støtte for en gjensidig relasjon, som kan forklares av både sosial kausalitet og sosial seleksjonsteori. Dette ved at sosial støtte påvirker utviklingen av PTSD, og at PTSD påvirker nivå av sosial støtte. Slike

funn indikerer at begge teorier trengs for å forstå den komplekse sammenhengen mellom sosial støtte og helsemessige utfall, som eksempelvis forlenget sorg og PTSD.

Oppsummert er forskningen på sammenhengen mellom sosial støtte og psykiske helseutfordringer, som forlenget sorg og PTSD, sprikende. Flere teoretiske rammeverk har søkt å forklare disse sammenhengene, og kan sammen bidra til bedre forståelse for dette komplekse samspillet.

Sosiale barrierer ved sorg

Fokuset på sosial støtte som en kompleks, dynamisk prosess, støttes av studier som viser at det å streve med forlenget sorg kan medføre sosiale endringer for de etterlatte og deres nettverk. Mange etterlatte rapporterer om at nettverket sliter med å møte dem på en god måte i sorgen. Dette kan skape frustrasjon, samtidig som det kan bidra til at begge parter trekker seg unna hverandre (Dyregrov & Dyregrov, 2007; Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov 2003). Dyregrov et al. (2003) finner at halvparten av etterlatte etter plutselige og traumatiske dødsfall viser en tendens til sosial tilbaketrekning og isolasjon. I tillegg til dette finner de at også nettverket trekker seg unna de etterlatte. Dette kan ha flere årsaker, deriblant skyldfølelse, mangel på energi og posttraumatiske reaksjoner, og er en viktig prediktor for psykologisk ubehag. Nettverkets tilbaketrekning kan, særlig hos sørgende som opplever skyld og skam, forsterke tendensen til isolasjon hos etterlatte. Dette fordi det kan tolkes som signal på at det er grunn til å skamme seg og isolere seg (Dyregrov & Dyregrov, 2007). Mange etterlatte kan følgelig oppleve en ensomhet i sorgen (Brekke, 2019; Dyregrov & Dyregrov, 2011). Det kan være flere årsaker til en slik ensomhet, blant annet en opplevelse av at få andre forstår hvordan de etterlatte har det. Det kan også knyttes til en frykt for å miste noen andre, som videre kan vanskeliggjøre inngåelse av nære relasjoner. Dette kan videre også medføre en økt tendens til sosial tilbaketrekning (Dyregrov & Dyregrov, 2011).

I tråd med dette viser mange etterlatte en tendens til å skjule sorgen for andre. Dette grunnet negative konsekvenser av å eksponere sine emosjoner knyttet til tapet. Etterlatte med forlenget sorg rapporterer om at de føler seg annerledes i sosiale sammenhenger enn de gjorde før tapet. I tillegg rapporterer de om negative tolkninger av eller forventninger til andres responser på deres sorguttrykk (Smith, Rankin & Ehlers, referert i Smith et al., 2020). Som konsekvens av dette viser mange etterlatte en økt unngåelse av sosiale sammenkomster. Dette viser at det avgjørende for sorgprosessen ikke bare er hvor mye sorg man opplever, men også hvordan man tenker rundt egen og andres oppfatninger om sorgen. Smith et al. (2020) belyser også hvordan forlenget sorg kan medføre en sosial distanse og isolasjon fra nettverket. Dette kan skape stress og ubehag hos den sørgende, og kan gjøre det vanskeligere å både oppsøke og ta imot støtte fra det sosiale nettverket.

Grubling, definert som en tilbakevendende og repetitiv tenkning over negative hendelser eller emosjoner knyttet til tapet (Houwen, Stroebe, Schut, Stroebe & Bout, 2010), kan også påvirke forholdet mellom forlenget sorg og sosial støtte. Grubling kan for eksempel komme til uttrykk i form av tanker om at en kunne ha forhindre dødsfallet ved å ha vært tilstede i situasjonen. Forskning har blant annet vist at grubling kan føre til dårligere tilpasning til tapet, da den etterlatte kan bli opphengt i tapsrelaterte og negative emosjoner (Nolen-Hoeksema, 2001). Et vedvarende fokus på negative emosjoner i møte med familie og venner kan videre føre til at nettverket blir mindre tilbøyelig til å gi sosial støtte. Dette støttes blant annet av Nolen-Hoeksema & Davis (1999), som finner at mennesker som grubler mye også søker etter mer sosial støtte, men at de samtidig opplever å være mindre tilfredse med støtten de mottar. Grubling ser altså ut til å være en faktor som henger sammen med opplevd utilstrekkelig støtte fra venner og familie. Dette kan igjen kan se ut til å henge sammen med tilpasning til sorgen ved at opplevelsen av negative sosiale reaksjoner kan øke etterlattes

negative emosjoner. På denne måten understrekes sosial støtte som relasjonell prosess, ved at begge parters reaksjoner påvirker hverandre gjensidig.

Stroebe et al. (2007) hevder derimot at grubling gjør at den etterlatte *unngår* smertefulle aspekter ved dødsfallet, som for eksempel å akseptere at den avdøde faktisk er borte. Dette øker videre risikoen for forlengede sorgreaksjoner (Eisma & Stroebe, 2021). Forskning har i tråd med dette funnet en sammenheng mellom grubling på den ene siden, og kognitiv og emosjonell unngåelse på den andre (Dickson, Ciesla & Reily, 2012). Smith et al. (2020) finner tilsvarende at etterlatte med forlengede sorgreaksjoner har en tendens til emosjonell unngåelse i møte med andre, blant annet på grunn av en frykt for at andre ikke skal akseptere deres sorg. Dette bidrar til et sprik mellom hvordan den etterlatte faktisk har det, og hvordan de uttrykker sorgen sin i møte med andre. En finner at slik emosjonell unngåelse bidrar til å skape et ubehag hos etterlatte, som motiverer til sosial unngåelse og isolasjon. Dette kan bidra til en sosial distanse mellom etterlatte og nettverket. Denne reguleringen og unngåelsen i møte med andre viser lignende mekanismer som en finner hos mennesker med sosial angstlidelse (Hirsch & Clark, 2004). Det kan dermed være at både kognitiv, emosjonell og atferdsmessig unngåelse er en potensiell barriere mot å nyttiggjøre seg av den sosiale støtten en får fra nettverket sitt.

Eisma, Te Riele, Overgaauw & Doering (2019) beskriver to former for stigmatisering som vanlig i forbindelse med forlenget sorg: selv-stigmatisering og offentlig stigmatisering. Førstnevnte omhandler opplevd sosial devaluering og diskriminering, i tillegg til å gjøre andres negative holdninger til sine egne. Sistnevnte omhandler samfunnets stereotypiske holdninger og atferd mot en gruppe (Eisma et al., 2019; Hanschmidt, Riedel-Heller & Kersting, 2016). Stigmatisering omkring psykiske lidelser har lenge vært et problem, og er assosiert med økt forekomst av depresjon, angst og suicidalitet (Carpiniello & Pinna, 2017), samt det å la være å oppsøke og ta imot nødvendig helsehjelp (Clement et al., 2015). Individuer

med diagnosen forlenget sorglidelse opplever i større grad enn sørgende individer uten denne diagnosen stigmatiserende antakelser, holdninger og handlinger fra sitt sosiale nettverk og fra samfunnet generelt. De blir ansett som emosjonelt ustabile, mindre varme og åpne, og mer sensitive i møte med andre. Videre er stigmatisering forbundet med økt forekomst av negative følelser og handlinger, som sinne, anger, lavt selvbilde og sosial tilbaketrekning (Eisma, 2016).

Dyregrov & Dyregrov (2007) understreker at prosessen som foregår mellom etterlatte etter uventede dødsfall og deres nettverk er uvanlig og preget av usikkerhet. Vestlig kultur mangler innarbeidede normer og rutiner for samtale om utfordrende sorgprosesser og kriser. Utsagn som ”tiden leger alle sår” og ”vi skal ikke rippe opp i sorgen” har vært rådende, og tilsier at sorg er noe privat og noe man skal la gå over med tiden. En konsekvens av slike myter kan være at nettverket trekker seg unna. Nettverket kan ha vansker med å vite hva de skal si og gjøre for å støtte etterlatte. Samtidig kan det være vanskelig for dem som står midt i en krise å gi uttrykk for hvordan de ønsker å bli støttet. Mange av barrierene mot sosial støtte og tiltakene for å redusere disse, kan se ut til å handle om kommunikasjon. Dette understreker sosial støtte som en relasjonell prosess, som kan effektiviseres ved å fremme kommunikativ kompetanse. Utover et ønske om å hjelpe etterlatte, blir altså evnen til å oppfatte og forstå hvordan andre har det, samt å kommunisere støtten på en god måte, sentral.

Oppsummert virker etterlatte å oppleve sosial støtte fra nettverket som viktig etter tap (Dyregrov & Dyregrov, 2007). Likevel er forskning tvetydig når det gjelder hvilken effekt sosial støtte har på psykisk helse (Dyregrov & Dyregrov, 2007; Thoits, 2011; Wågø et al., 2017). Det å streve med forlenget sorg kan tjene som en barriere mot sosial støtte (Thoits, 2011). Faktorer som ensomhet (Dyregrov & Dyregrov, 2011), stigmatisering (Eisma, 2016) og en opplevelse av at andre har fått nok (Thoresen et al., 2014) kan imidlertid bidra til å gjøre sosial støtte mindre tilgjengelig og vanskeligere å benytte seg av for etterlatte. En

naturlig konsekvens av dette er at etterlatte og nettverket kan trekke seg unna hverandre. Gitt dette utfallet vil støtte og hjelp fra nettverket ikke kunne tjene sin funksjon som en beskyttende faktor. Vi vet foreløpig lite om effekten slike sosiale barrierer har på sosial støtte og sorgprosessen, en sammenheng denne studien ønsker å belyse.

Hensikt med studien

Tross viktigheten av sosial støtte for tilpasning til et tap, er det få studier som undersøker hva som gjør prosessen mest mulig effektiv. Dyregrov & Dyregrov (2017) peker blant annet på den utfordringen som ligger i hvordan etterlatte best mulig kan utnytte ressursene som ligger i ens sosiale nettverk. Breen (2021) trekker frem viktigheten av å studere hvilke komponenter ved sosial støtte som medfører mest hensiktsmessig tilpasning i en sorgprosess. Forskning på feltet har i stor grad vektlagt hvordan sosial støtte kan redusere psykisk stress. Man vet derimot mindre om hvordan vedvarende psykisk stress, som det å leve med forlenget sorg over tid, påvirker sosiale relasjoner (Stene, Wentzel-Larsen & Dyb, 2016). Dette representerer således et kunnskapshull på feltet, som denne studien vil belyse.

Målet med vår studie er å undersøke om det er en sammenheng mellom forlenget sorg og sosial støtte. Et særlig sentralt fokus vil være å undersøke hvordan sosiale barrierer påvirker opplevelsen av positiv sosial støtte og negative sosiale reaksjoner. Følgende hypoteser er utledet fra den litteraturen som er gjennomgått:

- H1: Personer med forlenget sorg vil ha lavere nivå av positiv sosial støtte enn personer uten forlenget sorg.
- H2: Personer med forlenget sorg vil ha høyere nivå av negative sosiale reaksjoner enn personer uten forlenget sorg.
- H3: Personer med forlenget sorg vil rapportere om høyere nivå av sosiale barrierer enn personer uten forlenget sorg.

- H4: Sammenhengen mellom forlenget sorg og positiv sosial støtte blir mediert av sosiale barrierer.

For å undersøke disse hypotesene tar denne studien utgangspunkt i en spørreundersøkelse gjennomført i 2019 ved Senter for Krisepsykologi/Universitetet i Bergen. Spørreundersøkelsen var rettet mot etterlatte som har mistet barn, søsken eller nære venner, og var fjerde datainnsamling i en studie som startet i 2013.

Metode

Denne studien er basert på forskningsprosjektet “Etterlatte foreldre, søsken og nære venner etter terrorangrepet på Utøya i 2011”. Formålet med forskningsprosjektet var å undersøke de helsemessige utfordringene assosiert med traumatiske tap, inkludert det å miste nærstående i et terrorangrep, samt behovet og tilfredsheten med den hjelpen og støtten de har fått. Studien inkluderer foreldre som mistet barn, unge voksne som mistet søsken og nære venner av dem som ble drept i terrorangrepet på Utøya. Forskningsprosjektet har et longitudinelt design, med fire datainnsamlinger: 18 mnd. (T1), 28 mnd. (T2), 40 mnd. (T3) og 96 mnd. (T4) etter terrorangrepet. Vår studie bygger på data innhentet åtte år etter terrorangrepet (T4).

Prosedyre og utvalg

Rekrutteringsprosessen til forskningsprosjektet tok utgangspunkt i den offentlig tilgjengelige listen over de 69 personene som ble drept på Utøya, og biologiske foreldre og søsken ble identifisert gjennom Sentralt Folkeregister. På de senere tidspunktene ble alle foreldre og søsken som hadde deltatt tidligere i studien spurt på ny om de ville delta. I tillegg ble etterlatte som ikke hadde deltatt tidligere også kontaktet med forespørsel om å delta.

I forbindelse med den siste datainnsamlingen fikk etterlatte foreldre og søsken tilsendt et informasjonsskriv om studien i oktober 2019, der det stod at de ville motta et spørreskjema om ca. to uker. De som ikke hadde returnert spørreskjemaet etter 10 dager, ble oppringt med

forespørsel om de hadde mottatt spørreskjemaet, og om de hadde spørsmål og eventuelt trengte hjelp med utfylling. Av totalt 201 biologiske foreldre og søsken, besvarte 122 spørreskjemaet (62%) på T4. Totalt 24 foreldre og søsken deltok i forskningsprosjektet for første gang.

Spørreskjemaet bestod av demografiske spørsmål (blant annet alder, kjønn, utdanning, sivilstatus), spørsmål om sorg og forlengede sorgreaksjoner, andre psykiske reaksjoner og plager (blant annet posttraumatiske stressreaksjoner), mestring, sosial støtte og offentlig hjelp og støtte.

Utvalget. Tabell 1 viser oversikt over sosiodemografiske og tapsrelaterede variabler hos de som deltok på siste datainnsamling (T4). Vi har begrenset kjennskap til de som ikke deltok, utover kjønn, alder og relasjon til avdøde. Utvalget bestod av etterlatte foreldre og søsken, med en snittalder på henholdsvis 57.1 år og 30.8 år. Det var 40 fedre og 48 mødre, og ni brødre og 25 søstre som deltok i studien på T4.

Skalaer

Studien er basert på responser på fire av skalaene i spørreskjemaet: sorg og forlengede sorgreaksjoner, posttraumatiske stressreaksjoner, sosial støtte og barrierer mot sosial støtte.

Sorg og sorgreaksjoner. Forlenget sorg ble målt med Inventory of Complicated Grief (ICG; Prigerson et al., 1995b). ICG består av 19 ledd, som besvares langs en fem-punkts Likert-skala, som strekker seg fra “aldri” (0) til “alltid” (4). Det gir en totalskåre fra null til 76, der høyere skåre indikerer en sterkere grad av forlenget sorg. Skalaen inkluderer ledd som blant annet “jeg tenker så mye på den døde at det er vanskelig for meg å gjøre ting som jeg vanligvis gjør”, “jeg lengter etter den døde” og “jeg føler vantro over det som hendte”. Skalaen er oversatt og validert for norske forhold med gode psykometriske egenskaper (Thimm et al., 2019). En totalskåre på ≥ 26 indikerer mulig forlenget sorg (Prigerson et al., 1995b). Cronbachs alpha var .91.

Posttraumatiske stressreaksjoner. Impact of Event Scale-Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) ble brukt for å måle posttraumatiske stressreaksjoner. Skalaen består av 22 ledd, som besvares langs en fem-punkts Likert-skala, som strekker seg fra “ikke i det hele tatt” (0) til “svært høy grad” (4). Dette gir en sumskåre fra null til 88, der høyere skåre er et uttrykk for høyere nivå av posttraumatiske plager. Skalaen inneholder ledd som blant annet “tanker om katastrofen har trent seg på også når jeg ikke har ønsket det”, “jeg har vært urolig og skvetten” og “jeg har hatt vanskelig for å falle i søvn på grunn av tanker eller bilder fra katastrofen”. IES-R består av de tre subskalaene påtrengende minner, unngåelse og kroppslig aktivering, som utgjør hovedsymptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD; Motlagh, 2010). Det eksisterer ingen entydig klinisk terskelskåre, men ≥ 33 er mye benyttet som en terskel for mulig PTSD (Creamer, Bell & Failla, 2003). Cronbachs alpha var .94. Forskning har vist en tett sammenheng mellom sorg- og traumereaksjoner (Cozza et al., 2019) og denne studien vil derfor kontrollere for posttraumatiske stressreaksjoner. Dette for å i større grad kunne skille ut det unike bidraget som forlenget sorg har på sosial støtte ved traumatiske tap.

Sosial støtte. Sosial støtte ble målt med Crisis support scale (CSS; Joseph, Williams & Yule, 1992). Skalaen består av syv ledd, og besvares langs en syv-punkts Likert-skala, som strekker seg fra “aldri” (1) til “alltid” (7). Totalskåren på skalaen rangeres fra syv til 49, der en høyere skåre indikerer høyere grad av mottatt sosial støtte. Leddene tar for seg ulike aspekter ved sosial støtte relevant i etterkant av opplevde kriser. Fem av de syv leddene, for eksempel “når du har behov for å snakke, hvor ofte er noen villig til å lytte til deg?”, utgjør mål på positiv sosial støtte. Ett ledd tapper generell tilfredshet, mens det siste leddet, “har du noen gang følt deg sviktet av mennesker som du regnet med at ville støtte deg?”, brukes som mål på negative sosiale reaksjoner (ledd 6; Andrews, Brewin & Rose, 2003). Dette leddet ble analysert separat i denne studien. Skalaen viser gode psykometriske egenskaper (Andrews &

Brown, 1988; Bødvarsdóttir & Elklit, 2004; Joseph, Williams & Iule, 1992). Cronbachs alpha var .70.

Barrierer mot sosial støtte. Sosiale barrierer ble målt med Social Barrier Scale (SBS; Thoresen et al., 2014). Skalaen består av fem ledd, som tapper faktorer som hindrer en i å ta kontakt med eller bruke sosialt nettverk som støtte. Leddene innebærer blant annet hvorvidt etterlatte lar være å søke hjelp og støtte eller prate med nettverket om hvordan de har det fordi “...de er lei av å høre om det”, “...de har det vanskelig nok selv”, eller “...de kan synes jeg er for opphengt i det som har skjedd”. Spørsmålene besvares langs en fem-punkts Likert-skala, som strekker seg fra “ikke i det hele tatt” (1) til “i meget stor grad” (5). Totalskåren på skalaen strekker seg fra null til fire, og høyere skåre indikerer høyere nivå av sosiale barrierer. Cronbachs alpha var .85.

Missing data

Det var lite missing i besvarelsene av de aktuelle skalaene. På skala for forlenget sorg var det 11 respondenter som hadde missing på ett eller flere spørsmål. På skala for posttraumatiske reaksjoner var det syv respondenter som hadde missing på ett eller flere ledd, mens det var én missing på sosial støtte. Det var to missing på skala for sosiale barrierer. Missing ble håndtert gjennom beregning av sumskårer ved å regne ut gjennomsnitt av intakte ledd ganget med antall ledd.

Forskningsetiske hensyn

Studier som har belyst respondenters opplevelse av å delta i forskning omkring tap og sorg, indikerer at etterlatte opplever deltakelsen som positiv. De rapporterer blant annet om positive erfaringer knyttet til å fortelle sin historie og håpet om at forskningen kan hjelpe andre. Det å prate om det traumatiske tapet er tydelig assosiert med sterke følelser og smerte for de etterlatte. Likevel opplever mange at det å bidra til økt kunnskap på feltet kan skape en viss opplevelse av mening i det meningsløse (Dyregrov, 2004b). Et fokus på å hindre at

etterlatte opplever potensielle negative følger av deltakelse i studien, understreker betydningen av å følge gjeldende etiske retningslinjer. Denne studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), med referansenummer 2018/2174/REK Sør-Øst. Deltakerne fikk informasjon om studien formidlet skriftlig og fylte ut et samtykkeskjema før deltakelse. De kunne trekke seg fra studien når som helst uten å begrunne dette. Kontakten med de etterlatte fulgte en nøye utarbeidet ringeinstruks som baserer seg på erfaringer fra andre studier med etterlatte (Omerov et al., 2014). Dette for å innhente informasjon på en så skånsom måte som mulig, og samtidig sikre høy grad av deltakelse.

Analyser

Deskriptive analyser ble gjennomført på alder, posttraumatiske stressreaksjoner (IES-R), forlengede sorgreaksjoner (ICG) og sosial støtte (CSS) sumskårer, mens kategoriske variabler ble analysert med frekvensanalyser. Eksempler på dette er kjønn, relasjon til avdøde, sivilstatus og utdanningsnivå, og andelene med forlenget sorg og posttraumatisk stress over klinisk terskelverdi. Videre ble bivariante sammenhenger analysert med Spearman's korrelasjoner, kji-kvadrat test (kategoriske variabler) og uavhengige *t*-tester (kontinuerlige variabler) for å sammenligne personer med og uten forlenget sorg med variablene sosiale barrierer (SBS), positiv sosial støtte og negative sosiale reaksjoner (CSS, ledd 6). Det ble også laget en deskriptiv tabell over de fem leddene i skala for sosiale barrierer inndelt etter kjønn (se Tabell 3). Eventuelle kjønnsforskjeller på sosial støtte, sosiale barrierer, forlenget sorg og posttraumatisk stress er antatt å kunne ha praktiske og kliniske implikasjoner for potensielle sosiale utfordringer hos etterlatte, og ble inkludert i våre analyser. Regresjonsanalyser ble gjennomført for å undersøke betydning av sosiale barrierer når en kontrollerer for symptomnivå og hvor mye av variasjon i positiv sosial støtte og negative sosiale reaksjoner som kan forklares av denne variabelen. Signifikansnivået ble satt til $p < 0.05$

Det ble gjennomført medieringsanalyser for å undersøke sosiale barrierer og kjønn sin innvirkning på relasjonene mellom forlenget sorg, posttraumatisk stresssymptomer og positiv sosial støtte. Tilsvarende analyser ble også gjennomført med negative sosiale reaksjoner som utfallsvariabel. Det ble videre kontrollert for gruppetilhørighet knyttet til kjønn og relasjon til avdøde, med prediksjon av både nivå og ulike relasjoner. For å øke tolkbarheten til resultatene ble prediktorene sentrert i disse modellene (Cohen, 2003). I modellene som inkluderte mediering ble barrierer spesifisert som mellomliggende variabel mellom symptomer og sosial støtte. På denne måten ga disse modellene svar på hvorvidt relasjonene fra symptomer på støtte var direkte og/eller indirekte (Kline, 2016). Siden observasjonene (data fra foreldre og barn) delvis kommer fra samme familier, er data avhengige (klustrede; Hox, Moerbeek & van de Schoot, 2018). Modellene ble spesifisert for å gi riktige standardfeil og p -verdier. Medieringsrelasjoner ble analysert med 1000 bootstrappede konfidensintervaller og oppgitt med 95% konfidensintervaller (bootstrap KI ; Cohen, 2003). Negative sosiale reaksjoner er en ordinal variabel og ble derfor definert som kategorisk i Mplus (Wang & Wang, 2012), dette gir ordinal regresjon. Data ble analysert ved bruk av Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25 og Mplus 8.6.

Resultater

Resultatene viser at 60.7% av etterlatte foreldre og søsken skårer over det som tilsvarer klinisk terskelverdi for forlenget sorg åtte år etter terrorangrepet. I tillegg skårer 45.9% av utvalget over terskelverdien på posttraumatiske stressreaksjoner. Tabell 2 viser symptomskårer, sosiale barrierer og nivå på sosial støtte hos etterlatte med og uten forlenget sorg. De som skårer over terskelverdien på forlenget sorg, skårer også høyere på posttraumatiske stressreaksjoner og skala for sosiale barrierer, og lavere på sosial støtte og negative sosiale reaksjoner enn de uten forlenget sorg. Forskjellene var signifikante ($p < .001$) for samtlige skalaer, med unntak av for negative sosiale reaksjoner ($p = .064$).

Korrelasjonsanalyser (Tabell 4) viser at alle sammenhengene er statistisk signifikante. Ifølge regresjonsanalyser (Tabell 5) ser sosiale barrierer ut til å være variabelen med størst innvirkning på sosial støtte. Sosiale barrierer medierer relasjonene mellom både forlenget sorg og sosial støtte, og posttraumatisk stress og sosial støtte (Figur 1). Det samme gjelder for negative sosiale reaksjoner som utfallsmål (Figur 2).

Forlengede sorgreaksjoner

En høyere andel foreldre (65.9%) enn søsken (52.9%) skårer over terskelverdien på forlenget sorg. Denne forskjellen var ikke statistisk signifikant ($\chi^2 = 2.24, p = .185$). Gjennomsnittsskåre for hele utvalget var 30.8 ($SD = 12.3$), for foreldre 31.8 ($SD = 13.1$) og for søsken 28.0 ($SD = 13.0$). *T*-test viste at forskjellen i skåre på forlenget sorg for foreldre og søsken ikke var signifikant ($t(120) = 1.4, p = .152$). Flere kvinner (69.9%) enn menn (51.0%) skårer over terskelverdien på forlenget sorg ($p = .035$). Gjennomsnittsskåre for kvinner var 33.3 ($SD = 12.6$) og for menn 27.0 ($SD = 13.1$). *T*-test viste at forskjellen mellom kjønn i skåre på forlenget sorg var statistisk signifikant ($t(120) = -2.6, p = .009$).

Posttraumatiske stressreaksjoner

Gjennomsnittsskåre for utvalget var 30.4 ($SD = 18.3$) på posttraumatiske stressreaksjoner. Gjennomsnittsskåre for foreldre var 31.3 ($SD = 17.3$) og for søsken 27.9 ($SD = 20.7$). *T*-test viste at forskjellen i skåre på posttraumatisk stress for foreldre og søsken ikke var statistisk signifikant ($t(120) = 0.9, p = .362$). Flere kvinner (52.1%) enn menn (36.7%) skårer over terskelverdien på posttraumatisk stress, men forskjellen var ikke statistisk signifikant ($p = .096$). Gjennomsnittsskåre var 33.3 ($SD = 18.0$) for kvinner og 25.9 ($SD = 17.9$) for menn. *T*-test viste at denne forskjellen var statistisk signifikant ($t(120) = -2.2, p = .028$).

Sosial støtte og sosiale barrierer

Gjennomsnittlig skåre på sosial støtte for hele gruppen var 21.9 ($SD = 6.2$), 22.0 ($SD = 6.4$) for kvinner og 21.7 ($SD = 5.9$) for menn. Denne forskjellen var marginal og ikke statistisk signifikant ($t(120) = -0.2, p = .817$). Tabell 3 viser at sosiale barrierer var relativt vanlig i utvalget, og viser hvilke sosiale barrierer som rapporteres av kvinner og menn. Totalt 94.3% rapporterte om opplevelsen av én eller flere sosiale barrierer. Gjennomsnittsskårer viser at barrierene “...de er lei av å høre om det” ($M = 2.1, SD = 1.2$) og “...de som ikke er rammet av 22.juli-hendelsene ikke kan forstå meg” ($M = 2.1, SD = 1.3$) er hyppigst rapportert. Gjennomsnittlig rapporterte kvinner ($M = 2.0, SD = 0.9$) i større grad enn menn ($M = 1.6, SD = 1.0$) om dette ($p < 0.05$). Sammenlignet med menn, skåret flere kvinner ”i stor grad” eller ”i meget stor grad” på samtlige fem ledd. Forskjellene var statistisk signifikante kun for leddene “de er lei av å høre om det” ($p = .006$) og “de har det vanskelig nok selv” ($p = .008$).

Korrelasjoner

Tabell 4 viser sammenhengen mellom utfallsvariabelen sosial støtte og negative sosiale reaksjoner, og prediktorene forlenget sorg, posttraumatiske stressreaksjoner og sosiale barrierer. Sosial støtte er negativt korrelert med sosiale barrierer, forlenget sorg og posttraumatiske stressreaksjoner. Negative sosiale reaksjoner er negativt korrelert med sosial støtte og positivt korrelert med sosiale barrierer, forlenget sorg og posttraumatiske stressreaksjoner. Resultatene viser også en positiv korrelasjon mellom sosiale barrierer og forlenget sorg.

Multipel regresjon

Tabell 5 viser resultater fra multipel regresjonsanalyse med sosial støtte som avhengig variabel og sosiale barrierer, forlenget sorg og posttraumatiske stressreaksjoner som prediktorer (Modell 1), og med justering for kjønn og relasjon til avdøde (Modell 2). Tabellen viser ustandardiserte (b) og standardiserte (β) regresjonskoeffisienter. Det er de sosiale

barrierene som har sammenheng med sosial støtte, også når vi kontrollerer for forlenget sorg, posttraumatisk stress, relasjon til avdøde og kjønn.

Mediering

I modellen vist i Figur 1, fant vi ingen statistisk signifikant direkte sammenhenger mellom forlenget sorg og sosial støtte ($p = .553$) eller mellom posttraumatiske stressreaksjoner og sosial støtte ($p = .079$). Vi finner en positiv statistisk signifikant sammenheng mellom sosiale barrierer og sosial støtte ($p = .024$). Videre ble barrierer predikert av både posttraumatisk stress og forlenget sorg ($p = .036$ og $p = .025$). De indirekte relasjonene fra forlenget sorg på sosial støtte via sosiale barrierer var $b_{b1*b5} = -0.03$ (bootstrap konfidensintervall KI : -0.10, -0.001) og fra forlenget sorg på sosial støtte via sosiale barrierer: $b_{b2*b5} = -0.04$ (bootstrap KI : -0.08, -0.001).

Modellen viser således at sosiale barrierer medierer den statistiske effekten av forlenget sorg og posttraumatiske stressreaksjoner på sosial støtte. Forlenget sorg og posttraumatisk stress er på denne måten indirekte relatert til sosial støtte. Forklart varians var sterkere for sosiale barrierer enn for sosial støtte (35% versus 17%). Modellen ble så utvidet til å inkludere kjønn, med både prediksjon av nivå og ulike relasjoner for kvinner og menn. Resultatene viste at relasjonene mellom posttraumatiske stressreaksjoner og forlenget sorg på sosiale barrierer var lik for kvinner og menn, og at relasjonene på sosial støtte også var like for begge kjønn (laveste p -verdi: $p > .266$).

Modellen (se Figur 1) viser forlenget sorg og posttraumatiske stressreaksjoner som prediktorer, sosiale barrierer som mellomliggende variabel og sosial støtte som avhengig variabel. Standardiserte regresjonskoeffisienter (β) gitt i parentes.

Figur 2 viser tilsvarende medieringsmodell som vist over. Denne viste at barrierer også fungerte som en mellomliggende variabel mellom forlenget sorg og negative sosiale reaksjoner (indirekte relasjon: $b = 0.01$; KI : 0.001, 0.02). Videre fant vi en indirekte relasjon

mellom posttraumatiske stressreaksjoner og negative sosiale reaksjoner via sosiale barrierer (indirekte relasjon: $b = 0.01$; $KI: 0.001, 0.02$).

Både posttraumatiske stressreaksjoner, forlenget sorg og sosiale barrierer ble funnet å være statistisk signifikant forhøyet hos kvinner i forhold til menn (IES: $b = 7.39, p = .013$; ICG: $b = 6.26, p = .008$; Barrierer: $b = 3.85, p = .015$).

Diskusjon

Denne studien undersøker sammenhengen mellom forlenget sorg, sosiale barrierer og sosial støtte. Studien presenterer to hovedfunn.

For det første at etterlatte etter terrorangrepet rapporterer om store sorg- og traumerelaterte plager, i tillegg til sosiale utfordringer, åtte år etter hendelsen. Over halvparten av utvalget skårer på eller over terskelverdien for forlenget sorg, og nesten halvparten skårer på eller over terskelverdien for posttraumatisk stress. Forekomsten av forlenget sorg og posttraumatisk stress er marginalt høyere blant foreldre, sammenlignet med søsken. Flere kvinner i utvalget rapporterer om høy forekomst av forlengede sorgreaksjoner og posttraumatisk stress, sammenlignet med menn. Store deler av utvalget opplever begrenset sosial støtte, og kvinner noe mer enn menn. Etterlatte med forlenget sorg rapporterer om større opplevelse av posttraumatiske stressreaksjoner, flere sosiale barrierer og lavere nivå av sosial støtte, sammenlignet med de som ikke rapporterer om forlenget sorg. Med dette støttes H1 om at personer med forlenget sorg vil ha lavere nivå av sosial støtte enn personer uten slike plager. Vi finner ikke at de som har forlenget sorg også opplever større grad av negative sosiale reaksjoner enn de uten forlenget sorg. Dermed finner vi ikke støtte for H2. Lundorff et al. (2017) finner at omtrent én av 10 utvikler forlengede sorgreaksjoner i etterkant av en tapsopplevelse. Våre funn støtter forskning som peker på at forekomsten av forlenget sorg er høyere dersom dødsfallet er unaturlig, da spesielt etter menneskeskapte hendelser som drap

og terror (Djelantik et al., 2020). Det er derfor ikke unaturlig at forekomsten av forlenget sorg er høy i dette utvalget.

Studiens andre hovedfunn er at nesten alle i utvalget rapporterer om en viss grad av opplevde sosiale barrierer. Videre at sosiale barrierer medierer relasjonen mellom forlengede sorgreaksjoner og posttraumatiske stressreaksjoner på den ene siden, og positiv sosial støtte på den andre siden. Dette indikerer altså at det, i tråd med problemstillingen, er en sammenheng mellom forlenget sorg, sosiale barrierer og sosial støtte, og at sosiale barrierer spiller en særlig viktig rolle i denne sammenhengen. Vi finner at personer med forlenget sorg rapporterer om flere sosiale barrierer enn de uten forlenget sorg. Barrierer knyttet til en frykt for at nettverket er lei av å høre om det som har skjedd, samt at de som ikke er rammet av 22. juli-hendelsene ikke kan forstå, er de hyppigst rapportert sosiale barrierene blant etterlatte. Denne studien støtter tidligere forskning som viser at sosiale barrierer er fremtredende hos etterlatte etter traumatiske tap, med større forekomst blant kvinner (Thoresen et al, 2014). Vi finner ikke en direkte relasjon mellom verken forlenget sorg og sosial støtte eller posttraumatisk stress og sosial støtte. En indirekte relasjon, via sosiale barrierer, gjør seg for øvrig gjeldende, et funn som støtter H4 om sosiale barrierer som medierende faktor. Det samme gjelder for opplevelsen av negative sosiale reaksjoner. Etterlatte som opplever mye negative sosiale reaksjoner, ser også ut til å oppleve mange sosiale barrierer. Dette betyr at sosiale barrierer ser ut til å være en mekanisme som kan bidra til å forklare forholdet mellom sterke reaksjoner etter tap og vansker med å nyttiggjøre seg sosial støtte fra nettverket. Vi finner altså at det ikke er forlenget sorg og traumereaksjoner som gir seg utslag i redusert sosial støtte, men at det er sosiale barrierer som har betydning for opplevelsen av den sosiale støtten.

I tillegg til disse hovedfunnene peker studien på kjønnsforskjeller. Kvinner rapporterer om større plager knyttet til posttraumatisk stress, forlenget sorg og flere sosiale barrierer enn

menn. Kvinner rapporterer hyppigere enn menn om barrierer knyttet til at nettverket er lei av å høre om hendelsen og at de har det vanskelig nok selv. Funnene viser også en marginal forskjell mellom kvinner og menn når det gjelder opplevd sosial støtte. Til tross for at denne forskjellen ikke er statistisk signifikant, kan den reflektere en mulig tendens, som gir grunnlag for diskusjon omkring mulige årsaker til forskjeller mellom kjønn. Det understrekes imidlertid at det knyttes større usikkerhet til dette funnet, og en bør derfor være varsom med generalisering av funnet.

Sammenhengen mellom forlenget sorg og sosial støtte

Sosiale barrierer ser ut til å være en nøkkelfaktor i sammenhengen mellom forlenget sorg og sosial støtte. Ulike forklaringer kan være knyttet til hvorfor vi ikke finner en direkte sammenheng mellom det å streve med forlenget sorg og opplevelsen av sosial støtte. En mulig forklaring på dette kan være knyttet til at etterlatte sine behov for støtte, som for eksempel emosjonell og instrumentell støtte, kan endre seg over tid. Dette kombinert med nettverket sine forventninger knyttet til hvilken hjelp som skal gis. Dersom det er språk mellom etterlattes og nettverkets oppfatning av behov for støtte, kan det tenkes at etterlatte ikke opplever den støtten som blir gitt som tilfredsstillende. Et slikt språk kan fremkomme eksempelvis ved at nettverket tilbyr praktisk hjelp til etterlatte som egentlig opplever et behov for trøst og omsorg.

Det kan også se ut til å være et skille mellom etterlattes sorgreaksjoner og nettverkets tanker om hva som kjennetegner en naturlig sorgprosess. Myter om sorg, inkludert ”tiden leger alle sår” og ”vi skal ikke rippe opp i sorgen”, samt oppfatninger om at sorgen går over i løpet av en viss tid etter tapet, kan påvirke nettverkets forventninger til etterlattes sorgprosess. Dette blir gjenspeilet også i diagnosemanualene, som åpner for diagnostisering av forlenget sorg etter seks måneder eller ett år. De nevnte myter og forventninger ser ut til å stride imot våre funn, som viser at mange etterlatte opplever sterke reaksjoner, selv åtte år etter tapet.

Med sterke reaksjoner kan det følge et behov for støtte i lang tid etter tapet, noe som nettverket grunnet sine forventninger til sorgprosessen ikke nødvendigvis er klar over. Dette impliserer at det kan være en uoverensstemmelse mellom den støtten som blir gitt fra nettverket og hvordan den blir opplevd av den etterlatte. For eksempel kan nettverket slutte å prate om den avdøde ett år etter tapet, grunnet forventninger om at sorgen har avtatt. Dette kan muligens stride imot etterlattes vedvarende behov for å prate om tapet, som kan oppleve støtten som lite tilfredsstillende.

Sosiale barrierer som mediator

Etterlatte med forlengede sorgreaksjoner rapporterer om høyere nivå av sosiale barrierer enn de uten forlenget sorg, noe som støtter H3. Dette kan være assosiert med begrenset tilgjengelig sosial støtte, samt vansker med å bruke nettverket. En mulig forklaring på dette er at etterlatte, som fortsatt strever med slike reaksjoner, kan slite med å benytte seg av de ressursene som finnes rundt dem. Dette støtter sosial seleksjonsteori (Kaniasty & Norris, 2008), ved at forlenget sorg blir manifestert i mindre tilfredsstillende nettverksstøtte. En kan også tenke at tapets natur kan øke opplevelsen av at ingen kan forstå hvordan de etterlatte har det i sorgen. Angrepet er distinkt fra noe annet norske innbyggere har opplevd i Norge i fredstid. Hendelsens ekstreme og uvanlige karakter kan muligens styrke opplevelsen av at de som ikke var direkte rammet faktisk ikke har forutsetninger for å forstå. Hendelsene blir beskrevet som et angrep på demokratiet og en nasjonal tragedie, og det ble erklært landesorg den påfølgende tiden. Uker, måneder og år med mediedekning og stadige påminnere og markeringer har fulgt. Dette har gjort at angrepet har kommet tett på den norske befolkningen. Den enorme informasjonsflyten kan dermed tenkes å øke nettverkets forutsetninger for å forstå og for å gi passende støtte. Likevel rapporterer mange etterlatte fortsatt om at de lar være å snakke hendelsen med sitt nettverk. Dette fordi de som ikke var direkte rammet av terrorangrepet ikke kan forstå hvordan de har det. En annen mulig

forklaring kan være at nettverket opplever det som utfordrende å hjelpe noen som befinner seg i en svært belastende livssituasjon. Dette kan potensielt skape en avstand mellom etterlatte og nettverket.

Utfordringer knyttet til sosiale barrierer understreker det relasjonelle aspektet ved sorg. Etterlattes negative tolkninger av andres reaksjoner på deres sorguttrykk, vil være av betydning for interaksjonen med nettverket. Mange etterlatte rapporterer for eksempel om at de unngår å snakke om det som har skjedd fordi de tenker at nettverket er lei av å høre om det. Etterlattes opplevelse av sosiale barrierer og eventuelle unngåelse fra nettverket, vil videre kunne påvirke nettverkets reaksjoner. Dette kan skape en distanse mellom etterlatte og nettverket, noe som kan medføre utfordringer i det sosiale samspillet. På denne måten påvirker begge parter atferd og tanker hverandre, og dermed også utfallet av sosial støtte. Effekten av sosial støtte virker altså å være påvirket av relasjonelle faktorer mellom etterlatte og nettverket, i tråd med RRT (Lakey & Orehek, 2011).

I samsvar med nyere forskning sitt fokus på relasjonelle aspekter ved sorg (Stroebe & Schut, 2015), kan det være interessant å drøfte effekten av sosial støtte på samfunnsnivå. Terrorangrepet på Utøya kan beskrives som et nasjonalt traume. I tillegg til de som opplevde hendelsene direkte, samt deres nærstående, opplevde store deler av befolkningen for øvrig også sterke reaksjoner på hendelsen, deriblant brudd på tidligere opplevelse av Norge som et trygt land å bo i. Dette understreker betydningen av å se konsekvensene av terrorangrepet og sorgen i en sosial kontekst, og ikke minst å inkludere samfunnet i denne konteksten. Offentlige minnemarkeringer, rosetog og medias dekning av saken, kan være støttende for berørte og etterlatte. Sosial støtte fra samfunnet kan potensielt ha samme buffereffekt som sosial støtte fra det nærmere nettverket. Det vi finner om forholdet mellom nettverksstøtte, sosiale barrierer og utfallet av sosial støtte, kan imidlertid tenkes å være relevant ved støtte på samfunnsnivå. På dette grunnlag kan samfunnets forsøk på å gi støtte, som ikke blir hindret av

sosiale barrierer, potensielt ha en mer positiv effekt på sosial støtte, enn de forsøk som hindres av barrierer.

Faktorer som ensomhet og stigmatisering kan også påvirke interaksjonen mellom etterlatte og nettverket, og gjøre sosial støtte mindre tilgjengelig og vanskeligere å benytte seg av (Dyregrov & Dyregrov, 2011; Eisma, 2016). I tråd med hva forskning, myter og diagnosemanualer predikerer, forventer gjerne samfunnet at etterlatte skal ha sterke reaksjoner rett etter tapet, men at disse skal avta i løpet av et år. På dette grunnlag kan etterlattes forlengede sorgreaksjoner være et uttrykk for at en ikke har tilpasset seg til sorgen slik nettverket og samfunnet forventer. Dette kan påvirke både andres og etterlattes oppfatning av deres sorguttrykk, og kan potensielt medføre selv-stigmatisering og offentlig stigmatisering. Dette i tråd med Carpiniello & Pinna (2017) som belyser stigmatisering som vanlig i møte med psykiske helseutfordringer, og at mennesker med slike utfordringer anses som emosjonelt ustabile, mindre varme og åpne, og mer sensitive i møte med andre (Eisma, 2016). En distanse mellom etterlatte og nettverket kan vanskeliggjøre sosial støtte ved at den blir mindre tilgjengelig og vanskeligere å bruke for etterlatte. Med bakgrunn i dette kan ensomhet og stigmatisering også se ut til å fungere som barrierer mot sosial støtte ved å komplisere interaksjonen mellom etterlatte og deres nettverk.

Bearbeider kvinner og menn tap på ulike måter?

Resultatene tyder på at kvinner rapporterer om flere sosiale barrierer, noe mindre sosial støtte, samt høyere nivå av posttraumatisk stress og forlenget sorg enn menn. En mulig forklaring på dette kan være at kvinner opplever å ha det verre enn menn i etterkant av traumatiske tap. Dette impliserer at det å være kvinne kan være en risikofaktor for utvikling av forlengede sorgreaksjoner og uheldige sosiale utfall etter tap. I tråd med dette støtter våre resultater studier som indikerer at det å være kvinne er en risikofaktor for utvikling av forlengede sorgreaksjoner (Kersting et al., 2010). Kjønn er dermed viktig å være bevisst på

ved oppfølging av etterlatte etter traumatiske tap. Det er imidlertid vanskelig å avgjøre hvorvidt kvinner reagerer sterkere på eller har større negative utfordringer etter slike tap enn menn basert på kun ett spørreskjema. Det å besvare et spørreskjema knyttet til sorg innebærer at en må rapportere om sitt eget følelsesliv. I forlengelsen av dette kan en antagelse være at kvinner har lettere for å svare åpent og ærlig på denne typen spørsmål. En annen årsak til kjønnsforskjellene kan være at kvinner i større grad kjenner seg igjen i de symptomene som spørreskjemaet belyser. Det kan for eksempel være at resultatene hadde sett annerledes ut dersom spørsmålene hadde handlet om andre tema, som menn kjenner seg bedre igjen i. En kan på bakgrunn av dette stille spørsmålsteget ved om spørreskjemaet er sensitivt nok til å fange opp mangfoldet i de reaksjoner som menn opplever i etterkant av traumatiske tap.

En annen tolkning av kjønnsforskjellene kan være at menn underrapporterer eventuelle vansker i forbindelse med tapet. Det kan være flere årsaker til dette. Én årsak kan være manglende samsvar mellom samfunnets forventninger til sorguttrykk og menns faktiske reaksjoner etter et tap. En slik uoverensstemmelse kan bidra til selv-stigmatisering, som kan gjøre det vanskelig å svare ærlig på et spørreskjema. Dette kan innebære at menn med sterke reaksjoner opplever et behov for å holde tilbake følelser knyttet til tapet. En annen mulig årsak kan være at menn har fått responser på egne sorguttrykk, som gjør at de uttrykker mindre sorg. De kan ha møtt forventninger fra andre i sitt sosiale nettverk om hvordan de bør sørge, som strider imot måten de selv føler at er riktig å sørge på. En antatt allmenn forståelse av at en må avreagere og å jobbe seg gjennom tap, samsvarer med tidlig forståelse av sorgbearbeiding som nødvendig (Bonanno & Field, 2001). Menn med få reaksjoner i etterkant av tap kan møte forventninger om behov for avreagering. De kan i slike tilfeller oppleve manglende samsvar mellom andres forventninger og deres egen opplevelse av sorgen. Nettverkets forsøk på å gi støtte kan i slike tilfeller bli ansett som negative. Videre kan manglende intense og vedvarende sorgreaksjoner potensielt bidra til at nettverket gir mindre

støtte, da de kan tenke at den etterlatte ikke har behov for støtte. For menn kan dette i neste omgang resultere i at de ikke får støtten de ønsker eller forventer, og at de føler seg sviktet av nettverket. Nyere funn belyser hvordan fraværet av reaksjoner ikke nødvendigvis er assosiert med dårligere tilpasning til tapet. Bonanno sin utviklingsbane, kalt resiliens, er kjennetegnet av få reaksjoner gjennom sorgprosessen og blir assosiert med god tilpasning (Bonanno, 2004). Det er på dette grunnlag viktig å understreke at et fravær av sorgreaksjoner hos menn, og andre med få sorguttrykk, kan være et uttrykk for resiliens, heller enn en unngåelse av en nødvendig avreagering.

Kvinner rapporterer hyppigere om barrierer, som at nettverket er lei av å høre om hendelsen og at nettverket har det vanskelig nok selv. Det kan være at kvinners behov generelt sett er større enn menn sine, noe som stiller høyere krav til nettverket. Dette kan også bidra til å forklare at kvinner rapporterer om større vansker knyttet til forlenget sorg. Et kjennetegn ved forlenget sorg er at den etterlatte kan bli opphengt i tapet og den avdøde (Killikelly, Smid, Wagner & Boelen, 2021). Dette kan medføre et stort behov for å prate om den avdøde, dødsfallet og livet uten den en har mistet. Videre kan dette påvirke etterlattes opplevelse av og nettverkets evne til å gi sosial støtte. Et vedvarende fokus på negative aspekter ved tapet, sorgen og hendelsen har vist seg å bidra til at nettverket blir mindre tilbøyelig til å gi sosial støtte (Nolen-Hoeksema, 2001). Én mulig årsak til dette kan være at nettverket kan ha utfordringer med å stille opp over lang tid. Dette til tross for at etterlatte som er opphengt i tapet, kan kjenne et ekstra stort behov for sosial støtte, og være mindre tilfreds med den støtten som mottas. Dette kan videre forsterke negative emosjoner knyttet til tapet (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999). Etterlatte kan på denne måten se ut til å bli stående fast i en tapsorientering (Stroebe & Schut, 2010), uten at nettverket er i stand til å gi den støtten som de har behov for. Kvinner og menn har kanskje ulike preferanser knyttet til type støtte, og menn foretrekker muligens en form for støtte som er lettere for nettverket å gi.

Kvinnerns potensielle erfaring med mangel på samsvar mellom behov for støtte og tilbud om støtte, kan resultere i utvikling av flere sosiale barrierer. De negative opplevelsene i møte med nettverket kan med andre ord komplisere interaksjonen, for både kvinner og menn.

Mekanismene beskrevet ovenfor kan på dette grunnlag også bidra til å forklare hvorfor så store deler av utvalget opplever sterke plager i etterkant av terrorangrepet.

Disse kjønnsforskjellene ser ut til å stride imot en allmenn forståelse av kvinner som flinkere til å benytte seg av støtte fra nettverket og til å snakke om følelsene sine. Våre funn strider også imot tidligere forskning, som viser at kvinner mottar og oppsøker sosial støtte og møter de vanskelige følelsene i større grad enn menn (Folkman & Lazarus, 1980), og at de har en mer effektiv pendling mellom taps- og nyorientering (Stroebe, Stroebe & Schut, 2001). Vårt utvalg består av etterlatte etter traumatiske tap av barn eller søsken. Dette skiller seg fra Folkman & Lazarus (1980), som ser på tap generelt, og Stroebe, Stroebe & Schut (2001), som ser på tap av ektefelle. Situasjonelle og relasjonelle aspekter ved tap etter terrorangrepet på Utøya bidrar derfor muligens til å forklare disse motstridende funnene.

Vansker i interaksjon med nettverket, eksempelvis knyttet til samfunnets forventninger, negative erfaringer i møte med nettverket og variasjon i sorguttrykk kan også gjøre seg gjeldende for å forklare hvorfor utvalget generelt opplever såpass store sorg- og traumerelaterte plager, samt sosiale utfordringer etter tapet.

Kliniske implikasjoner

Det å vite noe om sammenhengen mellom forlenget sorg, sosiale barrierer og sosial støtte vil være hensiktsmessig ved utarbeidelse og bruk av tiltak i psykologisk behandling. Dette kan bidra til en bedre forståelse for hvordan det profesjonelle hjelpeapparat kan bistå etterlatte, som potensielt har et stort behov for støtte i lang tid etter tapet. Forskning tyder på at god sosial støtte kan gi bedre helsemessige utfall knyttet til sorgen, noe som understreker viktigheten av å rette fokus mot dette i behandling (Thoits, 2011). Fokuset vil i denne

forbindelse være intervensjoner som optimaliserer den sosiale støtten hos de med forlengede sorgreaksjoner. Dette kan en gjøre ved å hjelpe etterlatte til å nyttiggjøre seg av tilgjengelig støtte, men også ved å hjelpe dem med å tilrettelegge for at nettverket kan forstå hvilken støtte de har behov for.

Kunnskap om skillet mellom naturlig og patologisk sorg, samt effektiv diagnostisering, kan bidra til å øke sannsynligheten for å gi rask og riktig behandling. Det vil derfor være viktig å avdekke hvorvidt pasienten strever med forlenget sorg. Forskning på risikofaktorer kan bidra til større kunnskap om hvilke etterlatte som står i særlig risiko for utvikling av forlengede sorgreaksjoner, og følgelig også hvem man bør rette forebyggende intervensjoner mot. Forskning har belyst flere statiske risikofaktorer for forlenget sorg, som unaturlige dødsfall, kjønn og å miste et barn (Holland & Neimeyer, 2011; Neria et al., 2007). Et hovedfunn i denne studien er at sosiale barrierer er assosiert med forlengede sorgreaksjoner. Noe som skiller sosiale barrierer fra de andre nevnte risikofaktorene er at de er foranderlige. En antakelse om at sorg foregår i en sosial kontekst, og at sosiale barrierer kan forringe sorgprosessen, understreker fordelene med å rette terapeutiske intervensjoner mot nettopp sosiale barrierer.

I møte med pasienter med forlenget sorg, vil det videre være viktig å kartlegge potensielle barrierer og nettverksfaktorer. Nettverksfaktorer, som hvem nettverket består av, hvilken hjelp som gis, om støtte er tilgjengelig, samt evne til å nyttiggjøre seg av nettverket, er sentrale. Det blir i denne sammenheng også viktig å adressere hvilke mekanismer som blir spilt ut i familien og i nettverket, som kan fasilitere eller hemme individets tilpasningsprosess. Etterlatte som opplever mange barrierer ser i større grad ut til å unngå sosiale interaksjoner og å vise følelser knyttet til tapet, samt å snakke om sorgen. Negative tanker og følelser overfor nettverket er ikke nødvendigvis ensbetydende med at nettverket faktisk er lei av å høre om det som har skjedd. Det kan derfor være viktig å utforske og å utfordre slike tanker. Etterlatte kan

i samråd med en terapeut utforske hva som taler for og imot slike tanker, og kan utfordre sin egen måte å møte dem på. Mekanismene en finner i forlenget sorg, slik som unngåelse, er i litteraturen sammenlignet med de man finner ved sosial angst (Hirsch & Clark, 2004). Smith et al. (2020) vektlegger hvordan emosjonell unngåelse kan oppstå i sosiale sammenhenger på bakgrunn av forventninger om hva andre tenker om deres sorg. Etterlattes tendens til unngåelse bidrar til færre positive, korrigerende erfaringer med nettverket. På denne måten kan de sosiale barrierene opprettholdes. Behandlingsintervensjoner rettet mot sosial angst kan følgelig også ha effekt på de sosiale barrierene knyttet til forlenget sorg. Dette kan for eksempel innebære å utfordre negative tanker og følelser om at andre ikke vil forstå, eller å eksponere pasienten systematisk for tanker, følelser, atferd eller situasjoner som unngås. Dette beskriver noen kjernekomponenter ved kognitiv behandling av angst (Clark og Wells, 1995).

Det må også understrekes at det kan være krevende for nettverket å være støttespillere for etterlatte i krise. På dette grunnlag kan det tenkes at det er en viss grad av sannhet i etterlattes opplevelse av sosiale barrierer. Dette særlig når sorgen blir patologisk, som blir preget av at etterlatte blir sittende fast i en vedvarende lengsel og overopptatthet av avdøde, gjennomgripende tristhet, i tillegg til vansker med å akseptere tapet. Et resultat kan være at relasjonen blir ensporet, med mye fokus på tapet og med lite plass til andre. Flere forskere har i tråd med dette foreslått vansker med emosjonsregulering som en viktig faktor knyttet til forlenget sorg (Gupta & Bonanno, 2011; Shear, 2012). Emosjonsregulering handler om å håndtere stress, uro og vonde følelser på en hensiktsmessig måte. Det innebærer en evne til å tilpasse styrke og varighet på uttrykkelsen av følelser i ulike situasjoner (Plessen & Kabicheva, 2010). Det er naturlig å oppleve vonde følelser i etterkant av tap, og arbeid med disse kan være et sentralt fokus i terapi. Arbeid med hvordan etterlatte regulerer sine emosjoner i møte med nettverket kan derfor være aktuelt.

Grubling rundt aspekter ved tapet har blitt sett på som en uheldig mestringsstrategi og måte å regulere emosjoner på, og utgjør en risikofaktor for utvikling av forlenget sorg (Eisma & Stroebe, 2021). Grubling henger sammen med kognitiv og emosjonell unngåelse (Dickson, Ciesla & Reily, 2012), blant annet ved at en unngår å tenke på og å akseptere dødsfallet (Stroebe et al., 2007). Unngåelse kan dermed være en potensiell barriere mot å nyttiggjøre seg av den sosiale støtten en får fra nettverket. I slike tilfeller kan det også være effektivt å benytte distraherende og belønnende aktiviteter (Eisma & Stroebe, 2017), for å fasilitere nyorientering i sorgprosessen. Metakognitive teknikker, slik som frakoblet oppmerksomhet, for å lære seg å observere tanker heller enn å gå inn i dem, kan også være nyttig i denne sammenheng (Wells, 2009).

Kommunikasjon blir fremhevet som en konstruktiv mestringsstrategi for å håndtere tap (Dyregrov & Dyregrov, 2007; Lipp et al., 2020). Derfor kan kommunikasjon være et viktig terapeutisk fokusområde. Kommunikasjon omkring sosiale barrierer og hva som kan fremme opplevelsen av god sosial støtte, kan være assosiert med bedre fungering. Både etterlatte og nettverket kan bidra til å optimalisere den sosiale støtten. Etterlatte kan bidra med signaler om hvordan de ønsker å bli møtt, og nettverket kan være åpne om usikkerheten det medfører å skulle hjelpe noen i krise. Forskning viser at etterlatte som gir nettverket tilbakemelding på støtten opplever større nytteverdi av den (Dyregrov & Dyregrov, 2007). På denne måten kan man gjennom terapi indirekte påvirke den sosiale støtten etterlatte opplever. Dette underbygger viktigheten av å se sorg i en sosial kontekst, og belyser hvordan sosiale prosesser kan påvirke effekten av sosial støtte.

Man kan også involvere nettverket direkte i terapi. Pårørendegrupper, familiesamtaler eller gruppeterapi med likesinnede kan være en god måte å jobbe på for å effektivisere interaksjonen mellom etterlatte og nettverket i forbindelse med et tap. Det kan dessuten være avklarende for både etterlatte og nettverket å få psykoedukasjon omkring ulike måter å

tilpasse seg sorgen, naturlige reaksjoner, i tillegg til den komplekse interaksjonen som kan oppstå mellom partene. Toprosessmodellen til Stroebe og Schut (2010; 2015) være et godt visuelt verktøy i denne sammenheng. Modellen kan gi implikasjoner for hvordan både etterlatte og nettverket kan bidra i sorgprosessen, ved å tilrettelegge for både det å oppsøke sorgen og å fortsette livet uten den avdøde.

Videre kan det være hensiktsmessig å formidle kunnskap om naturlige og forlengede sorgreaksjoner til den generelle befolkningen, samt om hvordan nettverket kan bidra i prosessen. Folkeopplysning kan bidra til å skape gode og støttende nettverk, ved at nettverket får en bedre forståelse for hva som kan bidra til at etterlatte opplever støtten som god. Ulike offentlige medier kan være viktige plattformer for å formidle slik kunnskap. Fredag 23. april 2021 hadde TV-programmet "Senkveld" et innslag med komiker Nils-Ingar Aadne og politiker Jonas Gahr Støre. Aadne, som mistet sin kjæreste i et plutselig dødsfall i 2018, forteller blant annet om hvordan han klarte å gå videre med sorgen, tross intense reaksjoner i perioden etter tapet. Han peker på viktigheten av å tillate seg å være glad og å fortsette livet, selv om han også kjenner på savn og lengsel etter den kjæreste han hadde. Dette kan reflektere en hensiktsmessig pendling mellom taps- og nyorientering. Støre peker i samtalen på at han har opplevd hvordan etterlatte etter Utøya håndterer, tilpasser seg og mestrer sorgen på ulike måter, og viktigheten av å tolerere et slikt mangfold (TV 2, 2021, 30:00-39:18). Slike TV-innslag kan nyansere eksisterende forventninger og normer knyttet til sorg, og kan i beste fall bidra til et mer konstruktivt samspill mellom etterlatte og nettverket.

Metodiske begrensninger

Denne studien er en del av et større, longitudinelt forskningsprosjekt. Vi har kun tatt utgangspunkt i data innhentet på ett tidspunkt, noe som innebærer at vi ikke kan trekke kausale slutninger basert på våre resultater. Vi finner en sammenheng mellom sosiale barrierer og sosial støtte, uten å kunne konkludere med retningen på denne sammenheng,

det vil si om høy grad av sosiale barrierer gir reduksjon i opplevd sosial støtte, eller om mye sosial støtte reduserer sannsynligheten for sosiale barrierer. Det samme gjelder forholdet mellom forlenget sorg og sosiale barrierer. Én forklaring kan være at forlenget sorg medfører økte sosiale barrierer, en annen kan være at sosiale barrierer gir større sannsynlighet for forlengede sorgreaksjoner. Unngåelsen som er knyttet til de sosiale barrierene, kan enten være grobunn for eller et resultat av forlengede sorgreaksjoner.

Skala for sosiale barrierer ble utviklet for dette forskningsprosjektet, og har ikke blitt utforsket i andre utvalg. ICG og IES brukes som mål på henholdsvis forlenget sorg og posttraumatisk stress. Det må i denne sammenheng påpekes at skårer over terskelverdi på disse skalaene ikke er ensbetydende med oppfyllelse av diagnostiske kriterier for forlenget sorglidelse eller PTSD. Skåre på skalaene vil imidlertid kunne antas å indikere en risiko for utvikling av disse diagnosene.

Studien blir påvirket av begrensninger knyttet til surveymetoden som grunnlag for innhenting av data. Lukkede spørsmål og fastsatte svaralternativer gir ikke mulighet til utdypende beskrivelser og eventuelle oppklaringer. Flere av skalaene brukt i spørreskjemaet er imidlertid assosiert med gode psykometriske egenskaper (Bödvarsdóttir & Eklit, 2004; Thimm et al., 2019). Vi har tatt utgangspunkt i etterlattes opplevelse av sosial støtte fra sitt private nettverk, og utelukket støtte fra hjelpeapparatet. Flere etterlatte fikk sannsynligvis profesjonell hjelp til å håndtere tapet av sine kjære. Støtten fra det offentlige hjelpeapparatet kan være vanskelig å skille fra støtten fra nettverket. Vi kan dermed ikke utelukke at deres responser på spørreskjemaet kan være farget av opplevelsen av støtte fra flere parter, inkludert profesjonelle parter.

Responsraten i studien ligger på omtrent 60%, noe vi regner som et akseptabelt nivå. Vi har imidlertid lite informasjon om de som valgte å ikke besvare spørreskjemaet. Det er dermed knyttet usikkerhet til hvordan resultatene ville blitt påvirket av en svarprosent på 100.

Det må bli utvist forsiktighet knyttet til generaliserbarheten av resultatene. Utvalget er begrenset, og trukket ut fra en populasjon som har vært utsatt for en ekstrem hendelse. Nytteverdien av økt kunnskap omkring slike hendelser og påfølgende reaksjoner kan imidlertid være verdifull i møte med tilsvarende hendelser i fremtiden. Det å vite mer om vanlige reaksjoner i etterkant av traumatiske tap, samt utfordringen som sosiale barrierer utgjør, vil forhåpentligvis kunne bidra til å ivareta fremtidige etterlatte på en bedre måte.

Veien videre: forslag til fremtidig forskning

Det er behov for longitudinelle studier for å kunne si mer om forholdet mellom forlengede sorgreaksjoner, sosiale barrierer og sosial støtte. Dette vil kunne bidra til bedre forståelse for kausale sammenhenger og hvordan de ulike variablene endres over tid. I tillegg vil kvalitative design kunne bidra til å innhente mer detaljert informasjon knyttet til etterlattes subjektive opplevelser. For å vurdere nytteverdien av skala for sosiale barrierer bør den bli utforsket i også andre utvalg.

Forskning på feltet har gitt oss nyttig kunnskap om både beskyttelses- og risikofaktorer for utvikling av forlengede sorgreaksjoner. Likevel viser både denne og andre studier (Djelantik et al., 2020; Holland & Neimeyer, 2011) en forhøyet forekomst av forlenget sorg etter traumatiske dødsfall. Videre forskning kan bidra ytterligere i prosessen med utvikling og implementering av effektive tiltak, både for å forebygge, avdekke og behandle forlengede sorgreaksjoner.

Konklusjon

Det er stor variasjon i hvordan etterlatte sørger etter et tap. For de fleste avtar reaksjonene i løpet av det første året etter tapet, men noen opplever å bli stående fast i sorgen. Det å streve med forlenget sorg ser ut til å være assosiert med en rekke negative sosiale utfall, som kan bidra til å opprettholde sorgen. Sosiale barrierer utkrystalliserer seg som et viktig funn, og ser ut til å kunne medføre at etterlatte ikke opplever at sosial støtte er tilgjengelig,

eller at de ikke oppsøker eller tar i bruk slik støtte. Studien gir imidlertid grunn til behandlingsoptimisme. Tross utfordringer med sosial støtte og sosiale barrierer i etterkant av traumatiske tap, understrekes det at sosiale barrierer er foranderlige faktorer, som kan modifiseres gjennom et støttende nettverk og i terapi. Mange etterlatte rapporterer om store taps- og traumerelaterte plager, også åtte år etter terrorangrepet på Utøya, noe som understreker et behov for at både nettverket og hjelpeinstanser bidrar i oppfølgingen over tid.

Litteraturliste

- Al-Gamal, E., Saeed, S. B., Victor, A., & Long, T. (2019). Prolonged Grief Disorder and Its Relationship With Perceived Social Support and Depression Among University Students. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, *57*(2), 44-51.
doi:10.3928/02793695-20181023-03
- Altschul, S. E. (1988). *Childhood bereavement and its aftermath*. International Universities Press, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. utg.). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, Social Support, and PTSD in Victims of Violent Crime. *J Trauma Stress*, *16*(4), 421-427.
doi:10.1023/A:1024478305142
- Andrews, B., & Brown, G. W. (1988). Social support, onset of depression and personality. An exploratory analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *23*(2), 99-108. doi:10.1007/BF01788429
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, *84*(2), 191.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., & de Keijser, J. (2003). Traumatic Grief as a Disorder Distinct From Bereavement-Related Depression and Anxiety: A Replication Study With Bereaved Mental Health Care Patients. *Am J Psychiatry*, *160*(7), 1339-1341.
doi:10.1176/appi.ajp.160.7.1339
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *Am Psychol*, *59*(1), 20-28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20

- Bonanno, G. A., & Field, N. P. (2001). Examining the Delayed Grief Hypothesis Across 5 Years of Bereavement. *The American behavioral scientist (Beverly Hills)*, 44(5), 798-816. doi:10.1177/0002764201044005007
- Bonanno, G. A., Ho, S. M., Chan, J. C., Kwong, R. S., Cheung, C. K., Wong, C. P., & Wong, V. C. (2008). Psychological resilience and dysfunction among hospitalized survivors of the SARS epidemic in Hong Kong: a latent class approach. *Health Psychology*, 27(5), 659.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., ... Nesse, R. M. (2002). Resilience to Loss and Chronic Grief: A Prospective Study From Preloss to 18-Months Postloss. *Journal of personality and social psychology*, 83(5), 1150-1164. doi:10.1037/0022-3514.83.5.1150
- Bowlby, J. (1980). Loss: Sadness and depression: Vol. 3. Attachment and loss.
- Bradbeer, M., Helme, R. D., Yong, H. H., Kendig, H. L., & Gibson, S. J. (2003). Widowhood and other demographic associations of pain in independent older people. *The Clinical journal of pain*, 19(4), 247-254.
- Breen, L. J. (2021). Harnessing social support for bereavement now and beyond the COVID-19 pandemic. *Palliative Care and Social Practice*.
<https://doi.org/10.1177/2632352420988009>
- Brekke, I. (2019). *Den ensomme sorgen: en studie av utfordringer ungdom i sorg gir uttrykk for i brev skrevet til På Skråss* [Masteroppgave].
- Bryant, R. A. (2012). Grief as a psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*, 201(1), 9-10.
doi:10.1192/bjp.bp.111.102889
- Burke, L. A., Neimeyer, R. A., & McDevitt-Murphy, M. E. (2010). African American Homicide Bereavement: Aspects of Social Support That Predict Complicated

Grief, PTSD, and Depression. *Omega (Westport)*, 61(1), 1-24.

doi:10.2190/OM.61.1.a

- Bödvarsdóttir, I., & Elklit, A. (2004). Psychological reactions in Icelandic earthquake survivors. *Scand J Psychol*, 45(1), 3-13. doi:10.1111/j.1467-9450.2004.00373.
- Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Frontiers in psychiatry*, 8, 35. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00035>
- Chen, J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M., & Jacobs, S. (1999). Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychological medicine*, 29(2), 367-380.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I: R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F.R. Schneier (Red.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (s. 69-93). New York: Guilford Press.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27.
- Cohen, J. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. I: J. Cohen (Red.), (3. utg).
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychol Bull*, 98(2), 310-357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
- Cozza, S. J., Fisher, J. E., Fetchet, M. A., Chen, S., Zhou, J., Fullerton, C. S., & Ursano, R. J. (2019). Patterns of comorbidity among bereaved family members 14 years after the September 11th, 2001, terrorist attacks. *Journal of traumatic stress*, 32(4), 526-535.

- Cramer, D. (1993). Living alone, marital status, gender and health. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 3(1), 1-15.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale—Revised. *Behav Res Ther*, 41(12), 1489-1496.
doi:10.1016/j.brat.2003.07.010
- Dickson, K. S., Ciesla, J. A., & Reilly, L. C. (2012). Rumination, worry, cognitive avoidance, and behavioral avoidance: Examination of temporal effects. *Behavior therapy*, 43(3), 629-640.
- Dietrich, D. R., & Shabad, P. (1989). *The Problem of loss and mourning: psychoanalytic perspectives*. Madison, Conn: International Universities Press
- Djelantik, M. J., Smid, E. G., Mroz A., Kleber, R. J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of Prolonged Grief Disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, doi: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.01.034>
- Dyregrov, K. (2004a). Bereaved parents' experience of research participation. *Soc Sci Med*, 58(2), 391-400. doi:10.1016/S0277-9536(03)00205-3
- Dyregrov, K. (2004b). Micro-sociological analysis of social support following traumatic bereavement: Unhelpful and avoidant responses from the community. *Omega-Journal of Death and Dying*, 48(1), 23-44.
- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2007). *Sosial nettverksstøtte ved brå død. Hvordan kan vi hjelpe?*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2011). Barn og unge som pårørende ved kreft. Hvordan kan barns situasjon og foreldres omsorgskapasitet styrkes i et rehabiliteringsperspektiv. *Bergen: Kreftforeningen, Montebellosenteret og Senter for Krisepsykologi/Egmont Sorgcenter*. Hentet (23.04.21) fra:

<https://www.montebellosenteret.no/images/stories/forskning/Barn%20og%20unge%20som%20prrende%20SFK%202011.pdf>

Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2017). *Mestring av sorg: håndbok for etterlatte og hjelpere*. Bergen: Vigmostad Bjørke.

Dyregrov, K., Dyregrov, A., & Kristensen, P. (2015). Traumatic Bereavement and Terror: The Psychosocial Impact on Parents and Siblings 1.5 Years After the July 2011 Terror Killings in Norway. *Journal of loss & trauma*, 20(6), 556-576. doi:10.1080/15325024.2014.957603

Dyregrov, K., & Kristensen, P. (2015). Utøya 22. juli 2011—senfølger for etterlatte foreldre [Utøya 22 July 2011—psychosocial sequela for bereaved parents]. *Scandinavian Psychologist*, 2. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e13>

Dyregrov, K., & Kristensen, P. (2016). Even if the trauma is national, the grief is private. *Scandinavian Psychologist*, 3. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e7>

Dyregrov, K., Dyregrov, A., & Kristensen, P. (2016). In what ways do bereaved parents after terror go on with their lives, and what seems to inhibit or promote adaptation during their grieving process? A qualitative study. *OMEGA-Journal of death and dying*, 73(4), 374-399.

Dyregrov, K., Gjestad, R., & Kristensen, P. (2020). Different Trajectories of Prolonged Grief in Bereaved Family Members After Terror. *Frontiers in psychiatry*, 11, 545368-545368. doi:10.3389/fpsy.2020.545368

Dyregrov, K., Nordanger, D. A. G., & Dyregrov, A. (2003). PREDICTORS OF PSYCHOSOCIAL DISTRESS AFTER SUICIDE, SIDS AND ACCIDENTS. *Death Stud*, 27(2), 143-165. doi:10.1080/0748118030289

- Eisma, M. C., & Stroebe, M. S. (2017). Rumination following bereavement: An overview. *Bereavement Care, 36*(2), 58-64.
<https://doi.org/10.1080/02682621.2017.1349291>
- Eisma, M. C., & Stroebe, M. S. (2021). Emotion regulatory strategies in complicated grief: A systematic review. *Behavior Therapy, 52*(1), 234-249.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.004>
- Eisma, M. C., Te Riele, B., Overgaauw, M., & Doering, B. K. (2019). Does prolonged grief or suicide bereavement cause public stigma? A vignette-based experiment. *Psychiatry research, 272*, 784-789. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.004>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior, 219-239*.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *S. E., 14*, 243-258.
- Gupta, S., & Bonanno, G. A. (2011). Complicated Grief and Deficits in Emotional Expressive Flexibility. *J Abnorm Psychol, 120*(3), 635-643. doi:10.1037/a0023541
- Hanschmidt, F., Lehnig, F., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). The stigma of suicide survivorship and related consequences—A systematic review. *PLoS one, 11*(9), e0162688. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162688>
- Hardison, H. G., Neimeyer, R. A., & Lichstein, K. L. (2005). Insomnia and complicated grief symptoms in bereaved college students. *Behavioral sleep medicine, 3*(2), 99-111. https://doi.org/10.1207/s15402010bsm0302_4
- Hirsch, C. R., & Clark, D. M. (2004). Information-processing bias in social phobia. *Clin Psychol Rev, 24*(7), 799-825. doi:10.1016/j.cpr.2004.07.005
- Hobfoll, S. E. (1988). *The Ecology of Stress. Series in Health Psychology and Behavioral Medicine*. Washington DC: Hemisphere Publishing Corporation.

- Holland, J. M., Neimeyer, R. A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2009). The Underlying Structure of Grief: A Taxometric Investigation of Prolonged and Normal Reactions to Loss. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *31*(3), 190-201. doi:10.1007/s10862-008-9113-1
- Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2011). Separation and Traumatic Distress in Prolonged Grief: The Role of Cause of Death and Relationship to the Deceased. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *33*(2), 254-263. doi:10.1007/s10862-010-9214-5
- Houwen, K. v. d., Stroebe, M., ... & Meij, L. W.-D. (2010). Risk Factors for Bereavement Outcome: A Multivariate Approach. *Death Stud*, *34*(3), 195-220. doi:10.1080/07481180903559196
- Houwen, K. v. d., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., & Bout, J. v. d. (2010). Mediating processes in bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Social science & medicine*, *71*(9), 1669-1676. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.047>
- Hox, J. J., Moerbeek, M., & van de Schoot, R. (2018). *Multilevel Analysis. Techniques and Applications* (3. utg.). New York: Routledge. Taylor & Francis Group
- Johnsen, I., & Dyregrov, K. (2016). "Only a Friend" The Bereavement Process of Young Adults After the Loss of a Close Friend in an Extreme Terror Incident—A Qualitative Approach. *OMEGA-Journal of death and dying*, *74*(1), 16-34.
- Joseph, S. (1999). Social support and mental health following trauma. In: Yule, W. (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy*. John Wiley, New York, pp. 71–91.

- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1992). Crisis support, attributional style, coping style, and post-traumatic symptoms. *Personality and individual differences, 13*(11), 1249-1251. doi:10.1016/0191-8869(92)90262-N
- Kaniasty, K., & Norris, F. H. (1993). A test of the social support deterioration model in the context of natural disaster. *Journal of personality and social psychology, 64*(3), 395-408. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.64.3.395>
- Kaniasty, K., & Norris, F. H. (2008). Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: Sequential roles of social causation and social selection. *J Trauma Stress, 21*(3), 274-281. doi:10.1002/jts.20334
- Kaniasty, K., & Norris, F. H. (2009). Distinctions that matter: Received social support, perceived social support, and social embeddedness after disasters. *Mental health and disasters, 2009*, 175-200.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2010). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord, 131*(1), 339-343. doi:10.1016/j.jad.2010.11.032
- Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American sociological review, 49*(5) 620-631.
- Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., & Shear, M. K. (2014). The burden of loss: unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *American Journal of Psychiatry, 171*(8), 864-871.
- Killikelly, C., Smid, G. E., Wagner, B., & Boelen, P. A. (2021). Responding to the new International Classification of Diseases-11 prolonged grief disorder during the COVID-19 pandemic: a new bereavement network and three-tiered model of care. *Public Health, 191*, 85-90. doi:10.1016/j.puhe.2020.10.034

- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3. utg). New York: Guilford Press.
- Kristensen, P., Weisaeth L., & Heir T. (2010). Predictors of complicated grief after a natural disaster: a population study two years after the 2004 south-east asian tsunami. *Death Studies*, 34, 137- 150
- Kübler-Ross, E. (1969). On death and dying. *On death and dying*.
- Kuterovac-Jagodić, G. (2003). Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war: A prospective study. *J Clin Psychol*, 59(1), 9-25.
doi:10.1002/jclp.10114
- Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational Regulation Theory: A New Approach to Explain the Link Between Perceived Social Support and Mental Health. *Psychol Rev*, 118(3), 482-495. doi:10.1037/a0023477
- Lee, J-S. (2019). Perceived social support functions as a resilience in buffering the impact of trauma exposure on PTSD symptoms via intrusive rumination and entrapment in firefighters. *PloS one*, 14(8), e0220454-e0220454.
doi:10.1371/journal.pone.0220454
- Lepore, S. J., & Ituarte, P. H. G. (1999). Optimism about cancer enhances mood by reducing negative social relations. *Cancer res. Ther. Control* 8, 165-174.
- Li, J., Laursen, T. M., Precht, D. H., Olsen, J., & Mortensen, P. B. (2005). Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *New England Journal of Medicine*, 352(12), 1190-1196. DOI: 10.1056/NEJMoa033160
- Lobb, E. A., Kristjanson, L. J., Aoun, S. M., Monterosso, L., Halkett, G. K. B., & Davies, A. (2010). Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies. *Death Stud*, 34(8), 673-698. doi:10.1080/07481187.2010.49668

- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders, 212*, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Malt, U. (2020, 17. august). Sorg. Hentet fra <https://snl.no/sorg>.
- Manor, O., & Eisenbach, Z. (2003). Mortality after spousal loss: are there socio-demographic differences? *Social science & medicine, 56*(2), 405-413. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00046-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00046-1)
- McKay, G. (1984). Social Support, Stress and the Buffering Hypothesis: A. Theoretical Analysis. *Handbook of psychology and health, 2*, 253.
- Motlagh, H. (2010). Impact of event scale-revised. *J Physiother, 56*(3), 203.
- Meij, L. W-d., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., & Dijkstra, I. (2005). Couples at Risk Following the Death of Their Child: Predictors of Grief Versus Depression. *J Consult Clin Psychol, 73*(4), 617-623. [doi:10.1037/0022-006X.73.4.617](https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.617)
- Murphy, S. A. (1988). Mediating effects of intrapersonal and social support on mental health 1 and 3 years after a natural disaster. *Journal of traumatic stress, 1*(2), 155-172. [doi:10.1007/BF00974995](https://doi.org/10.1007/BF00974995)
- Murphy, J. L., Braun, T., Johnson, C. L., Cain, K. C., Beaton, R. D., & Baugher, R. S. (1999). Parent's health, health care utilization, and behaviors following the violent deaths of their 12-to-28 year-old children: A prospective longitudinal analysis. *Death studies, 23*(7), 589-616.
- Nakajima, S., Masaya, I., Akemi, S., & Takako, K. (2012). Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on

complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 210.

[10.31887/DCNS.2012.14.2](https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2)

Nieboer, A. P., Lindenberg, S. M., & Ormel, J. (1999). Conjugal bereavement and well-being of elderly men and women: a preliminary study. *Omega-Journal of Death and Dying*, 38(2), 113-141. <https://doi.org/10.2190/B89H-KGFC-WP0T-T7K1>

Nielsen, M. K., Carlsen, A. H., Neergaard, M. A., Bidstrup, P. E., & Guldin, M.-B. (2019). Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Soc Sci Med*, 232, 460-469. doi:10.1016/j.socscimed.2018.10.007

Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., . . . Cook, J. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5–3.5 years after September 11th attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 251–262. doi:10.1002/jts.20223

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Ruminative coping and adjustment to bereavement. I Stroebe, M. S, Hansson, R. O., Stroebe, W., Schut, H (Red.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care* (545-562). Washington DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-023>

Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": ruminators and their social support networks. *Journal of personality and social psychology*, 77(4), 801. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.801>

Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, 65(3), 207-239. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173>

- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and Perceived Social Support in Times of Stress: A Test of the Social Support Deterioration Deterrence Model. *J Pers Soc Psychol*, *71*(3), 498-511. doi:10.1037/0022-3514.71.3.498
- Norris, F. H., & Murrell, S. A. (1990). Social Support, Life Events, and Stress as Modifiers of Adjustment to Bereavement by Older Adults. *Psychol Aging*, *5*(3), 429-436. doi:10.1037/0882-7974.5.3.429
- Okabayashi, H., Sugisawa, H., Yatomi, N., Nakatani, Y., Takanashi, K., Fukaya, T., & Shibata, H. (1997). The impact of conjugal bereavement and the buffering effect of social support on the health of elderly people. *Shinrigaku Kenkyu*, *68*(3), 147-154. doi:10.4992/jjpsy.68.147
- Olstad, R., Sexton, H., & Sogaard, A. J. (2001). The Finnmark Study. A prospective population study of the social support buffer hypothesis, specific stressors and mental distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*(12), 582-589. <https://doi.org/10.1007/s127-001-8197-0>
- Omerov, P., Steineck, G., Dyregrov, K., Runeson, B., & Nyberg, U. (2014). The ethics of doing nothing. Suicide-bereavement and research: ethical and methodological considerations. *Psychol. Med*, *44*(16), 3409-3420. doi:10.1017/S0033291713001670
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Bisconti, T. L. (2005). Unique effects of daily perceived control on anxiety symptomatology during conjugal bereavement. *Personality and individual differences*, *38*(5), 1057-1067. doi:10.1016/j.paid.2004.07.004
- Osterweis, M., Solomon, F., & Green, F. (1984). *Bereavement: Reactions, consequences, and care*. Washington, DC: National Academy Press.

- Parkes, C. M., & Prigerson, H. G. (2013). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Routledge.
- Pinto, R. J., Morgado, D., Reis, S., Monteiro, R., Levendosky, A., & Jongenelen, I. (2017). When social support is not enough: Trauma and PTSD symptoms in a risk-sample of adolescents. *Child Abuse Negl*, 72, 110-119.
doi:10.1016/j.chiabu.2017.07.017
- Pitman, A. L., Osborn, D. P., Rantell, K., & King, M. B. (2016). The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *Journal of psychosomatic research*, 87, 22-29
- Pivar, I. L., & Prigerson, H. G. (2004). Traumatic loss, complicated grief, and terrorism. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 9(1-2), 277-288.
- Plessen, K. J., & Kabicheva, G. (2010). Hjernen og følelser—fra barn til voksen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. doi: 10.4045/tidsskr.09.0255
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., ... & Kupfer, D. J. (1995a). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American journal of Psychiatry*, 152(1), 22-30.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., . . . Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med*, 6(8), e1000121-e1000121. doi:10.1371/journal.pmed.1000121
- Prigerson, H. G., Kakarala, S., Gang, J., & Maciejewski, P. K. (2021). History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annu Rev Clin Psychol*. doi:10.1146/annurev-clinpsy-081219-093600

- Prigerson, H. G., & Parkes, C. M. (2013). *Bereavement: studies of grief in adult life*: Routledge.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., 3rd, Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., . . . Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry, 174*(1), 67-73. doi:10.1192/bjp.174.1.6
- Raphael, B., Minkov, C., & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons.
- Rosenbloom, C. A., & Whittington, F. J. (1993). The effects of bereavement on eating behaviors and nutrient intakes in elderly widowed persons. *Journal of Gerontology, 48*(4), S223-S229.
- Ruggiero, K. J., Armstadter, A. B., Acierno, R., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Tracy, M., & Galea, S. (2009). Social and psychological resources associated with health status in a representative sample of adults affected by the 2004 Florida hurricanes. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 72*(2), 195-210.
- Schut, H., Stroebe, M. S., Bout, J. v. d., & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care, 705, 737*.
<https://doi.org/10.1037/10436-029>
- Shear, M. K. (2012). Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci, 14*(2), 119-128.
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., . . . Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety, 28*(2), 103-117. doi:10.1002/da.20780

- Simon, N. M., Pollack, M. H., Fischmann, D., Perlman, C. A., Muriel, A. C., Moore, C. W., . . . Shear, M. K. (2005). Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry, 66*(9), 1105-1110. doi:10.4088/JCP.v66n0903
- Smith, K. V., Wild, J., & Ehlers, A. (2020). The Masking of Mourning: Social Disconnection After Bereavement and Its Role in Psychological Distress. *Clinical psychological science, 8*(3), 464-476. doi:10.1177/2167702620902748
- Stene, L. E., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2016). Healthcare needs, experiences and satisfaction after terrorism: a longitudinal study of survivors from the Utøya attack. *Frontiers in psychology, 7*, 1809.
- Schut, M. S. H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death studies, 23*(3), 197-224.
<https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- Stroebe, M., Boelen, P. A., Hout, v. d., M., Stroebe, W., Salemink, E., & Bout, J. v. d. (2007). Ruminative coping as avoidance: A reinterpretation of its function in adjustment to bereavement. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 257*(8), 462-472. doi:10.1007/s00406-007-0746-y
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W. E., & Schut, H. E. (2001). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*(pp. xv-814). American Psychological Association.
- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *Omega (Westport), 61*(4), 273-289. doi:10.2190/om.61.4.b
- Stroebe, M., & Schut, H. (2015). Family matters in bereavement: Toward an integrative intra-interpersonal coping model. *Perspectives on Psychological Science, 10*(6), 873-879.

- Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Grief work, disclosure and counseling: do they help the bereaved? *Clinical psychology review*, 25(4), 395-414.
- Stroebe, M. P., Schut, H. P., & Stroebe, W. P. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370(9603), 1960-1973. doi:10.1016/S0140-6736(07)61816-9
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Abakoumkin, G. (2005). The broken heart: Suicidal ideation in bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2178-2180.
- Stroebe, M., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Gender Differences in Adjustment to Bereavement: An Empirical and Theoretical Review. *Review of general psychology*, 5(1), 62-83. doi:10.1037/1089-2680.5.1.62
- Thimm, J., Davidsen, M., Elsness, M. M., & Vara, H. (2019). Reliability, factor structure, and validity of the inventory of complicated grief (ICG) in a general bereaved sample in Norway. doi:10.15714/scandpsychol.6.e7
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J. Health Soc. Behav.* 52(2), 145–161, <http://dx.doi.org/10.1177/0022146510395592>.
- Thoresen, S., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2014). Social support barriers and mental health in terrorist attack survivors. *J Affect Disord*, 156, 187-193. doi:10.1016/j.jad.2013.12.014
- TV 2. (2021, 23. april). *Senkveld med Helene og Stian*. [TV-program]. Hentet fra: <https://sumo.tv2.no/programmer/underholdning/senkveld-med-helene-og-stian/sesong-6/senkveld-med-helene-og-stian-6-episode-10-1642869.html?showPlayer=true>.
- Van Baarsen, B., Van Duijn, M. A., Smit, J. H., Snijders, T. A., & Knipscheer, K. P. (2002). Patterns of adjustment to partner loss in old age: The widowhood adaptation longitudinal study. *Omega-Journal of Death and Dying*, 44(1), 5-36.

- Vanderwerker, L. C., & Prigerson, H. G. (2004). Social Support and Technological Connectedness as Protective Factors in Bereavement. *Journal of loss & trauma*, 9(1), 45-57. doi:10.1080/15325020490255304
- Verbrugge, L. M., Wingard, D. L., & Features Submission, H. C. (1987). Sex differentials in health and mortality. *Women & health*, 12(2), 103-145.
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (2013). Bereavement: A family life cycle perspective. *Family Science*, 4(1), 20-27.
- Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2012). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev*, 85, 101998-101998. doi:10.1016/j.cpr.2021.101998
- Wang, J., & Wang, X. (2019). *Structural equation modeling: Applications using Mplus*. John Wiley & Sons.
- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The impact of event scale – revised. I Wilson, J.P., & Keane, T. M. (Red.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (399-411). New York: Guilford Press .
- Weissman, M. M., Neria, Y., Das, A., Feder, A., Blanco, C., Lantigua, R., ... & Olfson, M. (2005). Gender differences in posttraumatic stress disorder among primary care patients after the World Trade Center attack of September 11, 2001. *Gender medicine*, 2(2), 76-87.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. London: Guilford Press.
- Wilsey, S. A., & Shear, M. K. (2007). Descriptions of Social Support in Treatment Narratives of Complicated Grievers. *Death Stud*, 31(9), 801-819. doi:10.1080/07481180701537261

World Health Organization (2018). ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. Hentet fra: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Wågø, S. S., Byrkjedal, I. K., Sinnes, H. M., Hystad, S. W., & Dyregrov, K. (2017). Social support and complicated grief: a longitudinal study on bereaved parents after the Utøya terror attack in Norway. doi:10.15714/scandpsychol.4.e10

Appendiks

Tabell 1

Sosiodemografiske og tapsrelaterte variabler hos etterlatte foreldre og søsken (n=122) etter terrorangrepet på Utøya

Mål	Ledd	Antall	Prosent
Kjønn	Kvinner	73	59.8%
	Menn	49	40.2%
Alder	19-39	28	23.0%
	40-59	67	54.9%
	60-79	27	22.1%
Relasjon til avdøde	Foreldre	90	73.8%
	Søsken	32	26.2%
Utdannelse	Grunnskole/ videregående	56	45.9%
	Høyskole/universitet	66	54.1%
Sivilstatus	Gift	67	55.4%
	Enslig	17	14.0%
	Separert/skilt	11	9.1%
	Samboer/kjæreste	26	21.5%

Tabell 2

Symptomskårer, sosiale barrierer og sosial støtte hos etterlatte med og uten forlengt sorg (gjennomsnittsskårer)

Variabel	N	Forlengt sorg				P
		Ja (n = 74, 60.7%)		Nei (n = 48, 39.3%)		
		n (%)	Gjennomsnitt (SD)	n (%)	Gjennomsnitt (SD)	
Forlengt sorg (ICG)	122	74 (60)	39.35 (8.9)	48 (40)	17.49 (5.05)	< .001
Posttraumatisk stress (IES-R)	122	74 (60)	40.0 (15.2)	48 (40)	15.56 (11.48)	< .001
PTSD (IES-R>33)	56	52 (70.3)		4 (8.4)		<.001
Positiv sosial støtte (CSS)	122	74 (60)	20.47 (6.0)	48 (40)	24.25 (5.63)	.001
Negativ sosial reaksjoner (CSS, ledd 6)	122	74 (60)	3.93 (1.9)	48 (40)	0.96 (0.79)	.064
Sosiale barrierer (SBS)	122	74 (60)	11.18 (4.0)	48 (40)	6.54 (4.26)	< .001

ICG = Inventory of complicated grief, IES-R = Impact of Event Scale-Revised, PTSD = posttraumatisk stresslidelse, CSS = Crisis Support Scale, SBS = Social barrier scale.

Tabell 3*Forekomst av sosiale barrierer fordelt mellom kjønn*

Sosial barrierer	Ikke i det hele tatt	I liten grad	Delvis	I stor grad	I meget stor grad
<i>Jeg lar være å snakke om det fordi...</i>					
1 De er lei av å høre om det					
Kvinner	6.7% (5)	13.3% (10)	40.0% (30)	22.7% (17)	17.3% (13)
Menn	20.4% (10)	20.4% (10)	28.6% (14)	26.5% (13)	4.1% (2)
2 De har det vanskelig nok selv					
Kvinner	8.0% (6)	28.0% (21)	42.7% (32)	16.0% (12)	5.3% (4)
Menn	26.5% (13)	28.6% (14)	32.7% (16)	6.1% (3)	6.1% (3)
3 De kan synes jeg er for opphengt i det					
Kvinner	12.0% (9)	25.3% (19)	30.7% (23)	18.7% (14)	13.3% (10)
Menn	26.5% (13)	24.5% (12)	22.4% (11)	22.4% (11)	4.2% (2)
4 Jeg ikke skal bruke opp vennene mine					
Kvinner	17.3% (13)	22.7% (17)	29.0% (22)	20.0% (20)	10.7% (8)
Menn	27.1% (13)	22.9% (11)	20.8% (10)	25.0% (12)	4.2% (2)
5 De som ikke er rammet av 22.juli-hendelsene ikke kan forstå meg					
Kvinner	10.8% (8)	18.9% (14)	36.5% (27)	10.8% (8)	23.0% (17)
Menn	18.4% (9)	20.4% (10)	30.6% (15)	18.4% (9)	12.2% (6)

Tabell 4

Korrelasjonsmatrise for variablene forlenget sorg, posttraumatisk stress, positiv sosial støtte, negative sosiale reaksjoner og sosiale barrierer

	Sosial støtte	Sosiale barrierer	Forlenget sorg	Posttraumatisk stress
Sosial støtte				
Sosiale barrierer	-.38**			
Forlenget sorg	-.28**	.57**		
Posttraumatisk stress	-.35**	.56**	.80**	
Negative sosiale reaksjoner	-.28**	.40**	.23*	.32**

** $p < .01$

* $p < .05$

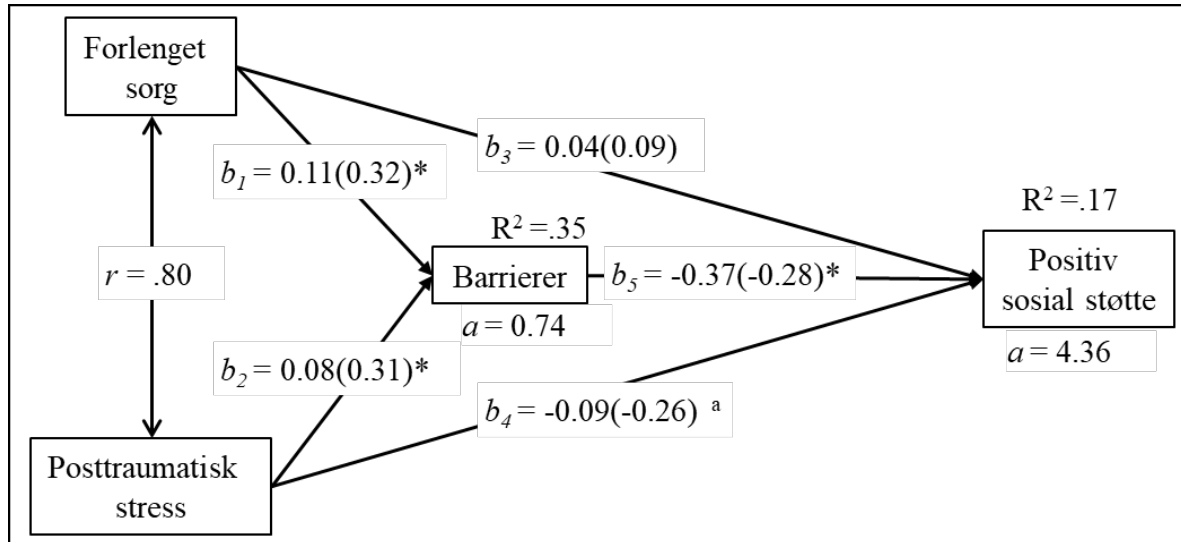
Tabell 5*Faktorer assosiert med positiv sosial støtte*

	Modell 1					Modell 2				
	<i>b</i>	β	<i>p</i>	95%CI <i>b</i> ^a		<i>b</i>	β	<i>p</i>	95%CI <i>b</i> ^a	
Konstant (b ₀)	26.73					25.78				
Sosiale barrierer (b ₁)	-0.37	-0.28	.024	-0.74	-0.10	-0.40	-0.31	.021	-0.76	-0.11
Posttraumatisk stress (b ₂)	-0.09	-0.26	.079	-0.18	0.02	-0.09	-0.26	.087	-0.18	0.02
Forlenget sorg (b ₃)	0.04	0.09	.553	-0.09	0.18	0.03	0.06	.712	-0.11	0.18
Kvinne (vs mann) (b ₄)						1.74	0.14	.142	-0.59	4.06
Foreldre (vs søsken) (b ₅)						0.82	0.06	.471	-1.48	2.83
R ² (%)	17.4					18.9				

^a Bootstrappede konfidensintervall og p-verdier basert på klustring på familietilhørighet

Figur 1

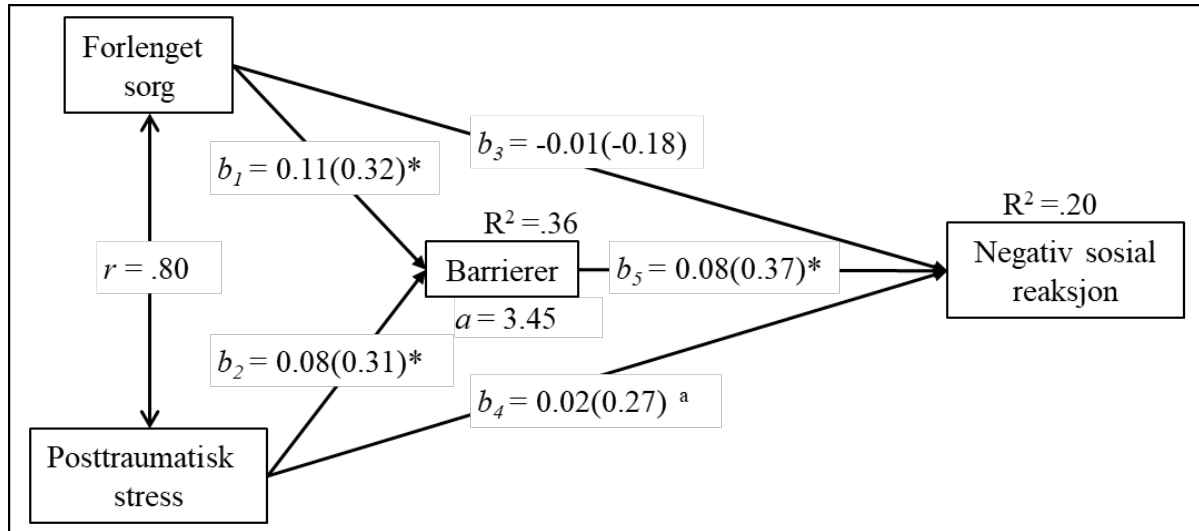
Sosiale barrierer som mellomliggende variabel, med positiv sosial støtte som utfall og forlenget sorg og posttraumatisk stress som prediktorer



* $p < .05$; ^a $p = .079$

Figur 2

Sosiale barrierer som mellomliggende variabel, med negative sosiale reaksjoner som utfall og forlenget sorg og posttraumatisk stress som prediktorer



* $p < .05$; ^a $p = .069$