

Sammenhengen mellom alkoholbruk og forlenget sorg hos nære etterlatte etter terrorangrepet på Utøya i 2011

I vår studie oppga en av fire etterlatte etter Utøya-terroren 22. juli 2011 at de hadde benyttet alkohol for å dempe sorg og savn eller for å få sove, skriver Hilde Aarrestad Bekkeheien, Rakel Reigstad og medarbeidere.



ALKOHOL: Bruk av alkohol for å mestre sorg var forbundet med vedvarende høye sorgskårer blant de etterlatte etter Utøya-terroren 22. juli 2011, skriver Hilde Aarrestad Bekkeheien, Rakel Reigstad og medarbeidere.
Foto: Holger Detje, Pixabay.

Hilde Aarrestad Bekkeheien, Rakel Drønen Reigstad, Kari Dyregrov, Pål Kristensen and Sigurd William Hystad

Sist oppdatert: 20.12.19 Publisert: 20.12.19

+ Citation

+ Abstract

+ Author(s)

+ News article

+ Forfatterinfo

Terrorangrepet som ble utført 22. juli 2011, hvor 77 mennesker mistet livet, representerer en stor tragedie i norsk historie. Angrepene var en serieaksjon som ble utført av én person. Først utløste terroristen en bilbombe ved regjeringskvartalet i Oslo, som tok livet av åtte personer. Deretter reiste han til Utøya, utkledd som politimann, og gikk til angrep på personer som deltok på en politisk ungdomsleir. De var medlemmer av Arbeiderpartiets ungdomsparti, et venstreorientert parti, mens terroristen handlet på bakgrunn av høyreekstremistiske holdninger. Han drepte 69 personer på Utøya, og mange flere ble livstruende skadd. Angrepet varte i over en time før politiet nådde Utøya og pågrep terroristen (NOU 2012: 14, 2012, s. 17-32). Noen fikk sine kjære hjem i live, men hundrevis mistet en av sine nærmeste denne dagen.

Det er vanlig å ha en akutt sorgreaksjon etter å ha mistet en nærstående, og vi tenker ofte på sorg som de reaksjonene vi opplever i etterkant av en kjær persons død (Shear & Shair, 2005). Fra et vitenskapelig synspunkt er sorg de psykologiske reaksjonene som følger etter et tap, ledsaget av sosiale, kulturelle, kroppslige og åndelige konsekvenser. Fra et psykologisk synspunkt er vi særlig interessert i hvordan vi kan skille vanlig sorg fra komplisert sorg. Vanlige sorgreaksjoner omfatter savn, tristhet og lengsel, engstelse for at også andre skal dø, problemer med motivasjon for morgendagen og konsentrasjons- og hukommelsesproblemer (Dyregrov & Dyregrov, 2017). Den første tiden etter tapet kjennetegnes ofte av en sterk, vedvarende sorgfølelse (Shear & Mulhare, 2008). Hvor lenge eller hvor intenst man sørger varierer i stor grad (Bonanno & Boerner, 2007). Over tid går sorgen for de fleste likevel over til å bli stabil og integrert. Ved det som kalles «integrert sorg» klarer man i større grad å akseptere at den døde ikke kommer tilbake. Etterlatte kan da oppleve at sorgen veksler mellom å være fremtredende og mer i bakgrunnen (Shear & Mulhare, 2008).

De fleste etterlatte utvikler ikke psykiske lidelser etter et tap og har ikke behov for profesjonell hjelp (Keyes et al., 2014; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007). Noen strever imidlertid med sterke reaksjoner som ikke avtar med tiden, og denne tendensen er særlig sterk når tap er plutselige og voldelige (Kristensen, Weisæth & Heir, 2012). Etterlatte etter slike tap beskriver samlivsproblemer (Vance, Boyle, Naiman & Thearle, 2002) og vansker med å mestre hverdagen (Kristensen et al., 2012). Flere utvikler posttraumatisk stresslidelse, depresjon, selvmordstanker og økt alkohol-, rus- og legemiddelbruk (Brent, Melhem, Donohoe & Walker, 2009; Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 2003; Kaltman og Bonanno, 2003; Keyes al., 2014; Mezev, Evans &

Hobdell, 2002; Murphy, Johnson, Chung & Beaton, 2003; Pfeffer et al., 1997; Zinzow, Rheingold, Hawkins, Saunders & Kilpatrick, 2009). Murphy og medarbeidere (2003) fant at blant foreldre som hadde mistet barnet sitt, strevde mellom 12,5 og 27,7 % med posttraumatisk stresslidelse fem år etter tapet. En annen studie indikerer at mellom 10 og 15 % av etterlatte utvikler depresjon (Stroebe, Stroebe & Hansson, sitert i Stroebe, Schut & Stroebe, 2007, s. 1965). Noen opplever intense, varige sorgreaksjoner, og det kan da være snakk om en forlenget sorgreaksjon¹ (Fujisawa et al., 2010; Maercker & Lalor, 2012).

Representative populasjonsstudier indikerer at mellom 6,7 % og 25,4 % av etterlatte utvikler forlenget sorg (Kersting, Brähler, Glaesmer & Wagner, 2011; Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard & O'Connor, 2017; Newson, Boelen, Hek, Hofman & Tiemeier, 2011). Hvor mange som opplever forlenget sorg kan variere sterkt avhengig av type død; dødsfall som er plutselige og voldelige er forbundet med høyere risiko for å utvikle denne tilstanden (Kristensen et al., 2012; Lobb et al., 2010).

Forlenget sorg er nylig lansert som en diagnose i ICD-11 (World Health Organisation, 2018). ICD-11 definerer dette som en forstyrrelse kjennetegnet av vedvarende og intense sorgreaksjoner etter å ha mistet en nærstående, blant annet i form av lengsel og påtrengende tanker om den avdøde. Denne tilstanden medfølges av sterk emosjonell smerte, for eksempel i form av skyldfølelse, tristhet, sinne og benektelse av tapet. Man kan være ute av stand til å oppleve positive følelser og streve med å delta i sosiale aktiviteter. Andre symptomer omfatter emosjonell nummenhet og en følelse av å ha mistet en del av seg selv. For at sorgreaksjonen skal regnes som forlenget skal den ha vedvart i over seks måneder. Sorgreaksjonen skal også overgå kulturelle og kontekstuelle normer for å sørge og medføre svekket funksjonsevne på viktige livsområder, som arbeid, studier, familieliv og fritid.

Et sentralt forskningsspørsmål er hvilken rolle alkoholbruk kan spille i sorgprosessen og om det eventuelt kan forstyrre eller forlenge den. Alkohol er et begrep som brukes i dagligtalen om etanolholdige drikker. Alkohol absorberes i blodet og passerer derfra videre til kroppens celler. I lave konsentrasjoner påvirker alkohol i utgangspunktet humøret i positiv retning, og den hemmer konsentrasjonsevne, hukommelse og læringsevne. Ved større alkoholkonsentrasjoner svekkes kognitive funksjoner ytterligere, og balanseevne, motorisk kontroll og impuls kontroll svekkes. Dersom alkoholkonsentrasjonen blir svært høy, vil deler av nervesystemet lammes, noe som i verste fall kan være dødelig (Skretting, Vedøy, Lund & Bve, 2016).

Det er evidens for at noen bruker alkohol for å mestre vanskelige emosjoner gjennom å unnsnippe, unngå eller nedregulere emosjonell smerte (Cooper, Russell & George, 1988; Stewart, 1996). Et motiv for å drikke alkohol kan være forventninger om positive utfall, som økt avslapning, bedret humør eller utadvendthet i sosiale situasjoner (Maisto, Connors & Sachs, 1981; Pedersen, Myers, Browne & Norman, 2014). Noen bruker alkohol som selvmedisinering, for å slappe av, eller som hjelp mot psykisk sykdom. I studien fra the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) om rusbruk i USA, med 43 093 deltakere, rapporterte 16 % av

deltakere med stemningslidelser at de selvmedisinerte seg med alkohol (Bolton, Robinson & Sareen, 2009).

Studier har dokumentert en forbindelse mellom tap av nærstående og påfølgende økt alkoholforbruk og -avhengighet (Byrne, Raphael & Arnold, 1999; Hamdan, Melhem, Porta, Song & Brent, 2013; Li, Laursen, Precht, Olsen & Mortensen, 2005; Prigerson et al., 1997; Rheingold, Zinzow, Hawkins, Saunders & Kilpatrick, 2012; Suar, Das & Alat, 2015; Zisook, Schuchter & Mulvihill, 1990). Et lite antall studier har også vist at noen etterlatte reduserer alkoholforbruket sitt etter tap (Lee et al., 2005; Zisook et al., 1990).

Sammenhengen mellom alkoholbruk og sorg er det imidlertid forsket lite på, og eksisterende studier har ikke funnet noen sammenheng mellom disse variablene (Byrne et al., 1999; Harper, O'Connor & O'Carroll, 2014; Prigerson et al., 1997). De fleste studiene anser alkoholbruk som en mulig konsekvens av tapsopplevelser (for eksempel Pilling et al., 2012; Prigerson et al., 1997; Suar et al., 2015) snarere enn noe som kan være med på å påvirke sorgforløpet. Sammenhengen mellom alkoholbruk og forlenget sorg ser altså ut til å være et tema som det er nyttig å studere mer inngående. Kunnskap om hvordan forlenget sorg utvikles og opprettholdes kan være viktig for å fange opp personer med økt risiko for å utvikle denne tilstanden.

Formålet med denne studien er å undersøke sammenhengen mellom alkoholbruk og forlenget sorg blant etterlatte foreldre og søsken etter Utøya-terroren. Vi vil utforske flere aspekter ved alkoholbruk, herunder drikkefrekvens, beruselsesfrekvens og bruk av alkohol som en mestringsstrategi. En aktuell problemstilling er om det finnes kjønnsforskjeller, ettersom menn og kvinner har ulike alkoholvaner. Menn drikker både oftere og mer enn kvinner (Bye, Amundsen & Lund, 2013; Halkielsevik & Storvoll, 2014; Tefre, Amundsen, Nordlund & Lund, 2007), og det kan se ut til at de oftere drikker for å mestre vanskelige følelser (Bolton et al., 2009; Swendsen et al., 2000). På bakgrunn av dette kan det tenkes at menn vil vise en sterkere tendens til å benytte alkohol for å mestre sorg og at alkoholbruk vil ha større betydning for deres sorgforløp.

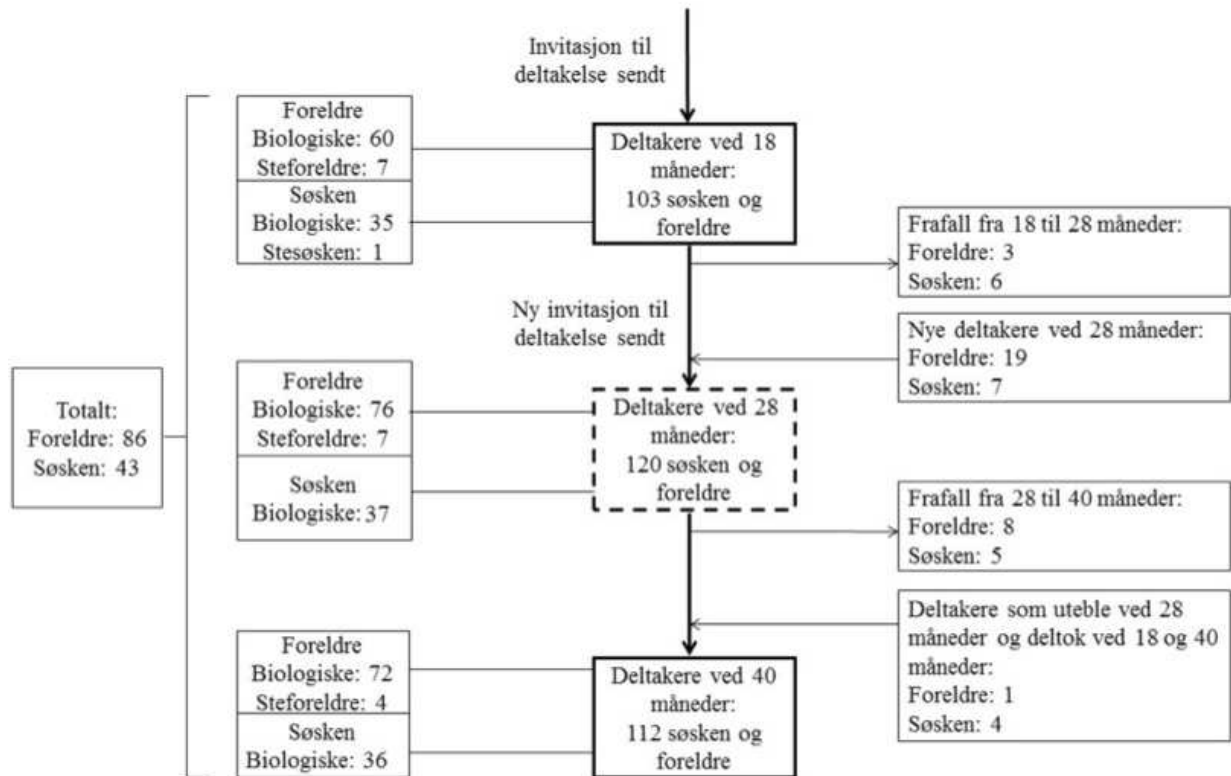
Metode

Prosedyre

Denne studien er en del av prosjektet «Etterlatte etter Utøya-terroren 22. juli 2011», som er en ikke-eksperimentell, longitudinell studie gjennomført ved Senter for krisepsykologi i perioden 2013–2016. Studien er godkjent av Regional etisk komité. Den offentlige listen over de avdøde ble brukt som utgangspunkt for søk i Folkeregisteret, for å få oversikt over deres biologiske familiemedlemmer. Senter for krisepsykologi rekrutterte deltakere til prosjektet ved å sende informasjonsbrev og samtykkeerklæring til familiemedlemmene på listen. Det ble sendt ekstra brev til biologiske foreldre som ikke bodde sammen, for å inkludere steforeldre. Deretter ble spørreskjema sendt til de som ønsket å delta.

Prosjektet har foretatt tre datainnsamlinger: 18 (T1), 28 (T2) og 40 måneder (T3) etter terrorangrepet. De som ikke deltok ved første datainnsamling, ble spurt på ny om å

delta ved andre datainnsamling. I denne studien valgte vi å bruke datamaterialet innhentet 18 og 40 måneder etter tapet, fordi vi ønsket å fokusere på forskjeller mellom det tidligste og det seneste måletidspunktet. Vi inkluderte både biologiske foreldre, stepforeldre, søsken og stesøsken. Figur 1 viser en detaljert oversikt over rekrutteringsprosessen og utvalget på de forskjellige tidspunktene.



FIGUR 1: Oversikt over rekrutteringsprosessen og utvalget ved datainnsamlingene. Nye deltakere og frafall av deltakere er vist ved piler på høyre side av diagrammet. Boksen for måletidspunkt 28 måneder etter tapet er fremstilt med stiplet linje for å tydeliggjøre at datamaterialet fra dette måletidspunktet ikke er en del av våre analyser.

Deltakere

Ved Utøya-terroren mistet 208 personer et barn eller et søsken. Blant disse var 125 foreldre og 83 søsken. Dette omfatter imidlertid kun biologiske familiemedlemmer.

Totalt 129 personer deltok i studien. Antall deltakere på de ulike måletidspunktene var 103 (T1), 120 (T2) og 112 (T3). Totalt 86 foreldre og 43 søsken deltok på minst ett av måletidspunktene, og dette inkluderer syv stepforeldre og ett stesøsken. Deltakerne kom fra 51 forskjellige familier og representerte 74 % av dem som mistet et familiemedlem på Utøya. Til sammen 77 kvinner og 52 menn deltok i studien. Gjennomsnittsalderen i utvalget var ca. 42 år ($SD = 15,60$, aldersspenn: 12–78 år). Den gjennomsnittlige alderen til personen de hadde mistet var 19 år ($SD = 5,30$, aldersspenn: 15–51 år).

Materiell

Spørreskjemaene som er brukt i studien, inneholdt spørsmål om demografiske variabler, alkoholbruk og opplevde symptomer og reaksjoner etter hendelsen.

Forlenget sorg. Forlenget sorg ble målt ved hjelp av The Inventory of Complicated Grief (ICG) (Prigerson et al., 1995). Dette instrumentet inneholder 19 ledd, hvor respondenter blir spurt om de har opplevd ulike symptomer de siste to ukene (f.eks. «Jeg tenker så mye på den døde at det er vanskelig for meg å gjøre ting som jeg vanligvis gjør» og «Helt siden han/hun døde har jeg hatt vanskeligheter med å stole på andre»). Spørsmålene besvares ut fra en fempunkts Likert-skala med alternativene *Aldri, Sjelden, Av og til, Ofte og Alltid*. Skalaen går fra 0 til 76 poeng, hvor høyere skåre indikerer mer intens sorg. Prigerson og kollegaer (1995) har satt en skåre på 25 som terskelverdi for komplisert sorg ved bruk av ICG. Denne studien bruker skalaen som en kontinuerlig variabel. Studier indikerer at denne sorgskalaen har gode psykometriske egenskaper (Bui et al., 2015; O'Connor, Lasgaard, Shevlin & Guldin, 2010) og Cronbach's alpha i denne studien var .89 ved T1 og .92 ved T3. The Inventory of Complicated Grief er nå også validert på norsk (Thimm, 2019).

Alkoholbruk. Alkoholbruk ble undersøkt ved T3. Deltakerne ble stilt spørsmålene «Har du drukket alkohol i løpet av de siste 4 ukene?», med svaralternativene *Ja* og *Nei*, og «Omtrent hvor mange ganger har du drukket alkohol i løpet av de siste 4 ukene?», med svaralternativene *1-2 ganger, 3-5 ganger, 6-9 ganger, 10-19 ganger og Oftere*. Det ble også spurt om beruselse den siste måneden: «Omtrent hvor mange ganger har du kjent deg tydelig beruset i løpet av de siste 4 ukene?», med svaralternativene *Ingen ganger, 1-2 ganger, 3-5 ganger, 6-9 ganger, 10-19 ganger* eller *Oftere*, og om deltakerne hadde endret sitt alkoholkonsum etter Utøya-terroren. Deltakerne ble også stilt følgende spørsmål: «I løpet av de siste 4 ukene, hvor ofte har du brukt alkohol for å dempe sorg og savn?» og «I løpet av de 4 siste ukene, hvor ofte har du brukt alkohol for å få sove»? Svaralternativene var *Daglig, Hver uke, men ikke daglig, Sjeldnere enn hver uke og Ikke brukt de siste 4 ukene*.

Statistiske analyser

De statistiske analysene ble utført med IBM SPSS Statistics, versjon 23.

For å undersøke sammenhengen mellom alkoholvariablene og deltakernes sorgskårer 18 og 40 måneder etter tapet ble en blandet («between-within») faktoriell ANOVA benyttet. Sorgskårene utgjorde den avhengige variabelen i analysen, mens de forskjellige måletidspunktene, alkoholvariablene og kjønn representerte de uavhengige variablene. Det ble gjort separate analyser med hver av alkoholvariablene. Effektstørrelser ved signifikante funn ble regnet ut med Cohens d for hovedeffekter og «partial eta squared» (h^2) for interaksjonseffekter. En Cohens d på 0,2, 0,5 og 0,8 blir vanligvis regnet som en henholdsvis liten, moderat og stor effekt (Cohen, 1988). Tilsvarende standardverdier foreligger ikke for h^2 , selv om Cohens kriterier for hva som utgjør en liten, moderat og stor effekt (.01, .06 og .14) ofte blir benyttet (Richardson, 2011, s. 145). Interaksjonseffekter ble fulgt opp av t-tester for å kaste lys over interaksjonene. Manglende data ved leddene i ICG har blitt korrigert for ved hjelp av multipel imputasjon (Rubin, 1996).

Antall nivå på alkoholvariablene ble redusert for å muliggjøre statistiske analyser. Drikkefrekvensvariabelen ble omgjort fra fem til tre nivåer: 1–2 ganger, 3–9 ganger og flere enn 10 ganger. Beruselsesfrekvensvariabelen ble også redusert fra fem til tre

nivåer: ingen, 1–2 ganger og mer enn tre ganger. Variablene som omhandler bruk av alkohol for å dempe sorg og savn og bruk av alkohol for å få sove, ble samlet til én variabel: «bruk av alkohol som mestringsstrategi». Dette ble gjort ettersom vi antar at begge spørsmålene representerer dette fenomenet. Variabelen ble dikotomisert, hvor det ene nivået representerer all rapportert bruk av alkohol for å mestre sorgen og det andre nivået representerer ingen bruk av alkohol for å mestre sorgen.

Resultat

Deskriptive data for sorgskårer og rapportert alkoholbruk er vist i Tabell 1 og 2. Utvalget som helhet hadde høye gjennomsnittlige sorgskårer ved begge målingene. Majoriteten (61 %) av deltakerne rapporterte at de ikke hadde endret sitt alkoholbruk etter Utøya-terroren. I løpet av de siste fire ukene rapporterte 89 % av deltakerne å ha drukket alkohol. I løpet av samme tidsperiode hadde 32 % drukket 1–2 ganger, 51 % 3–9 ganger og 17 % hadde drukket alkohol 10 eller flere ganger. Omtrent halvparten (52 %) hadde ikke drukket seg beruset i løpet av den siste måneden. En tredjedel hadde drukket seg beruset 1–2 ganger, og 14 % tre ganger eller mer i løpet av de siste fire uker. Noen hadde økt (18 %) og andre hadde redusert (13 %) alkoholforbruket sitt etter tapet. Rundt en fjerdedel (26 %) rapporterte at de hadde benyttet alkohol for å dempe sorg og savn eller for å få sove.

TABELL 1: Gjennomsnittsskårer for forlenget sorg hos etterlatte ($N = 129$) 18 og 40 måneder etter Utøya-terroren.

Deltakere	Gjennomsnitt (Standardavvik)	
	18 måneder	40 måneder
Hele utvalget	37,52 (11,59)	32,46 (13,48)
Kvinner ($n = 77$)	40,27 (11,96)	35,22 (14,18)
Menn ($n = 52$)	33,44 (9,76)	28,37 (11,30)
Foreldre ($n = 86$)	36,86 (9,97)	33,85 (13,26)
Søsken ($n = 43$)	38,84 (14,32)	29,67 (13,64)

Notat. $N = 129$.

TABELL 2: Alkoholbruk hos etterlatte etter Utøya-terroren.

Forlenget sorg, kjønn og alkohol

En blandet 2 (tid) X 2 (kjønn) X 2 (bruk av alkohol for å mestre sorgen) faktoriell ANOVA ble utført for å undersøke hovedeffektene av tid, kjønn og bruk av alkohol som mestring, samt interaksjonene mellom alle variablene. Hovedeffekten for tid var statistisk signifikant ($F [1, 86] = 6,67, p = 0,012$), og viste en nedgang i forlenget sorg for hele utvalget sett under ett fra 18 måneder ($M = 37,07, SD = 11,10$) til 40 måneder ($M = 32,49, SD = 13,44$) etter Utøya-terroren. Cohens d på 0,37 tilsier at dette er en liten effektstørrelse.

Analysen viste videre en statistisk signifikant hovedeffekt av bruk av alkohol for å mestre sorg, $F(1, 86) = 17,59, p < .001$. Etterlatte som oppga å ha brukt alkohol for å mestre sorgen, hadde en kombinert gjennomsnittlig sorgskåre på 43,02 ($SD = 11,95$)

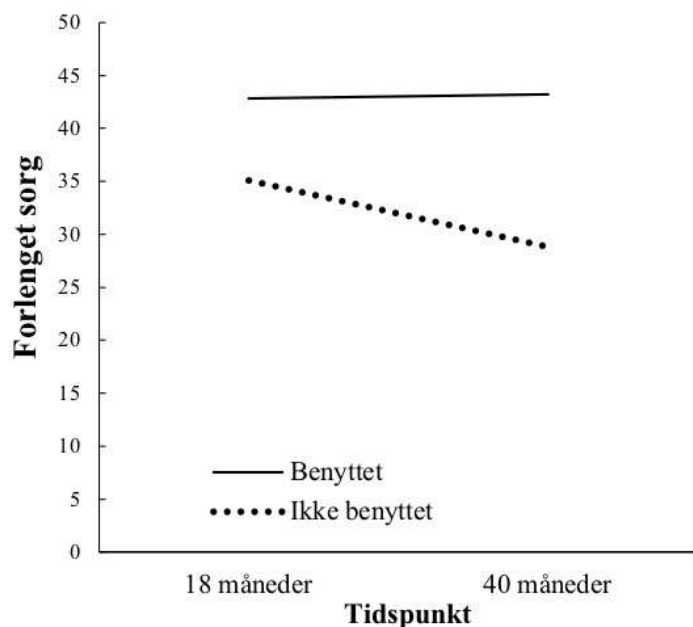
Spørsmål om alkoholbruk	Andel av etterlatte ^a
Endrede alkoholvaner etter 22. juli	
Drakk mindre	13 %
Drakk mer	18 %
Ikke endret vaner	61 %
Drikker ikke	8 %
Alkoholbruk (siste 4 uker)	
Ikke drukket	11 %
Druknet	89 %
Drikkefrekvens (siste 4 uker)	
1-2 ganger	32 %
3-9 ganger	51 %
10 ganger eller mer	17 %
Beruselsesfrekvens (siste 4 uker)	
Ikke beruset	52 %
1-2 ganger	34 %
3 ganger eller mer	14 %
Bruk av alkohol som mestring	
Ikke benyttet alkohol som mestringsstrategi	74 %
Benyttet alkohol som mestringsstrategi	26 %

Notat.

^aAlkoholbruk rapporteres som valid prosent, som omfatter alle deltakerne som har besvart spørsmålene om alkoholbruk. Antall deltakere som besvarte spørsmålene varierte mellom 90 og 91 personer.

over de to måletidspunktene, mens gruppen som rapporterte å ikke ha brukt alkohol for å mestre sorgen, hadde en kombinert gjennomsnittskåre på 31,95 ($SD = 11,02$). Dette utgjør en stor effektstørrelse basert på en Cohens d på 0,98. Til slutt viste analysen også en statistisk signifikant hovedeffekt av kjønn, $F(1, 86) = 5,13$, $p = 0,026$. Menn hadde en gjennomsnittlig sorgskåre på 31,10 ($SD = 10,60$), til sammenligning med kvinner som hadde en gjennomsnittlig sorgskåre på 37,23 ($SD = 12,78$). Kvinnene rapporterte altså høyere nivå av forlenget sorg enn mennene på de to måletidspunktene, sett under ett. Dette tilsvarer en middels stor effektstørrelse (Cohens $d = 0,51$).

De individuelle hovedeffektene av tid og bruk av alkohol for å mestre sorgen må imidlertid ses i lys av den signifikante interaksjonseffekten mellom dem, $F(1, 86) = 7,63, p = 0,007, \eta^2 = .08$. Denne interaksjonen er illustrert i Figur 2 og kan tyde på at reduksjonen i forlenget sorg over tid gjaldt dem som ikke hadde brukt alkohol for å mestre sorgen. Interaksjonseffekten ble videre undersøkt post hoc ved hjelp av t-tester for avhengige utvalg. Hos gruppen som ikke hadde brukt alkohol for å mestre sorgen, var det en signifikant nedgang i sorgskårer fra 18 måneder ($M = 35,09, SD = 10,75$) til 40 måneder ($M = 28,81, SD = 11,30$) etter tapet, $t(66) = 5,74, p < 0,001$. Dette utgjør en middels stor nedgang (Cohens $d = 0,57$) i gjennomsnittlig forlenget sorg på 6,28 poeng, [95 % konfidensintervall = 4,10, 8,47]. Gruppen som hadde brukt alkohol for å mestre sorgen, viste derimot ingen signifikant endring i sorgskårer fra 18 måneder ($M = 42,83, SD = 10,27$) til 40 måneder ($M = 43,22, SD = 13,63$) etter tapet, $t(22) = -.18, p = 0,86$.



FIGUR 2: Sammenhengen mellom alkohol brukt som mestring av sorg og forlenget sorg. I figuren vises skårer på ICG 18 og 40 måneder etter tapet for gruppene som hadde benyttet ($n = 23$) og ikke benyttet ($n = 67$) alkohol for å mestre sorgen. Gruppen som hadde brukt alkohol for å mestre sorgen, viste en svak økning i sorgskårer over tid, mens gruppen som ikke hadde gjort dette, viste en tydelig nedgang i sorgskårer fra 18 til 40 måneder etter tapet. Y-aksen har et spekter fra 0 til 50 poeng på ICG.

Ingen av ainteraksjonene mellom tid og kjønn ($F [1, 86] = 0,107, p = 0,74$), kjønn og alkohol som mestring ($F [1, 86] = 0,019, p = 0,89$) eller treveisinteraksjonen mellom tid, kjønn og mestring ($F [1, 86] = 0,029, p = 0,87$) var statistisk signifikante. Det var heller ingen statistiske signifikante effekter av de to andre alkoholvariablene (drikke- og beruselsesfrekvens).

Diskusjon

I denne studien fant vi at bruk av alkohol for å mestre sorg var forbundet med vedvarende høye sorgskårer blant de etterlatte. Drikke- og beruselsesfrekvens hadde imidlertid ikke en effekt på sorgskårer i seg selv. Dette samsvarer med funn fra andre studier, som ikke har avdekket en sammenheng mellom alkoholforbruk og sorg (Byrne et al., 1999; Harper et al., 2014). Funnet kan ses i lys av at alkohol brukes i sosiale

tilstelninger og av mange forbindes med fest, hygge og avkobling (Storvoll et al., 2010).

Alle deltakerne hadde generelt høye sorgskårer. Gjennomsnittsskårene oversteg det Prigerson og kolleger (1995) har foreslått som terskelverdi for forlenget sorg, både 18 og 40 måneder etter tapet. I gruppen som rapporterte at de ikke hadde benyttet alkohol for å mestre sorgen, var sorgskårene høye, men ble svakere med tiden. Gruppen som brukte alkohol for å mestre sorgen, hadde i utgangspunktet høye sorgskårer, som ikke avtok med tiden.

Det kan være flere forklaringer på sammenhengen mellom alkohol brukt som mestringsstrategi og forlenget sorg. En mulig årsaksforklaring kan være at deltakerne benyttet alkohol som en mestringsstrategi i den akutte sorgen etter tapet, noe som har påvirket sorgforløpet og ført til vedvarende og intens sorg.

Det er også tenkelig at etterlatte utviklet forlenget sorg først og at de over tid tok i bruk alkohol for å håndtere disse symptomene. Det er mulig at etterlatte som opplevde vedvarende høye sorgskårer fra 18 til 40 måneder etter tapet, begynte å bruke alkohol som en mestringsstrategi. Vi vet imidlertid ikke hvordan sorg og alkoholbruk har påvirket hverandre over tid, siden alkoholvariablene ikke ble målt på flere tidspunkt. Etterlatte som oppga å bruke alkohol for å mestre sorgen, hadde et høyere nivå av forlenget sorg allerede 18 måneder etter tapet sammenlignet med dem som ikke hadde brukt alkohol som en mestringsstrategi. Dette støtter påstanden om at forlenget sorg ble utviklet tidlig i forløpet, enten uavhengig av eller i samspill med bruk av alkohol for å mestre sorgen.

Det kan ligge felles sårbarhetsfaktorer til grunn for utvikling av både forlenget sorg og bruk av alkohol som mestringsstrategi. Tidligere stemningslidelser (Melhem et al., 2004) og mangel på sosial støtte (Shear & Shair, 2005) er eksempler på sårbarhetsfaktorer for forlenget sorg, som kan tenkes å parallelt lede til bruk av alkohol som mestringsstrategi. Videre kan mangel på emosjonsreguleringsstrategier (Veilleux, Skinner, Reese & Shaver, 2014) og en unngående mestringsstil (Cooper, Russell, Skinner, Frone & Mudar, 1992) også spille en rolle for utviklingen av forlenget sorg. En unngående mestringsstil er en risikofaktor for både forlenget sorg (Boelen, van den Bout & van den Hout, 2006) og bruk av alkohol som mestringsstrategi (Cooper et al., 1992).

Vi fant ingen interaksjoner mellom kjønn og noen av alkoholvariablene når det gjelder effekten på sorg. En skal selvfølgelig være varsom med å tolke nullfunn, men dette antyder blant annet at den uheldige effekten av å benytte alkohol som mestringsstrategi var lik for kvinner og menn. Selv om det å benytte alkohol som mestringsstrategi skulle være like uheldig for kvinner som for menn, betyr dette ikke nødvendigvis at problemet er like stort i begge grupper. Tidligere forskning har vist at menn både drikker mer og benytter alkohol som mestringsstrategi i større grad enn kvinner (Bye et al., 2013; Halkjelsvik & Storvoll, 2014; Swendsen et al., 2000; Tefre et al., 2007).

Denne studien har både en rekke styrker og en rekke begrensninger. Det longitudinelle designet gir verdifull informasjon om utviklingen av forlenget sorg. Utvalget er homogent, i den forstand at alle deltakerne har mistet en nærstående ved samme hendelse og at det er like lenge siden tapet for alle. Fordelingen av menn (40,3 %) og kvinner (59,7 %) er også noenlunde jevn. Dette er en styrke ved studien, ettersom kvinner er sterkt overrepresentert i flere andre studier av etterlatte (for eksempel [Harper et al., 2014](#); [Zisook et al., 1990](#)).

En metodisk begrensning ved denne studien er mangelfulle besvarelser for alkoholvariablene. Dette kan forstås i lys av at alkohol er et sensitivt tema for mange. Det var også en betydelig andel av populasjonen som ikke deltok i studien. Videre gjør det ikke-eksperimentelle designet det umulig å trekke slutninger rundt årsak og virkning. Det faktum at vi bare har data om alkoholbruk fra én måling, som var på det siste måletidspunktet, begrenser mulighetene for å forstå årsak-virkning-forholdet ytterligere. Vi kan derfor ikke vite hva de ville svart på et tidligere tidspunkt. Det kan ikke trekkes slutninger om at alkoholbruk 40 måneder etter tapet har en påvirkning på deltakernes sorgskårer forut i tid. Spørsmål om alkoholbruk ble imidlertid ikke inkludert i tidligere skjemapakker fordi antall spørsmål måtte begrenses tidlig etter tapet, av hensyn til de etterlatte. Vi har derfor ikke grunnlag for å konkludere med at alkohol direkte påvirker sorgforløpet, men kan foreslå sannsynlige forklaringer. En annen begrensning er at deltakerne bare ble stilt to spørsmål om alkohol brukt som mestringsstrategi, og det ble ikke brukt noe anerkjent måleinstrument for å fange opp dette fenomenet. Det kan derfor stilles spørsmål ved denne variabelens validitet. Risikofylt alkoholbruk har heller ikke blitt kartlagt spesifikt, for eksempel ved bruk av spørreskjema som AUDIT ([World Health Organization, 2001](#)). Bruk av slike skjema ville gjøre det mulig å sammenligne alkoholbruk i denne populasjonen med befolkningsdata, noe som nå ikke lot seg gjøre på grunn av bruk av forskjellige alkoholrelaterte spørsmål.

Implikasjoner og konklusjon

Funnene fra studien kan ha betydning for psykologisk behandling av etterlatte. Basert på våre resultater anbefales det at hjelpere aktivt spør etterlatte om deres alkoholbruk og hvorvidt det brukes for å mestre ulike symptomer. Her kan blant annet fastlegen ha en sentral rolle. Det ville være spennende i fremtidige studier å kartlegge hvor mange som har opplevd at helsepersonell har spurt om alkoholvaner. Det at alkoholfrekvens ikke hadde en effekt for sorgforløpet i seg selv, kan tolkes som at det er måten etterlatte møter ubehagelige følelser på, som er av betydning for tilfriskningen, som vanligvis skjer over tid. I så fall kan det være viktig at behandlere hjelper til med å identifisere og endre mestringsstrategier som virker opprettholdende for lidelsen. Hvis det er slik at noen etterlatte som opplever vedvarende og sterke sorgreaksjoner begynner å bruke alkohol for å mestre disse symptomene, kan det også ha implikasjoner for behandling. Denne gruppen kan ha behov for å lære andre og mer fleksible måter å håndtere symptomer og vanskelige følelser på.

Vår forskning kan ha en overføringsverdi til andre etterlattegrupper. Tolkninger av betydningen alkoholbruk kan ha for sorgforløpet må likevel

foretas med forsiktighet. Vi anbefaler at årsakssammenhengen mellom alkoholbruk og forlenget sorg studeres nærmere i longitudinelle studier, og at både forlenget sorg og alkoholbruk kartlegges gjennom hele sorgforløpet.

Hjelpere bør aktivt spørre etterlatte om de bruker alkohol for å mestre ulike symptomer.

Dersom det faktisk er slik at bruk av alkohol for å mestre sorg utgjør en risikofaktor for å utvikle forlenget sorg, vil denne kunnskapen være til hjelp for klinikere som utreder og behandler personer som har opplevd traumatiske tap. Informasjon om sunn sorgmestring kan trolig forebygge unødig lidelse og gjøre etterlatte bedre i stand til å bygge opp igjen livene sine etter tapet.

Referanser

Boelen, P. A., van den Bout, J. & van den Hout, M. A. (2006). Negative cognitions and avoidance in emotional problems after bereavement: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 44(11), 1657–1672. doi:[10.1016/j.brat.2005.12.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.006)

Bolton, J. M., Robinson, J. & Sareen, J. (2009). Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Affective disorders*, 115(3), 367-375. doi:[10.1016/j.jad.2008.10.003](https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.003)

Bonanno, G. A. & Boerner, K. (2007). The stage theory of grief. *The Journal of the American Medical Association*, 297(24), 2692–2694. doi:[10.1001/jama.297.24.2693-a](https://doi.org/10.1001/jama.297.24.2693-a)

Brent, D., Melhem, N. M., Donohoe, B. & Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident, or sudden natural death. *American Journal of Psychiatry*, 166(7), 786–794. doi:[10.1176/appi.ajp.2009.08081244](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08081244)

Bui, E., Mauro, C., Robinaugh, D. J., Skritskaya, N. A., Wang, Y., Gribbin, C., . . . Shear, K. (2015). The structured clinical interview for complicated grief: Reliability, validity, and exploratory factor analysis. *Depression and Anxiety*, 32(7), 485–492. doi:[10.1002/da.22385](https://doi.org/10.1002/da.22385)

Bye, E. K., Amundsen, E. J. & Lund, M. (2013). *Bruk av tobakk, rusmidler og vanedannende legemidler i Norge: Hovedfunn fra SIRUS' befolkningsundersøkelse i 2012*. (Rapport nr. 6/2012). Hentet fra Folkehelseinstituttets nettsider: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sirusrap.6.13.pdf>

Byrne, G. J. A., Raphael, B. & Arnold, E. (1999). Alcohol consumption and psychological distress in recently widowed older men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(5), 740–747. doi:[10.1080/i.1440-1614.1999.00614.x](https://doi.org/10.1080/i.1440-1614.1999.00614.x)

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Cooper, M. L., Russell, M. & George, W. H. (1988). Coping, expectancies, and alcohol abuse: A test of social learning formulations. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 218–230. doi:[10.1037/0021-843X.97.2.218](https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.2.218)

Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R. & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 139–152. doi:[10.1037/0021-843X.101.1.139](https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.1.139)

Crum, R. M., Mojtabai, R., Lazareck, S., Bolton, J. M., Robinson, J., Sareen, J., Storr, C. L. (2013). A prospective assessment of reports of drinking to self-medicate mood symptoms with the incidence and persistence of alcohol dependence. *Journal of American Psychiatry*, 70(7), 718–726. doi:[10.1001/jamapsychiatry.2013.1098](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1098)

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

Dyregrov, K., Nordanger, D. & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 2(27), 143–165. doi:[10.1080/07481180302892](https://doi.org/10.1080/07481180302892)

Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M. & Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127(1–3), 352–358. doi:[10.1016/j.jad.2010.06.008](https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.008)

Halkjelsvik, T. & Storvoll, E. E. (2014). Andel av befolkningen i Norge med et risikofyllt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31. doi:[10.2478/nsad-2014-0035](https://doi.org/10.2478/nsad-2014-0035)

Hamdan, S., Melhem, N. M., Porta, G., Song, M. S. & Brent, D. A. (2013). Alcohol and substance abuse in parentally bereaved youth. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(8), 828–833. doi:[10.4088/JCP.13m08391](https://doi.org/10.4088/JCP.13m08391)

Harper, M., O'Connor, R. R. & O'Carroll, R. E. (2014). Factors associated with grief and depression following the loss of a child: A multivariate analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 19(3), 247–252. doi:[10.1080/13548506.2013.811274](https://doi.org/10.1080/13548506.2013.811274)

Kaltman, S. & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Anxiety Disorders*, 17(2). doi:[10.1016/S0887-6185\(02\)00184-6](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00184-6)

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1–3), 339–343. doi:[10.1016/j.jad.2010.11.032](https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032)

Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C. & Shear, 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. doi:[10.1176/appi.ajp.2014.13081132](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081132)

Kristensen, P., Weisæth, L. & Heir, T. (2012). Bereavement and mental health after sudden and violent losses: A review. *Psychiatry*, *75*(1), 76–97. doi:[10.1521/psyc.2012.75.1.76](https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76)

Lee, S., Cho, E., Grodstein, F., Kawachi, I., Hu, F. B. & Colditz, G. A. (2005). Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US women. *International Journal of Epidemiology*, *34*(1), 69–78. doi:[10.1093/ije/dyh258](https://doi.org/10.1093/ije/dyh258)

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. *The New England Journal of Medicine*, *352*(12), 1190–1196. doi:[10.1056/NEJMoa033160](https://doi.org/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 Studies*, *34*(8), 673–698. doi:[10.1080/07481187.2010.496686](https://doi.org/10.1080/07481187.2010.496686)

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. doi:[10.1016/j.jad.2017.01.030](https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030)

Maercker, A. & Lalor, J. (2012). Diagnostic and clinical considerations in prolonged grief disorder. *Clinical Research*, *14*(2), 167–176.

Maisto, S. A., Connors, G. J. & Sachs, P. R. (1981). Expectation as a mediator in alcohol intoxications: A reference level model. *Cognitive Therapy and Research*, *5*(1), 1–18. doi:[10.1007/BF01172322](https://doi.org/10.1007/BF01172322)

Melhem, N. M., Day, N., Shear, K., Day, R., Reynolds, C. F. & Brent, D. (2004). Predictors of complicated grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Journal of Loss and Trauma*, *9*(1), 21–34. doi:[10.1080/1532502490255287](https://doi.org/10.1080/1532502490255287)

Mezey, G., Evans, C. & Hobdell, K. (2002). Families of homicide victims: Psychiatric responses and help-seeking. *Psychology and Psychotherapy: Therapy, Research and Practice*, *75*, 65–75. doi:[10.1348/147608302169553](https://doi.org/10.1348/147608302169553)

Murphy, S. A., Johnson, L. C., Chung, I. & Beaton, R. D. (2003). The prevalence of PTSD following the violent death of a child and predictors of change 5 years later. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(1), 17–25. doi:[10.1023/A:1022003126168](https://doi.org/10.1023/A:1022003126168)

Newson, R. S., Boelen, P. A., Hek, K., Hofman, A. & Tiemeier, H. (2011). The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders*, *132*, 231–238. doi:[10.1016/j.jad.2011.02.021](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.021)

NOU 2012: 14 (2012). *Terrorangrepene 22. juli 2011*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-14/id697260/>

O'Connor, M., Lasgaard, M., Shevlin, M. & Guldin, M.-B. (2010). A confirmatory factor analysis of combined models of the Harvard Trauma Questionnaire and the Inventory of Complicated Grief – Revised: Are we measuring complicated grief or posttraumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7). doi:[10.1016/j.janxdis.2010.04.009](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.04.009)

Pedersen, E. R., Myers, U. S., Browne, K. C. & Norman, S. B. (2014). The role of alcohol expectancies in drinking behavior among women with alcohol use disorder and comorbid posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(3), 178–187. doi:[10.1080/02791072.2014.917750](https://doi.org/10.1080/02791072.2014.917750)

Pfeffer, C. R., Martins, P., Mann, J., Sunkenberg, M., Ice, A., Damore, J. P., . . . Jiang, H. (1997). Child survivors of suicide: Psychological characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 65–74. doi:[10.1097/00004583-199701000-00019](https://doi.org/10.1097/00004583-199701000-00019)

Pilling, J., Thege, B. K., Demetrovics, Z. & Kopp, M. S. (2012). Alcohol use in the first three years of bereavement: A national representative survey. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(3), 1–5. doi:[10.1186/1747-597X-7-3](https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-3)

Prigerson, H., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, K., Day, N., . . . Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 154(5), 616–623. doi:[10.1176/ajp.154.5.616](https://doi.org/10.1176/ajp.154.5.616)

Prigerson, H., 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-IV and ICD-11. *PLOS Medicine*, 6(8), 1–12. doi:[10.1371/journal.pmed.1000121](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121)

Prigerson, H., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., . . . Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1–2), 65–79. doi:[10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)

Prigerson, H., Shear, K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., . . . Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174(1), 67–73. doi:[10.1192/bip.174.1.67](https://doi.org/10.1192/bip.174.1.67)

Rheingold, A. A., Zinzow, H., Hawkins, A., Saunders, B. E. & Kilpatrick, D. G. (2012). Prevalence and mental health outcomes of homicide survivors in a representative U.S. sample of adolescent: Data from the 2005 national survey of adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 687–694. doi:[10.1111/j.1469-7610.2011.02491.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02491.x)

Rubin, D. B. (1996). Multiple imputation after 18+ years. *Journal of the American Statistical Association*, 91(434), 473–489. doi:[10.2307/2291635](https://doi.org/10.2307/2291635)

Shear, K. & Mulhare, E. (2008). Complicated grief. *Psychiatric Annals*, 38(10), 662–670. doi:[10.3928/00485713-20081001-10](https://doi.org/10.3928/00485713-20081001-10)

Shear, K. & Shair, H. (2005). Attachment, loss and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 253–267. doi:[10.1002/dev.20091](https://doi.org/10.1002/dev.20091)

Skretting, A., Vedøy, T. F., Lund, K. E. & Bye, E. K. (2016). *Rusmidler i Norge 2016: Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet*. Hentet fra Folkehelseinstituttets nettsider: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/rusmidler_i_norge_2016.pdf

Stewart, S. H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120(1), 83–112. doi:[10.1037/0033-2909.120.1.83](https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.1.83)

Storvoll, E. E., Rossow, I., Moan, I. S., Norström, T., Scheffels, J. & Lauritzen, G. (2010). *Skader og problemer forbundet med bruk av alkohol, narkotika og tobakk*. (Rapport nr. 3/2010). Hentet fra Folkehelseinstituttets nettsider: <https://www.fhi.no/globalassets/akder-sirusrap.3.10.pdf>

Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, 370(9603), 1960–1973. doi:[10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)

Suar, D., Das, S. S. & Alat, P. (2015). Bereavement, postdisaster trauma, and behavioral changes in tsunami survivors. *Death Studies*, 39(4), 226–233. doi:[10.1080/07481187.2014.979957](https://doi.org/10.1080/07481187.2014.979957)

Swendsen, J. D., Tennen, H., Carney, M. A., Affleck, G., Willard, A. & Hromi, A. (2000). Mood and alcohol consumption: An experience sampling test of the self-medication hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 198–204. doi:[10.1037//0021-843X.109.2.198](https://doi.org/10.1037//0021-843X.109.2.198)

Tefre, E. M., Amundsen, A., Nordlund, S. & Lund, K. E. (2007). *Studenter og rusmidler: Bruk av alkohol, tobakk, narkotika og pengespill blant studenter ved Universitetet i Oslo*. (SIRUS-rapport nr. 4/2007). Hentet fra Folkehelseinstituttets nettsider: <https://www.fhi.no/publ/eldre/studenter-og-rusmidler/>

Thimm, J. C., 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. *Scandinavian Psychologist*, 6, e7. doi:[10.15714/scandpsychol.6.e7](https://doi.org/10.15714/scandpsychol.6.e7)

Vance, J. C., Boyle, F. M., Najman, J. M. & Thearle, M. J. (2002). Couple distress after sudden infant or perinatal death: A 30-month follow up. *Paediatrics and Child Health*, 38(4), 368–372. doi:[10.1046/j.1440-1754.2002.00008.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2002.00008.x)

Veilleux, J. C., Skinner, K. D., Reese, E. D. & Shaver, J. A. (2014). Negative affect intensity influences drinking to cope through facets of emotion dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 59, 96–101. doi:[10.1016/j.paid.2013.11.012](https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.11.012)

Volkan, V. (1970). Typical findings in pathological grief. *The Psychiatric Quarterly*, 44(1), 231–250. doi:[10.1007/BF01562971](https://doi.org/10.1007/BF01562971)

World Health Organization (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test; Guidelines for use in primary care. Hentet fra [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO MSD MSB 01.6a.pdf;jsessionid=BCF1435821A6B7ED13788936F6ED5C8E?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=BCF1435821A6B7ED13788936F6ED5C8E?sequence=1)

World Health Organization (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems*. Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>

Zinzow, H., Rheingold, A. A., Hawkins, A., Saunders, B. E. & Kilpatrick, D. G. (2009). Losing a loved one to homicide: Prevalence and mental health correlates in a national sample of young adults. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 20–27. doi:[10.1002/its.20377](https://doi.org/10.1002/its.20377)

Zisook, S., Schuchter, S. R. & Mulvihill, M. (1990). Alcohol, cigarette, and medication use during the first year of widowhood. *Psychiatric Annals*, 20(6), 318–325. doi:[10.3928/0048-5713-19900601-09](https://doi.org/10.3928/0048-5713-19900601-09)

-
1. I forskningslitteraturen benyttes en rekke begreper om kompliserte sorgformer, deriblant forlenget sorglidelse (Prigerson et al., 1999) og et al., 2009), traumatisk sorg (Prigerson et al., 1999) og patologisk sorg (Volkan, 1970). I denne artikkelen vil vi utelukkende benytte betegnelsen «forlenget sorg». [↔]