



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for psykologi

Sorg og selvmedfølelse

Evnen til egenomsorg etter betydelige tap

—

Helga Vara

Hovedoppgave i psykologi, August 2017



Forord

Denne hovedoppgaven er et arbeid utført ved UiT - Norges Arktiske Universitet, Institutt for Psykologi, våren 2017. Oppgaven er skrevet uten samarbeid med andre studenter, og uten finansiell støtte fra universitetet eller andre institusjoner.

Under arbeidet med denne hovedoppgaven har veileder bidratt med utarbeiding av problemstilling, revidering av innlevert tekst, hjelp til tolkning og presentasjon av statistiske funn og formatering i henhold til angitte retningslinjer. Veileder har også gitt anbefalinger vedrørende bruk av måleinstrumenter, og har kontinuerlig gitt feedback på struktureringen av spørreundersøkelse til datainnsamling. Veileder har videre bistått i innsamling av bakgrunnsmateriale til fagteksten.

Studenten har utarbeidet spørreundersøkelsen (med veileders hjelp), samlet inn data og relevant fagstoff, skrevet oppgaveteksten, utført statistiske analyser og gjort vurderinger av resultatene av disse. Disse vurderingene er diskutert med veileder, og revidert i henhold til felles konsensus.

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	4
2	Introduksjon	5
	2.1 Hva er sorg?	5
	2.1.1 Kjennetegn ved sorgopplevelsen	5
	2.1.2 Sorg som sosial rolle	6
	2.2 Hva skiller komplisert sorg fra vanlige sorgforløp?	9
	2.2.1 Sorg som diagnose	9
	2.2.2 Risikofaktorer for utvikling av komplisert sorg	10
	2.2.3 Lidelsesperspektivet	12
	2.2.4 Skyld og skam i sorgen	13
	2.3 Hva er selvmedfølelse?	14
	2.3.1 Historie bak begrepet	14
	2.4 Selvmedfølelsens tre deler i henhold til Neffs Definisjon (2003)	15
	2.4.1 Selvvennlighet	15
	2.4.2 Fellesmenneskelighet	16
	2.4.3 Mindfulness	17
	2.4.4 Interaksjoner mellom de ulike delbegrepene	18
	2.5 Selvmedfølelse og psykologisk fungering	18
	2.5.1 Selvmedfølelse kontra andre begreper	18
	2.5.2 Selvmedfølelse som beskyttende faktor	20
	2.5.3 Selvmedfølelse og emosjonsregulering	21
	2.5.4 Hva kan selvmedfølelse bidra med innen sorgbehandling?	21
3.	Metode	23
	3.1 Deltagere	23

3.2 Instrumenter	25
3.2.1 Inventory of Complicated Grief (ICG)	25
3.2.2 Self-compassion Scale (SCS)	25
3.2.3 Revised Neurticism, Extraversion Openness - Personality Inventory (NEO FFI)	26
3.2.4 Symptom Checklist 90, revidert versjon (SCL-90-R)	27
3.3 Analyse	27
4. Resultater	27
5. Diskusjon	30
5.1 Hvordan kan vi forstå resultatet?	30
5.1.2 Hva kan vi bruke dette til?	32
5.1.3 Svakheter ved studien	35
5.1.4 Videre forskning på emnet	36
6. Avslutning	36
7. Kilder	38

1. Sammendrag

Sorg er en normal og naturlig reaksjon på betydelige tap, og en opplevelse de fleste mennesker gjennomgår uten å få varige men. Likevel oppleve rundt 10% av etterlatte at sorgreaksjoner blir langvarige og fører til funksjonsnedsettelse over lang tid. Dette kalles komplisert sorg. I denne oppgaven ser vi på hvordan selvmedfølelse (self-compassion), et begrep fra den tredje bølgen av kognitive terapiformer, henger sammen med sorgreaksjonen hos et utvalg fra den generelle befolkningen.

Den aktuelle studien er en kvantitativ undersøkelse gjort på et utvalg personer som er i sorg etter tap (N = 158). Deltakerne besvarte spørreskjemaer som kartlegger symptomer på komplisert sorg (Inventory of Complicated Grief), selv-medfølelse (Self-compassion Scale), depresjon (Brief Symptom Inventory depression scale), og nevrotisisme (NEO-FFI). Dataanalyser inkluderer deskriptiv statistikk, korrelasjoner og en trinnvis regresjonsanalyse. Resultatene viser en statistisk signifikant sammenheng mellom flere av delbegrepene innen selvmedfølelse og totalbelastning av sorgsymptomer. Imidlertid oppnådde ikke selvmedfølelse statistisk signifikant forklaringsverdi utover relevante bakgrunnsvariabler variabler knyttet til tapet, depresjon og nevrotisisme på multivariat analyse.

Det kan konkluderes med at sorgsymptomer er knyttet til isolasjonsfølelse og selvkritikk hos et ikke-klinisk utvalg. Videre undersøkelser på sammenhengen mellom selvmedfølelse og sorg kan potensielt rettes inn mot disse assosiasjonene.

2. Introduksjon

2.1 Hva er sorg?

2.1.1 Kjennetegn ved sorgopplevelsen

Sorg er en tilstand som kjennetegnes av sterkt nedstemt stemningsleie, lengsel, grubling og håpløshetsfølelse i etterkant av et tap (Stroebe et al., 2000). Sorg er en emosjon som blir beskrevet som svært skjellsettende og ubehagelig, og er i vår kulturelle ramme tette knyttet til de følelsesmessige tumultene venner og familiemedlemmer hensettes i når en viktig relasjon brytes permanent som følge av et dødsfall (Jordan & Litz, 2014; Prigerson et al., 2009; Stroebe et al., 2007). Tidlige forsøk på å forstå og systematisere den observerbare og allmenmenneskelige reaksjonen på tap anså sørgeprosessen som en rekke påfølgende faser der den etterlatte gjennomgikk og bearbeidet ulike aspekter ved tapet (Dyregrov, 2006). Kritikken mot disse tidlige modellene var at de krevde en forutbestemt rekkefølge for emosjonene knyttet til tapet og omstillingen. En annen innvending var at denne typen sorgmodell var for rigid i forhold til de varierte måtene sorg kommer til uttrykk på, og de sterke affektive omveltningene som kan ses hos mennesker i sorg (Dyregrov, 2006). Senere modeller for sorg har blitt mer orientert mot samspillet mellom kognisjon og emosjoner hos sørgende, og anser kompliserte sorgforløp for å være et resultat av et negativt samspill mellom disse (Boelen et al., 2006; Stroebe & Schut, 2010). Et nytt tilskudd til sorgforskning har vært inkluderingen av den såkalte tosporsmodellen (dual process modell of bereavement) utarbeidet av Stroebe og Schut i 1999, som anser sorg som bestående av parallelle prosesser orientert mot emosjonell bearbeiding av tapet, og restaurering av de praktiske omstendighetene i den etterlattes liv (Stroebe & Schut, 1999; Stroebe & Schut, 2010).

2.1.2 Sorg som sosial rolle

Sorg som emosjon er assosiert med flere målbare fysiologiske prosesser som avviker fra den avbalanserte og rolige tilstanden et menneske befinner seg i uten negativaffektiv påvirkning. Mennesker som gjennomgår sorg, rapporterer oftere fysiske symptomer slik som svimmelhet, hodepine, smerter og søvnproblemer. Langvarig sorg er assosiert med høyere risiko for hjerte- og karsykdommer, og vekttap. I tillegg har sørgende forhøyet dødsrate sammenlignet med ikke-sørgende med samme helse- og sosioøkonomiske status (Stroebe et al., 2007). Selv om sorg kan forstås som en emosjonell tilstand med fysiske trekk, er det minst like relevant å forstå sorg som en sosial tilstand et menneske hensetter seg (eller blir hensatt) i etter tap av et viktig relasjonsobjekt (Bowlby, 1980). Mennesker er sosiale vesener som er avhengige av tett sameksistens og samarbeid for å overleve. Intet menneske kan leve i et sosialt vakuum, men blir påvirket (og påvirker) andre individer rundt seg. Sosiale normer skapt av den kulturelle konteksten et individ befinner seg i, spiller også en vesentlig rolle for vedkommendes affektforståelse og atferd under påvirkning av emosjoner. Dette gjelder også sorg. Sorg og sørgeprosessen forbundet med dødsfall har gjennom hele det moderne menneskets dokumenterbare eksistens vært rammet inn av kulturelle forventninger og tabuer. Samfunnet et individ lever i, gir vedkommende retningslinjer for hva som er forventet atferd i forbindelse med vesentlige livsomveltninger, slik som ekteskap, barnefødsler og dødsfall i familie eller vennekrets (Helman, 2007). Individets atferd i forbindelse med sorg må derfor forstås delvis ut fra de forventninger vedkommende mottar fra omgivelsene. Menneskene rundt de sørgende mottar på samme måte kulturelle normer for hvordan de skal reagere på dødsfallet. I vår kultur vil mennesker rundt de sørgende oftest reagere med en mild og omsorgsfull holdning til de etterlatte i den første perioden etter dødsfallet. Man ser på de sørgende som sårbare, og behandler dem på en skånsom og trøstende måte. Hard framferd overfor mennesker som for kort tid siden har mistet et nært menneske vil ses på som brutalt

og hensynsløst (Taylor, 2015). Det er vist at høy grad av slik sosial støtte har en positiv effekt på utfall av sorgprosessen i kjølvannet av et dødsfall (Schultz et al., 2006; Jordan & Litz, 2014; Feigelman et al., 2011; Yalom, 2008). Omsorgen avtar imidlertid ofte etter en gitt tidsperiode. Hvor lenge omgivelsene behandler de sørgende med denne typen varsomhet varierer i henhold til den avdødes sosiokulturelle status og hvilken relasjon de etterlatte har hatt til vedkommende. På samme måte vil definisjonen av hva som er avvikende eller "feil" måte å oppføre seg på i en sørgetilstand, være påvirket av miljøet et menneske befinner seg i. Omverdenen har også en viss definisjonsmakt når det gjelder hvor lenge et menneske skal sørge over et tap eller hvilke emosjoner som skal innebefattes av sorgreaksjonen (Taylor, 2015). Dette kulturelle rammeverket kan hjelpe mennesker gjennom sorgen ved å gi en viss pekepinn for hvordan de sterke følelsene som kan velle opp, kan eller bør håndteres. Det kan på samme måte være til hinder for en sunn gjennomarbeiding av sorgen ved å kommunisere til individet at vedkommendes emosjoner på en eller annen måte er avvikende eller feil.

Det finnes flere eksempler på at situasjonelle omstendigheter rundt et dødsfall påvirker de etterlattes emosjonelle respons (Feigelman et al., 2008), f. eks. etter langtidssykeleie eller dødsfall som et resultat av rusmisbruk. Man kan blant annet se at responsen hos etterlatte som har stelt og tatt vare på sterkt demente familiemedlemmer ofte vil være preget av lettelse over at lidelsene til den avdøde er endt, samt økt energinivå som følge av en vesentlig redusert omsorgsbyrde i tillegg til den mer akseptable tristhetsfølelsen (Schultz et al., 2006; Feigelman et al., 2009). Lettelse og økt energi er ikke noe som er allment aksepterte reaksjoner på tap av familiemedlemmer. Etterlatte som opplever disse emosjonene, kan rapportere at de frembringer sterke samvittighetskvaler og skyldfølelse over å ha positive reaksjoner på et betydelig tap (Feigelman et al., 2009). Lignende motstridende reaksjoner ser man hos etterlatte som har tapt et familiemedlem som følge av alkoholisme eller stoffmisbruk. Pårørende kan i disse tilfellene oppleve de samme tabubelagte følelsene knyttet til dødsfallet,

men i tillegg få en tyngre oppgave med å arbeide seg gjennom sorgen fordi forholdet til avdøde ikke var optimalt (Feigelman et al., 2009). Langvarig substansmisbruk har en sterk negativ effekt på familierelasjoner, og pårørende til mennesker som sliter med avhengighet, rapporterer om motstridende tanker rundt hvordan de skal forholde seg til misbruket og personen som er avhengig. Ofte fortelles det om en svingning mellom et ønske om å akseptere og ha et forhold til personen på tross av misbruket, et ønske om å hjelpe vedkommende ut av avhengigheten, og behov for å beskytte seg selv i relasjonen til personen (Feigelman et al., 2009, 2011; Templeton et al., 2016). Å fullt leve opp til disse tre ønskene er en tilnærmet umulig oppgave. Stoffrelaterte dødsfall kommer ofte brått, og de etterlatte har liten eller ingen tid på å forberede seg på tapet. Likeledes har den døde liten tid til å pleie relasjoner før han/hun dør. Familie- og vennerelasjoner er ofte preget av ambivalens ved denne typen dødsfall. Disse uavklarte relasjonene fører ofte til en mer komplisert og tung sorgprosess for de etterlatte. Mennesker som gjennomgår denne typen tap, møter i tillegg en større grad av fordømmelse fra omgivelsene, ettersom flere vestlige samfunn fremdeles har en sterk fordømmende holdning til mennesker med substansavhengighet. Pårørende har i slike tilfeller en tyngre oppgave med å gjennomarbeide sorgen, samtidig som de mottar mindre av den omsorg og støtte sørgende vanligvis får fra omgivelsene. Som et resultat av disse faktorene rapporterer denne gruppen etterlatte om større grad av komorbide depressive symptomer etter dødsfallet, samt mer langvarig og tungvint sørgeperiode (Feigelman et al., 2011; Stroebe et al., 2014).

Substansrelaterte dødsfall går inn under kategorien traumatiske dødsfall. Disse tapene karakteriseres av kort eller ingen forberedelsesfase, brå unaturlig død og varierende grad av tabu rundt dødsårsaken. Ulykker, drap, terror, naturkatastrofer og suicid kan være årsaker til traumatiske sorgprosesser. Traumerelatert sorg framkaller oftere unngåelsesatferd fra de etterlatte, der minner om den døde eller dødsfallet framkaller flere sterke sorgresponser eller

mer typiske traumeaktige reaksjoner (Kristensen et al., 2009, 2012; Stroebe et al., 2014). På grunn av ubehaget rundt dødsfallets omstendigheter, eller det sterke tabuet som omgir flere slike dødsfall, vil mange etterlatte unngå å åpent bearbeide sorgen, snakke om avdøde eller dødsfallet eller oppleve skyldfølelse eller skam (Kristensen et al., 2012). Slike plutselige dødsfall kan framkalle sjokk eller uvirkelighetsfølelse hos pårørende. Dette er uheldig for gjennomarbeidingen av sorgen, og kan i tillegg være en kilde til senere depressiv problematikk eller traumelidelser (Kristensen et al., 2009).

2.2 Hva skiller komplisert sorg fra vanlige sorgforløp?

2.2.1 Sorg som diagnose

I perioden før diagnosemanualen DSM-5 (APA, 2013) kom ut, oppsto det en debatt i fagmiljøet om hvorvidt det burde inkluderes en diagnose som omfattet særlig komplekse sorgforløp (Jordan & Litz, 2014). De sterke emosjonelle omveltningene som oppstår etter et tap, er i høy grad naturlige reaksjoner som tyder på en (mer eller mindre) sunn sosial kognisjon hos de etterlatte. At diagnosemanualene for psykiske lidelser har blitt stadig tykkere og mer omfattende i takt med at nye revisjoner har kommet ut, har fra flere hold blitt tolket som et forsøk fra psykiatriens side på å sykeliggjøre stadig flere av de normale aspektene ved det å være menneske (Kristensen, 2013).

Da femte utgave av DSM kom i 2013, ble Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) i DSM-5 inkludert som en tilstand det ville være nødvendig å undersøke nærmere som selvstendig diagnose. Tidligere utgaver av denne manualen inneholdt sorg som et eksklusjonskriterium under definisjonen av depresjon, noe som ekskluderte sorg som noe patologisk. At komplisert sorg nå er på vei til å bli en "fullverdig diagnose" i DSM-5, og er planlagt å inkluderes under navnet Prolonged Grief Disorder (PGD) i ICD-11 (Maercker et al., 2013), skapte kontroverser og medieoppslag internasjonalt og i Norge (Fonn, 2015;

Herrestad, 2011). De planlagte diagnosekriteriene for PGD i ICD-11 er: en vedvarende og sterk sorgreaksjon etter tap av en betydelig annen karakterisert av intens lengsel etter avdøde og tankemessig fokus rundt avdøde i kombinasjon med sterk negativ affektiv påvirkning. Dette kommer ofte til uttrykk som tristhet, skyldfølelse, anger, fornektelse av tapet, endret oppfatning av egen sosiale rolle, følelsesmessig nummenhet og manglende initiativ til å delta i sosiale eller lystbetonte aktiviteter. De foreslåtte diagnostiske kriteriene spesifiserer at disse reaksjonene skal være tilstede etter 6 måneder, og etter at den etterlatte ville være forventet å ha reetablert sin fungering i henhold til sorgritualene i hans/hennes kulturelle rammeverk. Det legges også vekt på observerbar funksjonsnedsettelse i personens daglige, sosiale eller yrkesaktive liv (Jordan & Litz, 2014; Prigerson et al., 2009; who.int, lastet ned 12.07.17). Kriteriene for PCBD er sammenfallende med de vi finner for PGD, men forholder seg til et 12-måneders perspektiv, og har mer fokus på at reaksjonen til den etterlatte må bryte med de kulturelle normer han/hun er en del av (Prigerson et al., 2009). Innen feltet for sorgforskning har det vært noe debatt om hvorvidt begrepene for å beskrive langvarig og funksjonsnedsettende sorg representerer distinkte fenomener, eller er diagnostisk overlappende (Maciejewski et al., 2016). I denne studien vil vi ikke gå inn i de eventuelle nyansene mellom de ulike begrepene, men benytte oss av begrepet komplisert sorg for å kjennetegne disse tilstandene.

2.2.2 Risikofaktorer for utvikling av komplisert sorg

I en systematisk oversikt over risikofaktorer for utvikling av komplisert sorg identifiserte Burke og Neimeyer (2013) fem kategorier av risikofaktorer for utvikling av kompliserte sorgforløp. Disse kategoriene er omstendighetene rundt dødsfallet, kvaliteten på forholdet til avdøde, intrapersonlige og interpersonlige faktorer og spiritualitet. Sjansen for at et sorgforløp utvikler seg i en negativ retning, øker i sammenheng med en rekke

omkringliggende faktorer. Som nevnt tidligere øker risikoen for komplisert sorg ved tabubelagte former for død (slik som stoffrelaterte dødsfall og selvmord). Videre er brå dødsfall assosiert med større funksjonstap og lengre sorg etter døden (Kristensen et al., 2012). Dette kan være både på grunn av at de etterlatte ikke har fått forberede seg sammen med den nå avdøde eller fått rundet av relasjonen (Feigelman et al., 2011). Brå dødsfall er dessuten oftere knyttet til traumatiske omstendigheter, slik som drap, naturkatastrofer eller trafikkulykker, der mediedekning av hendelsen kan øke belastningen på de etterlatte. Å se kroppen til en av sine elskede i dårlig forfatning etter et slikt dødsfall har også vist seg å øke risikoen for komplisert sorg (Kristensen et al., 2012; Kristensen et al., 2015; Templeton et al., 2016). Interpersonlige faktorer omhandler det sosiale aspektet ved sorg. Dette er nevnt tidligere. Støtte fra omgivelsene er negativt assosiert med kompliserte sorgforløp, mens den fordømmelsen eller unngåelsen som ofte går hånd i hånd med tabubelagte former for dødsfall, øker risikoen for komplisert sorg (Feigelman et al., 2011). Et annet aspekt ved tap som utgjør en risikofaktor for komplisert sorg, er type relasjon til avdøde. Nærmere familiebånd eller partnerskap gjennom mange år øker sannsynligheten for at sorgen blir langvarig eller komplisert (Burke & Neimeyer, 2013). Økonomisk eller sosial avhengighet av avdøde er også assosiert med økt risiko for problematisk sorg. En viktig del av sorgprosessen er den oppgaveorienterte sørgingen, der den etterlatte må restrukturere sitt økonomiske og sosiale liv (Stroebe & Schut, 2010). Det er tyngre for etterlatte å gjennomføre denne oppgaven når store deler av deres praktiske liv var knyttet til avdøde.

Intrapersonlige faktorer er en annen type forhold som øker risiko for komplisering av sorgforløpet (Burke & Neimeyer, 2013). Her er det funnet at flere personlighetsfaktorer, kognitive stiler og ulike tilknytningsmønstre er nærmere assosiert med tyngre reaksjoner på tap. Undersøkelser som har sett på sorg i relasjon til de fem fasettene i femfaktormodellen for personlighet, har funnet at økende grad av nevrotisisme (altså en tendens til grubling,

nervøsitet og frykt for avvisning) er positivt assosiert med flere former for psykopatologi og med større vansker med reorientering og gjennomgang av den naturlige sorgen etter et betydelig tap (Burke & Neimeyer, 2013; Wijngaards-de Meij et al., 2007). Mennesker som skårer høyt på mål for nevrotisisme, har oftere en negativ orientert kognitiv stil enn de som skårer lavere på dette trekket. En negativ kognitiv stil innebærer en tendens til å forvente dårlige eller skadelige utfall av hendelser i livet, samt en tendens til å ha negative grunnantagelser om tilværelsen (Wilhelmsen, 2004). Hva angår risikoen for komplisert sorg er negative antagelser knyttet til tapet og fremtiden uten den døde spesielt viktig. Videre har en engstelig eller unngående tilknytningsstil vist seg å være nærmere assosiert med komplisert sorg, sammenlignet med tryggere tilknytning (Burke & Neimeyer, 2013; Robinson & Marwit, 2006; Stroebe & Schut, 2010; Wijngaards-de Meij et al., 2007). Den siste gruppen risikofaktorer er spiritualitet og meningsdannelse hos de etterlatte. Mennesker som danner et meningsbærende narrativ etter et tap, og som skårer høyere på mål for spiritualitet, viser mer resiliens ved dødsfall (Burke & Neimeyer, 2013). Mange mennesker søker seg til mer spirituelle eller overmenneskelige forklaringer (slik som Gud eller skjebnen) i møte med enden av livet. Dette kan slå begge veier. Mennesker kan finne trøst i spirituelle eller religiøse tanker ved tap, men også fordømmelse og hardhet fra omgivelsene og seg selv dersom dødsfallet avviker fra religiøst betingede normer (Burke & Neimeyer, 2013; Feigelman et al., 2011). Dette er et eksempel på at de ulike gruppene av risikofaktorer går inn i hverandre, her ved at vi finner et skjæringspunkt mellom spiritualitet, intrapersonlige forhold og graden av sosial støtte.

2.2.3 Lidelsesperspektivet

Men hvorfor skal sorg i det hele tatt inkluderes som psykisk lidelse? For å svare på dette spørsmålet kan det være hensiktsmessig å se på den dypere meningen ved psykologers

og psykiateres arbeid. Vår oppgave er å lindre og forebygge menneskelig lidelse, samt gi håp og støtte til mennesker som gjennomgår tøffe livsfaser. Sorg er en smertefull opplevelse, men vil i de fleste tilfeller avta med tid og støtte fra omgivelsene. Mennesker med mer kompliserte sorgforløp befinner seg i en tilstand der de er frosset fast i tristheten, lengselen og håpløsheten, og denne sorgen tenderer til å vokse, heller enn avta, med tiden (Ilsung, 2015). Videre har flere undersøkelser vist en økt risiko for utvikling av somatiske helseplager og økt morbiditet hos etterlatte (Stroebe et al., 2007), samt økt risiko for utvikling av komorbid depresjon hos mennesker som gjennomgår kompliserte sorgforløp (Fried et al., 2015; Hensley, 2006; Parker et al., 2015). Det finnes en viss overlapp mellom disse to lidelsene, men depresjon skiller seg fra sorg ved at det oftere er en sterk devaluering av selvet (som ikke er knyttet til en endret sosial rolle som følge av tap), og at mennesker med depressive lidelser sjelden har tilnærmet hallusinatoriske opplevelser av andre individer som er borte. Ved komplisert sorg ser man at grubling, tristhet og triste framtidstanker primært er assosiert med tapet av den døde, heller enn å være generalisert til alle aspekter av tilværelsen (Fried et al., 2015; Kristensen et al., 2012). Risikoen for utvikling av komorbiditet i forbindelse med komplisert sorg korrelerer med tidligere psykiatrisk sykehistorie, omstendighetene rundt dødsfallet, nært slektskap til den avdøde og grad av sosial støtte fra omgivelsene (Feigelman et al., 2009; Kristensen et al., 2012; Schultz, 2006). Sorg kan altså være en inngangsport til mer omfattende problematikk, samtidig som det er en tilstand som framkaller lidelse og hindrer personen fra å leve i tråd med sitt egentlige funksjonsnivå. Videre er det vist at komplisert sorg har en unik kontribusjon til det helhetlige symptombildet hos personer med komorbid depresjon eller angstlidelse når man kontrollerer for effekten av disse (Jordan & Litz, 2014). Hos voksne etterlatte som har opplevd et ikke-voldelig dødsfall, fant en metaanalyse av Lundorff og medarbeidere (2017) at forekomsten av klinisk relevante symptomer på PGD var tilstede hos rundt 10 % av voksne etterlatte som hadde opplevd et

ikke-voldelig dødsfall. Hos etterlatte som har opplevd et tap under mer traumatiske omstendigheter, er dette tallet høyere (se f. eks Feigelman et al., 2011 eller Kristensen et al., 2012).

2.2.4 Skyld og skam i sorgen

I tiden etter et betydelig tap er det en del etterlatte som sitter igjen med en opplevelse av at de ikke levde opp til egne forventninger i sin relasjon til avdøde, eller at de på en eller annen måte kan klandres for selve dødsfallet (Feigelman et al., 2009; Feigelman et al., 2011; Stroebe et al., 2014; Templeton et al., 2016). Ofte er disse oppfatningene ikke relatert til kvaliteten på den brutte relasjonen eller de faktiske omstendighetene rundt dødsfallet (Stroebe et al., 2014). Skyld og skam kan ses i sammenheng med det sosiale aspektet av sorg som gjør dette til en delt opplevelse, i og med at både omstendighetene rundt et dødsfall og de etterlattes reaksjon, er gjenstand for en verdiladet vurdering fra omverdenen. Det er tidligere nevnt hvordan visse former for død (f.eks overdose eller selvmord) er tabubelagte og gjenstand for fordømmelse av avdøde eller vedkommendes familie (Templeton et al., 2016). Under slike omstendigheter er det høyere risiko for at de pårørende internaliserer negative holdninger i samfunnet, og integrerer disse oppfatningene i sin sorgprosess (Feigelman et al., 2011; Templeton et al., 2016). Dette kan gjøre det mer komplisert for de etterlatte å restrukturere sitt forhold til avdøde, samt innse realitetene rundt tapet (Dyregrov, 2006). En opplevelse av å på en eller annen måte ha sviktet avdøde eller påført ham/henne lidelse mens han/hun var i live kan ha en lignende forstyrrende innvirkning på sorgens gang (Stroebe et al., 2014). Skam er i sin natur en veldig isolerende emosjon, som kanskje har sitt utspring i sosial regulering i henhold til gruppenormer tidlig i menneskets utvikling (Gilbert & McGuire, 1998). Mange mennesker vil naturlig reagere på skam ved å motarbeide kildene til den opplevde fordømmelsen, for slik å gjenoppnå aktelse i gruppen (Gilbert, 2007). For personer som

opplever skam som følge av en permanent brutt relasjon, er denne formen for reparasjonsarbeid vanskelig. Egenopplevd fordømmelse, skyld eller skam kan derfor ha en langvarig isolerende effekt på de etterlatte. Dette har negativ innvirkning på sorgprosessen isolert sett, men frarøver også de etterlatte den lindrende sosiale støtten (Dyregrov et al., 2009; Feigelman et al., 2011).

2.3 Hva er selvmedfølelse?

2.3.1 Historie bak begrepet

Self-compassion eller selvmedfølelse (SM) er et forholdsvis ungt begrep i vestlig psykologi. Begrepet ble fast konseptualisert av Kristin Neff i 2003. Neff tok utgangspunkt i buddhistisk lærdom rundt den brede forståelsen av begrepet medfølelse. Medfølelse, hevdet hun, handler om å se smerte og reagere med ømhet og omsorg overfor den som lider, samt å inneha et ønske om å lindre lidelse. I vår vestlige kulturkrets (som er sterkt influert av kristendommen) er medfølelse for andre en kvalitet som er høyt verdsatt og oppmuntret i samfunnet. Mange individer vil kunne fortelle at de forsøker å leve opp til dette idealet i sitt møte med andre menneskers lidelse og motgang, men at de møter egen smerte med hardhet og selvkritikk (Neff & Vonk, 2009).

Buddhistisk forståelse handler om å utvide denne godheten til også å omfatte seg selv. Evnen til å anerkjenne sin egen smerte og møte den med varme, omsorg og et ønske om å lindre den på samme måte som man ville møtt en god venn eller et elsket familiemedlem i samme situasjon, er en tanke som ligger langt fra mer kjente forestillinger om selvtukt og skamfølelse som er innarbeidet i vårt kulturelle rammeverk (Neff & Vonk, 2009). Å innta en holdning til seg selv som er åpen og ømhjertet kan ifølge tanken bak SM bidra til økt psykologisk og somatisk velvære, ved at individet lærer egne teknikker for å lindre egen lidelse og kan tilby seg selv den varme han/hun trenger for å arbeide seg gjennom vonde ting

(Neff, 2003a). SM har blitt tatt i bruk i klinisk sammenheng siden begrepet ble konseptualisert i 2003. Det finnes ulike programmer der SM blir benyttet, blant annet compassion-focused therapy (Gilbert, 2009) og mindful self-compassion training (Germer & Neff, 2013; Gilbert, 2009). Prinsippene fra SM benyttes på litt ulik måte i de forskjellige programmene, men kjernen er alltid den samme.

2.4 Selvmedfølelsens tre deler i henhold til Neffs definisjon (2003a)

2.4.1 Selvvennlighet

Det første elementet i selvmedfølelse er selvvennlighet kontra selvkritikk (self-kindness versus self-criticism). Mennesker med høy selvmedfølelse har en mer nådig holdning til egen ufullkommenhet, og har evnen til å innta en vennlig indre dialog med seg selv i møte med motgang. Å skåre høyt på mål av selvvennlighet innebærer å vise seg selv den samme forståelse og tilgivelse ved større eller mindre nederlag som man ville vist en elsket venn (Neff, 2003a). Hvordan et individ utøver denne vennligheten mot seg selv varierer. Ulike teknikker for å øke selvvennlighet inkluderer å føre en god og øm indre dialog, gjenta styrkende og oppmuntrende setninger for seg selv på en imøtekommende og vennlig måte, lindrende og vennlig berøring av eget legeme (Germer et al., 2013), å tenke på seg selv som en annen utenfor seg selv som snakker i rollen som en god venn og skriftlig konkretisering av gode ord til seg selv (Neff, 2003a).

For mennesker som skårer lavt på selvvennlighet kan man ofte se et ganske annerledes mønster av indre dialog. Sterkt selvkritiske mennesker beskriver ofte et mønster av gjentakende demoraliserende og destruktiv indre tale som gir flere negative effekter, slik som lavere opplevelse av egenverdi, manglende pågangsmot for å igangsette nye prosjekter (av frykt for å mislykkes), distansering fra seg selv som menneske og økt nivå av negativ affekt (Gilbert, 2009; Neff, 2003a). Dersom denne ødeleggende dialogen utvikler seg til et

gjentakende mønster, er det fare for å gå inn i en selvforsterkende spiral av devaluering og følelsesmessig selvskading. Det øker også risikoen for utvikling av depressive lidelser (Wilhelmsen, 2004). Denne sterke formen for emosjonell selvtukt er et viktig element i definisjonen av depresjon i henhold til både ICD-10 (WHO, 1999) og DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

2.4.2 Fellesmenneskelighet

Fellesmenneskelighet eller common humanity er den andre delkomponenten i begrepet selvmedfølelse. Fellesmenneskelighet innebærer tanken om at nederlag, skuffelser og lidelse er en del av den delte opplevelsen det er å være menneske (Neff, 2003a). Denne erkjennelsen av at alle møter motgang i sine liv, er en oppfordring til individet om å kjenne trøst og støtte i at deres opplevelse er normal. Motpolen til fellesmenneskelighet er isolasjon. Mennesker som skårer høyt på isolasjon, har en tendens til å anse sine nederlag og skuffelser som noe som skiller dem fra deres medmennesker, og som noe som på en eller annen måte gjør dem mindre verdt (Neff, 2003a). ("Dersom jeg er den eneste som mislykkes i det jeg foretar meg, hvordan kan jeg da få gleden av nærhet til andre?"). Ved å oppfordre enkeltindividet til å se det allmenne i sine tilkortkommenheter, gjør fellesmenneskelighet oss i stand til å ta brodden fra katastrofetankene som kan ramme oss når planer vi har forpurres, eller ønsker vi har ikke materialiseres seg. Tross alt er det ingen som får til alt de ønsker, men mange av våre medmennesker lever fullverdige liv likevel (Neff, 2003a).

2.4.3 Mindfulness

Mindfulness er først og fremst forbundet med en enkeltstående terapeutisk konseptualisering av begrepet som en oppmerksom og ikke-dømmende holdning til egen kroppslige og emosjonelle tilstand. Mindfulness går ut på å være klar over sine følelser, men å observere

dem på avstand uten å bli revet med i hva det enn er som foregår inni en. Motpolen til mindfulness blir da overidentifisering med emosjoner (Shapiro & Carlson, 2009).

Mindfulness i selvmedfølelse hjelper individet å bli nærmere kjent med sine egne reaksjoner, og gjør ham/henne i stand til å kjenne etter hva de *egentlig* opplever, uten å samtidig bli satt i sine emosjoners vold. Mindfulness oppfordrer i tillegg individet til oppmerksomt nærvær til sine omgivelser, og kan inkludere øvelser som stimulerer sansing av behagelige, enkle detaljer, f.eks gjennom meditasjon eller sansende gåturer (Germer & Neff, 2013). Slik oppmerksomhet rundt enkel verdslig skjønnhet og egen sansing gjør personen mer oppmerksom på egen kropp, for slik å få bedre kontakt med sanseapparatet, muskulære reaksjoner, hjerterytme og pust (Shapiro & Carlson, 2009). Denne oppmerksomme holdningen til egne følelser kan bidra til å øke sin egen emosjonelle intelligens, og fasiliterer refleksjon rundt de andre delbegrepene selvvennlighet og fellesmenneskelighet (Germer & Neff, 2013).

Motpolen til Mindfulness er overidentifisering (over identification), som innebærer at individet ikke skiller mellom den nåværende og forbigående emosjonelle tilstanden og sitt kjerneselv. Overidentifisering er videre assosiert med ruminering og forlenging av de negative affektene. Slik dyptgående innlevelse i negative emosjoner vil i mange tilfeller føre til en sterkere emosjonell respons og forlengelse av den emosjonelle tilstanden (Hasha, 2015; Rude et al., 2007).

2.4.4 Interaksjoner mellom de ulike delbegrepene

Ifølge Neff (2003a) er de tre delkomponentene i selvmedfølelse ikke å forstå som separate begreper, men heller som gjensidig avhengige, forsterkende og interkorrelerte deler av en holdning til selvet. SM er et konsept som krever en viss grad av oppmerksomhet på kroppen og sinnets sameksistens. Derfor er det nødvendig at individet lærer seg å benytte alle

delkomponentene som et hele. For eksempel vil evnen til å vise selvvennlighet være avhengig av et oppmerksomt nærvær til egne følelser. På samme måte kan oppmerksomhet rundt den uforstyrrede følelsen det er å være menneske, gjøre den enkelte mer klar over hvordan denne opplevelsen er noe alle mennesker deler som ett hele. Forståelsen av hvor allmenne våre tilkortkommenheter er, kan motivere individet til å ikke trække seg selv ned, og slik vise mer vennlighet overfor seg selv (Neff, 2003a). Terapeutiske programmer for opplæring og trening av SM tar med denne gjensidigheten av delbegrepene som en viktig del av agendaen, og oppfordrer i tillegg deltakerne å tilpasse delkomponentene av SM til de forhold og rammer som er meningsfylte i deres egne liv (Germer & Neff, 2013).

2.5 Selvmedfølelse og psykologisk fungering

2.5.1 Selvmedfølelse kontra andre begreper

Når vi snakker om selvmedfølelse, kan det være nyttig å ha i mente noen viktige distinksjoner fra andre begreper relatert til selvoppfattelse. Blant annet bør ikke selvmedfølelse forveksles med det eldre begrepet selvfølelse (self-esteem). Selvfølelse går i utgangspunktet ut på å fremme individets selvanskuelse gjennom å la ham/henne fokusere på de gode sider han/hun har i sitt liv, samt en positiv evaluering av de evner og prestasjoner han/hun har oppnådd i livet sitt (Neff & Roos, 2009). Dette er i utgangspunktet en konstruktiv tanke, men den inneholder flere potensielle fallgruver. Blant annet kan en person som er deprimert, ha sterke problemer ved å finne positive sider ved sitt liv, og devaluere genuint gode deler av tilværelsen. Videre kan personen gå inn i et mønster der de i utgangspunktet nøytrale gode sidene ved livet og evnene til personen blir gjenstand for sammenligning med hvilke evner og goder andre mennesker har. I verste fall kan et slikt mønster gjøre at en person blir opplært til at positiv selvanskuelse kun er fortjent i lys av prestasjoner eller dersom han/hun befinner seg i det øvre sjiktet hva angår fordeling av goder eller evner (Neff,

2009; Wayment & Bauer, 2008). Selvmedfølelse innebærer en mindre risiko for utvikling av slike sammenligninger ettersom dette konseptet oppfordrer fellesgjørelse av den menneskelige opplevelse og tilstand av ufullkommenhet. En slik holdning til likeverdighet stiller den enkelte på lik linje med andre, uten behov for selvhevdelse eller sammenligning.

Videre oppfordrer selvmedfølelse til en objektiv og observerende holdning til egen emosjonelle tilstand, noe som gjør at selvmedfølelse skiller seg fra begrepet selvmedlidenhet (self-pity). Selvmedlidenhet innebærer en innlevelse i negative affekter og en medlidende holdning til selvet under påvirkning av disse emosjonene (Wayment & Bauer, 2008).

Forskjellen mellom selvmedfølelse og selvmedlidenhet ligger i graden av identifisering med de negative emosjonene, og i hvilken grad man lar deres innflytelse påvirke hvilke valg man gjør. Den omfattende innlevelsen som kan oppstå ved selvmedlidenhet, kan fort bli lammende for individet. Han/hun *er* de negative tankene og kroppslige fornemmelsene han/hun gjennomgår, og tanken på at den nåværende tilstanden er resultat av forbigående tanker og fysiologiske reaksjoner, kan synes fjern (Neff, 2003a). Gjennom mindfulness, fellesmenneskelighet og selvvennlighet kan en person som behersker selvmedfølelse, føle medlidenhet med egen lidelse uten å bli revet med av dette. Bevisstheten om det allmenne ved slike affektive opplevelser, samt den oppmerksomme og observerende holdningen man oppnår gjennom mindfulness, bidrar til at emosjonene ikke kan undertrykkes, men kan oppleves både kroppslig og mentalt uten at de overvelder personen (Neff 2003a).

2.5.2 Selvmedfølelse som beskyttende faktor

Som med mye annen klinisk forskning har forskning på den terapeutiske effekten av selvmedfølelse vansker med å trekke konklusjoner hva angår kausal retning. Det er likevel en økende mengde forskning som kan vise til en klar negativ korrelasjon mellom selvmedfølelse og depressive symptomer som ruminering, fysisk agitasjon/retardasjon, katastrofetanker og

reduisert selvbilde i både kliniske og ikke-kliniske populasjoner (Galla, 2016; Germer et al., 2013; Körner et al., 2015) Selvmedfølelse kan ha en styrkende virkning på andre teknikker innen kognitiv terapi (Diedrich et al., 2016), og har i tillegg vist seg å være en effektiv behandlingsstrategi ved tilbakevendende depresjon (Diedrich et al., 2014; Marshall & Brockman, 2016) og spiseforstyrrelser med et kaotisk spisemønster der individene er preget av lavt selvbilde og manglende konstruktive mestringsstrategier (Braun et al., 2016). Det er også funnet klare korrelasjoner mellom selvmedfølelse og ulike personlighetsuttrykk. Selvmedfølelse er vist å ha en statistisk signifikant positiv sammenheng med trekket ekstrovertsjon, noe som kan antyde at mennesker med evne til å være ikke-dømmende overfor seg selv har færre hemninger mot å initiere kontakt med andre mennesker, ettersom frykt for å gjøre et dårlig inntrykk eller å bli avvist lettere kan håndteres gjennom deres iboende evne til egenomsorg og barmhjertighet overfor egne tilkortkommenheter (Neff et al., 2007). Videre viser selvmedfølelse en statistisk signifikant negativ korrelasjon med nevrotisisme (Neff et al., 2007). Definisjonene på selvmedfølelse og nevrotisisme inneholder flere motstående karakteristikk, slik som hvor mye et individ tenderer til å gruble over egne feil eller potensielle kilder til lidelse, og hvordan individet forholder seg til egen affekt. Mennesker som skårer høyt på mål for nevrotisisme, går typisk helt inn i negative affektive tilstander uten å se disse som forbigående, samtidig som de ofte devaluerer eller nekter seg selv å gå inn i positive affekter når disse kommer. Dette er langt fra den oppmerksomme og ikke-dømmende holdningen som oppfordres innen selvmedfølelse (Neff & Vonk, 2007).

2.5.3 Selvmedfølelse og emosjonsregulering

Selvmedfølelse blir av mange terapeuter og terapiprogrammer benyttet som en komplimentær strategi for emosjonsregulering (Diedrich et al., 2016). Flere studier har vist at selvmedfølelse har signifikant effekt som intervensjon på depressive symptomer og

angstlidelser, og at programmer designet for å øke individets evne til selvmedfølelse reduserer depressive symptomer på kort sikt (Arimitsu & Hofmann, 2017), og i det lengre løp (Germer & Neff, 2013). Gilbert (2009) teoretiserte at emosjonsregulering skjer via tre distinkte kognitive systemer: Ekspansivitet, driv og belønningssystemet (Drive, resource seeking and excitement system), trygghet-, trøst-, og tilfredshetssystemet (Contentment, soothing and safeness system) og trusselssystemet (Threat and protection system). Affektive lidelser oppstår som følge av en dysfunksjon innen et av disse systemene (Gilbert, 2009).

Selvmedfølelse blir innenfor dette rammeverket særlig viktig innen trygghet-, trøst-, og tilfredshetssystemet, som er involvert i regulering av aktivering og angst. Velutviklet evne til selvmedfølelse fasiliterer nettopp disse egenskapene og gjør individet i stand til å mestre sterk affektiv påvirkning gjennom å trøste og berolige seg selv (Marshall & Brockman, 2016).

2.5.4 Hva kan selvmedfølelse bidra med innen sorgbehandling?

Det er gjort lite forskning på hvilken terapeutisk effekt selvmedfølelse kan ha i behandling av komplisert sorg. Imidlertid har det beslektede begrepet mindfulness blitt tilpasset sorgintervensjoner og gruppeworkshops for sorgbearbeiding (Hasha, 2015; Neimeyer & Young-Eisendrath, 2015). Disse sorgprogrammene har vist lovende resultater på reduksjon av symptomtrykk hos helsearbeidere som jobber med døende, hos pårørende med pleieansvar og hos pasienter som sliter med tapsopplevelser, enten på grunn av dødsfall eller andre former for relasjonstap (Hasha, 2015). Mindfulness inngår i selvmedfølelse, men dette begrepet inneholder i tillegg fellesmenneskelighet og selvvennlighet, som nevnt over. At mindfulness har hatt positiv effekt på de samme affektive tilstandene som selvmedfølelse (Shapiro & Carlson, 2009), åpner opp en spennende mulighet for at selvmedfølelse kan være en lindrende tilnærming for mennesker i sorg.

Ved sorgreaksjoner ser man en økt emosjonell reaktivitet og sårbarhet. Dette kan være forårsaket av tapet av en person som tidligere fungerte som en kilde til emosjonell stabilisering og regulering gjennom den trygge relasjonen de etterlatte hadde til avdøde (Bowlby, 1980; LeBlanc et al., 2016). Tapet av denne relasjonen er kilden til den intense lengselen og sorgen etterlatte kan oppleve, og disse affektene blir forsterket av tapet av en viktig kilde til å regulere dem effektivt. I denne sammenhengen kan selvmedfølelse være et nyttig verktøy. Hos mennesker med stemningslidelser ser man ofte en redusert kapasitet til effektiv og hensiktsmessig emosjonsregulering, samtidig som maladaptive strategier for emosjonell regulering (slik som følelsesundertrykking og ruminering) er framtrødende. Det er også en gjennomgående forskjell på i hvilken grad friske personer bruker adaptiv emosjonsregulering sammenlignet med kliniske populasjoner (Diedrich et al., 2014; Diedrich et al., 2016). Mennesker som står overfor tap, men som har et større arsenal av andre strategier for emosjonsregulering, kan potensielt være bedre rustet til å takle tapet og reorientere seg i sin nye hverdag. Det er visse symptomatiske overlapp mellom depresjon, angst og komplisert sorg, men undersøkelser viser at hos mennesker med komorbiditet av disse tilstandene, har sorgen et unikt bidrag til den totale variansen i symptomer (Boelen & Bout, 2005; Prigerson et al., 2009). Man kan derfor ikke konkludere med at selvmedfølelse vil ha positiv innvirkning på sørgende mennesker, selv om denne tilnærmingen har vist positive resultater på depresjon og angstlidelser. Videre kan den positive innvirkningen selvmedfølelse har på emosjonsregulering være til nytte for mennesker som gjennomgår problematiske sorgforløp. Denne gruppen har som nevnt tidligere en økt fysiologisk og emosjonell reaktivitet.

Som et første steg mot å få økt forståelse av hvordan selvmedfølelse potensielt kan hjelpe mennesker i sorg, vil det være hensiktsmessig å undersøke hvordan denne evnen samvarierer med graden av symptomer på komplisert sorg. I denne undersøkelsen vil den

unike variansen fra selvmedfølelse på det totale symptom bildet bli undersøkt etter at det er kontrollert for de relevante tredjevariablene nevrotisisme og depressive tankemønstre.

Nevrotisisme og depresjon har sterke gjensidige assosiasjoner til hverandre (Julhä & Isometsä, 2006), og begge de aktuelle trekkene har signifikant påvirkning på sorgreaksjoner (Fried et al., 2015; Wijngaards-de Meij et al., 2007). Kun etter at innflytelsen fra disse er kontrollert for, vil vi kunne se en reell innvirkning av selvmedfølelse på deltagerne.

3. Metode

3.1 Deltagere

Deltagere ble rekruttert via online distribusjon av spørreundersøkelsen. Spørreundersøkelsen ble spredd via snøballeffekt gjennom sosiale nettverk, og via nettside til lokale utdanningsinstitusjoner etter opptak av tillatelse fra ledelsen ved nevnte instans. Alle deltakerne var sikret anonymitet, og ble informert om dette ved begynnelsen av spørreundersøkelsen. Ettersom det ikke ble innhentet personidentifiserbare opplysninger, var godkjenning fra regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) ikke nødvendig. Kriteriet for å starte besvarelsen var samtykke til deltakelse. Demografiske data, slik som alder, kjønn og nasjonalitet ble innhentet for å se på eventuelle sammenhenger mellom disse og symptomtrykk. I tillegg ble informasjon om avdødes relasjon til deltakerne innhentet, samt avdødes alder ved dødsfallet og hvilken type dødsfall det var. Dette ble gjort for å kontrollere for innvirkningen traumatiske omstendigheter rundt et tap har for sorgprosessen, og for den naturlige nedgangen i sorgsymptomer som observeres over tid (Feigelman et al., 2009; Kristensen et al., 2012).

Til sammen 158 personer leverte inn besvarelse. Gjennomsnittsalder på deltagerne var 43.3 år (aldersrekkevidde 17 - 81 år, SD 15.7 år). Deltagerne bestod av 78.5 % kvinner og 21.5 % menn. 142 respondenter (90.4 %) oppga kun norsk nasjonalitet/etnisitet, 5

respondenter (3.2 %) oppga blandet norsk nasjonalitet/etnisitet tilhørighet til nasjonale minoriteter (samer og kvener). 8 respondenter (5.1 %) oppga annen nasjonalitet eller etnisitet enn norsk. Gjennomsnittet var 10.8 år siden det aktuelle dødsfallet (med SD på 11.2 år). Typen relasjon til avdøde og dødsårsak er gjengitt i tabell 1 og 2.

Tabell 1: Avdødes relasjon til Respondenten

	Antall	%
Ektefelle/samboer/kjæreste	11	7.0
Barn	4	2.5
Forelder	52	42.4
Søsken	9	5.7
Besteforelder	41	25.9
Annet familiemedlem	12	7.6
Kollega	1	0.6
Venn	22	13.9
Annen relasjon	6	3.8
Total	158	100

Tabell 2: Type dødsfall

	Antall	%
Naturlig, ventet	73	46.2
Naturlig, brå	54	34.2
Unaturlig, brå	22	13.9
Suicid	9	5.7
Total	158	100

3.2 Instrumenter

3.2.1 *Inventory of Complicated Grief (ICG)*

For å måle symptomer på komplisert sorg i utvalget ble den norske versjonen av Inventory of Complicated Grief (ICG, Prigerson et al., 1995) inkludert i spørreundersøkelsen. ICG er et screeningsverktøy for kompliserte sorglidelser som består av 19 spørsmål. Svaralternativene angir intensitet av symptomer på en 5-punkts skala fra "aldri" til "alltid". Klinisk cut-off verdi på instrumentet er 25 poeng. Skårer på eller over dette nivået har høy sannsynlighet for ha behov for oppfølging i psykisk helsevern. ICG fanger opp symptomer på kompliserte sorgreaksjoner, slik som sjokk- og uvirkelighetsfølelse, sterke sanselige opplevelser av den døde og sinne over tapet. Prigerson et al. (1995) rapporterte høy intern konsistens av instrumentet, med en alfakoeffisient på .94. Test-retest reliabilitet lå i deres resultater på .80 (Prigerson et al.,1995).

3.2.2 *Self-Compassion Scale (SCS)*

For å vurdere deltagerens evne til selvmedfølelse ble den norske oversettelsen av Self-compassion Scale (SCS) (Neff, 2003b) administrert. Denne skalaen består av 26 enkeltspørsmål fordelt på de seks delkomponentene av selvmedfølelse (hvorav tre er positivt ladet og tre er negativt ladet). Svarene gis langs en 5-punkts skala som går fra "nesten aldri" til "nesten alltid", der høyere totalskåre på en underskala indikerer sterkere tilstedeværelse av en delkomponent. Cronbachs alfa for skalaen er rapportert som .92 (Neff, 2003b; Neff et al., 2017).

3.2.3 Revised Neuroticism, Extraversion Openness - Personality Inventory (NEO FFI)

En underskala fra den norske oversettelsen av Revised Neuroticism, Extraversion Openness - Personality Inventory (NEO FFI 3, McCrae & Costa, 1989; McCrae & Costa, 2002) er benyttet for å måle hvilken innflytelse personlighetstrekket nevrotisisme har på det totale symptomtrykket hos utvalget. Underskalaen for nevrotisisme består av 12 spørsmål som til sammen gir et mål på personens tendens til selvkritikk, sårbarhet og tendens til ruminering og grubling. Alfaeffisienten for subskalaen nevrotisisme er .93 (Martinsen et al., 2005).

3.2.4 Symptom Checklist 90, revidert versjon (SCL-90-R)

Symptom Checklist 90, revidert versjon (SCL-90-R, Derogatis & Cleary, 1977) er en screeningstest for psykiske lidelser som består av underskalaene somatisering, tvangstendenser, sensitivitet, depresjon, angst, fiendtlighet, fobisk angst, paranoia og psykotisisme. På grunn av den høye graden av komorbiditet mellom kompliserte sorglidelser og depressive lidelser (Fried et al., 2015; Hensley, 2006), er de 13 spørsmålene fra subskalaen depresjon tatt med. Instrumentet måler symptomtrykk den siste uken på en 5-punkts skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (veldig mye), der høyere skåre indikerer større plager. En gjennomsnittlig skåre på over 1.75 på en gitt subskala indikerer et poliklinisk krisenivå med høy sannsynlighet for oppfølgingsbehov innen psykisk helsevern (Derogatis & Cleary, 1977; Siqveland et al., 2016).

3.3 Analyse

Alle statistiske analyser ble gjort ved hjelp av SPSS versjon 24 for windows. Først ble deskriptiv statistikk for utvalget regnet ut, før en korrelasjonsanalyse for de målte variablene ble gjennomført. For å teste sammenhengen selvmefølelse har med den sammenlagte

belastningen av sorgsymptomer, ble en hierarkisk lineær regresjon gjennomført i tre trinn, metoden "enter" ble benyttet. I første blokk av regresjonsanalysen ble de bakenforliggende variablene knyttet til dødsfallet inkludert. Dette inkluderte relasjonen til avdøde, tid siden dødsfallet, avdødes alder og typen dødsfall. I blokk to ble resultatene fra depresjonsskalaen fra SCL-90-R og nevrotisismeskalaen fra NEO FFI inkludert. I tredje blokk ble de tre bipolare skalaene fra SCS tatt med for å se om selvmedfølelse hadde en effekt utover bakgrunnsvariabler, personlighetstrekk og depressiv problematikk.

4. Resultater

Den gjennomsnittlige skåren på ICG var 16.92 poeng, med SD på 10.81 poeng. Dette indikerer at gjennomsnittet av utvalget er av en ikke-klinisk karakter, men at en del av deltakerne ville kunne møte kriteriene for kompliserte sorglidelser. På depressive symptomer målt via SCL-90-R lå gjennomsnittet på 14.83 poeng og SD på 11.07 poeng, noe som gir en gjennomsnittlig skåre på 1.14 poeng og standardavvik på .85 poeng. Dette er under cut-off verdiene på poliklinisk krisenivå. Vi kan altså anta at dette utvalget ligner den generelle populasjonen hva angår sorgprosesser og depressiv problematikk målt via disse instrumentene. Korrelasjoner mellom variablene er presentert i tabell 3. Vi ser av tabellen at totalskåre på ICG er signifikant korrelert med flere av delkomponentene i selvmedfølelse, såvel som med totalskåre på mål for nevrotisisme og depressive symptomer. Av delkomponentene i selvmedfølelse er det den selvfordømmende delen og opplevelsen av isolering fra andre mennesker som er signifikant korrelert med totalskåre på ICG. Disse korrelasjonene er positive.

Tabell 3: Korrelasjoner mellom komponentene av nevrotisisme og depresjon

	ICG total	Selvvenn.	Selvkri.	F.menneske.	Isolasjon	Mindfulness	Over-id	Nevrotisisme
Selvvennlighet	-.07							
Selvkritikk	.31**	.45**						
F.menneske	-.01	.65**	.17*					
Isolasjon	.36**	.49**	.72**	.27**				
Mindfulness	-.04	.60**	.09	.61**	.21**			
Over-Id.	.31	.33**	.75**	.20**	.66**	.16*		
Nevrotisisme	.43**	-.44**	-.63**	-.27**	-.71**	-.27**	-.71**	
Depresjon	.44**	-.38**	-.55**	-.22**	-.61**	-.17	-.53**	.73*

** Korrelasjon signifikant ved $p < .01$ (2-tailed)

* Korrelasjon signifikant ved $p < .05$ (2-tailed)

Av hensyn til plass er begrepene fellesmenneskelighet og overidentifisering forkortet til F.menneske og over-id i tabellen.

Resultatene fra den hierarkiske regresjonsanalysen er vist i tabell 4. ANOVA for modellen viste statistisk signifikans ($p < .001$) på alle tre trinnene. Modellen har $R^2 > .3$ på alle tre trinn, hvilket betyr at modellen har god forklaringsverdi på den totale mengden sorgsymptomer (Hair et al., 2014). Det er kun de første to trinnene som kommer ut som statistisk signifikante når vi ser på forklart varians av symptomer på komplisert sorg utover det som allerede er forklart av de tidligere trinnene, dvs. at SCS-skalaene ikke forklarer varians i ICG-totalskåren utover bakgrunnsvariablene, nevrotisisme og depresjon. Resultatene fra NEO FFI viste positive beta-verdier og statistisk signifikans, noe som tilsier at nevrotisisme har en innvirkning på utvalget som ikke kommer av tilfeldig støy i utvalget dersom vi forholder oss til en 95%-sannsynlighet. SCL-90-R depresjon har positiv beta-verdi, men kommer ikke ut som statistisk signifikant. De delkomponentene som har statistisk

signifikans er: tap av besteforelder, at dødsfallet var naturlig, men brått, tid siden tapet, totalskåre på NEO FFI og evnen til self-kindness.

Tabell 4: Modell 3

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	β	<i>p</i>	<i>R² change</i>
Trinn 1: Bakgrunnsvariabler					.38*
Trinn 2: Nevrotisme					
Depresjon					.15*
Trinn 3: Selvvennlighet		.25	.22	.03	
Selvkritikk	-.32	.26	-.13	.21	
Fellesmenneskelighet	-.07	.23	-.02	.76	
Isolasjon	-.03	.26	-.01	.88	
Mindfulness	-.03	.31	-.00	.92	
Over Identification	-.27	.31	.09	.38	.03

* Signifikant ved $p < .05$

5. Diskusjon

Spørsmålet vi ville besvare i denne studien var hvorvidt evnen til egenomsorg uttrykt gjennom selvmedfølelse er forbundet med omfang sorgreaksjonen (målt via ICG) hos mennesker som hadde mistet noen. Kort oppsummert ser vi at delkomponenter av selvmedfølelse spiller en rolle hos mennesker i sorg, men at selvmedfølelse ikke forklarer en statistisk signifikant del av variansen utover det vi ser er forklart av andre relevante bakgrunnsvariabler vi har kontrollert for i studien. At delkomponenten selvvennlighet i

regresjonsanalysen er assosiert med en økning i mengder sorgsymptomer er overraskende, ettersom dette konseptet omhandler individets evne til å trøste og vedkjenne sin egen smerte uten å være fordømmende. Imidlertid ser vi av korrelasjonsanalysen at denne assosiasjonen er svak og ikke signifikant, noe som kan tyde på at denne positive sammenhengen i regresjonsanalysen skyldes suppressor-effekt.

5.1 Hvordan kan vi forstå resultatet?

5.1.1 Våre resultater innenfor rammeverket av sorgforskning

Av korrelasjonsanalysen ser vi at det er statistisk signifikante korrelasjoner mellom mengden sorgsymptomer og flere av delkomponentene innen selvmedfølelse. Spesielt interessant i denne sammenhengen er at vi ser en statistisk signifikant korrelasjon mellom selvførdømmende tanker, isolasjonsfølelse og mengden sorgsymptomer. Videre har studien vist at det (som ventet) er korrelasjoner mellom sorg, nevrotisme og depresjoner (Freid et al., 2015; Ghesquiere et al., 2012; Hensley, 2006; Schulz et al., 2006; Wijngaards-de Meij et al., 2007). Den største prosenten av forklart varians stammer fra bakgrunnsvariabler knyttet til demografisk status og omstendigheter rundt dødsfallet. Dette er ikke overraskende, ettersom tidens gang i majoriteten av tilfeller har en formildnende effekt på sorgsymptomer, selv ved dødsfall med svært traumatiske omstendigheter (Feigelman et al., 2009). Tidligere forskning på området har også vist at sørgende som hadde fått tid på seg til å forberede seg på tapet, som mistet en person under naturlige omstendigheter, og som har fått anledning til å leve ut sorgen har lavere risiko for å gå inn i et uheldig mønster av unnvikelse av minner om avdøde og uforløst sorg (Burke & Neimeyer, 2013). De fleste etterlatte kommer seg også videre etter tap uten profesjonell inngripen (Boelen et al., 2003a, Boelen et al., 2003b). Imidlertid er det verdt å merke seg korrelasjonene mellom mengden sorgsymptomer og graden av selvførdømmende tanker og opplevelse av isolasjon. Denne korrelasjonen er positiv og

statistisk signifikant. Dette er i tråd med tidligere forskningsresultater som viser at mennesker som har negative oppfatninger om egne reaksjoner i sorg, oftere har kompliserte sorgreaksjoner enn sosiodemografisk like kontrollpersoner som ikke utvikler kompliserte sorgreaksjoner etter tap (Boelen, 2006; Duncan & Caciatore, 2015; Stroebe et al., 2014). Tidligere undersøkelser innen feltet har vist at etterlatte som oppfatter at de var direkte eller indirekte skyld i dødsfallet, eller som bærer på selvopplevd skyld for et ambivalent eller dårlig forhold til avdøde, har større risiko for langvarige plager etter et dødsfall. Mange sliter med en opplevelse av delaktighet eller selvklandring resten av livet (Duncan & Caciatore, 2015; Stroebe et al., 2014). Men også hos denne gruppen etterlatte ser vi at flere *ikke* utvikler komplikasjoner i sørgeprosessen. Ofte er de personene som rekrutteres til sorgundersøkelser mennesker som av ulike grunner har fått et mer problematisk sorgforløp, mens vårt utvalg består primært av mennesker med en mer ukomplisert sorgopplevelse. Hvorvidt en etterlatt utvikler kompliserte reaksjoner etter et tap kan skyldes summen av intra- og interpersonlige ressurser og påkjenninger (Burke & Neimeyer, 2013). Mye av nåværende forskning på sorg og sorgbehandling forsøker derfor å identifisere fellesnevnerne for de av de etterlatte som utvikler langvarige problemer i kjølvannet av et tap (Kristensen et al., 2012; Shear & Bloom, 2016). Det at rundt 10% utvikler langvarige problemer etter dødsfall (Lundorff et al., 2017), og at disse problemene har en tendens til å forverres, ikke heles med tiden (Ilsung, 2015), er noe vi som helsepersonell bør vie vår oppmerksomhet.

Depressiv patologi og nevrotisisme har også et relevant bidrag til forklart varians, noe som heller ikke er overraskende. Den gjensidige påvirkningen av depresjoner og sorg er godt dokumentert (se f. eks Djenantik et al., 2017; Fried et al., 2015; Wijngaards-de Meij et al., 2007), og dette forholdet er ofte en sentral del av behandlingen av sorglidelser (Hensley, 2006; Kosminsky, 2017; Shear & Bloom, 2016).

Når vi ser at selvmedfølelse ikke har forklaringsverdi utover hva de kontrollerte bakgrunnsvariablene har, indikerer dette at etterlattes evne til å vise omsorg for seg selv og benytte seg av konstruktive strategier for emosjonell regulering, ikke med sikkerhet kan sies å ha innvirkning på hvor stor innvirkning sorgen får på deres psyke på lang sikt. Det kan for øvrig hende at den lave innflytelsen selvmedfølelse fikk i vår analyse skyldes at det er høy korrelasjon mellom variablene sorg, depresjon og nevrotisisme i våre data. Disse assosiasjonene har også tidligere vært vist i forskningsmessig sammenheng (Freid et al., 2015; Ghesquiere et al., 2012; Hensley, 2006; Pfattcheicher et al., 2017; Schulz et al., 2006; Wijngaards-de Meij et al., 2007)

5.1.2 Hva kan vi bruke dette til?

Resultatene av denne studien er relevant for klinikere som møter sørgende mennesker. Dette er fordi den viser et nytt verktøy våre pasienter kan trene opp og ta i bruk for å hjelpe seg selv i møtet med overveldende affektive svingninger og reorienteringsprosessen de må gjennomgå etter tap av en nær person. Mange mennesker som sørger, opplever at prosessen med å restabilisere livet etter et dødsfall tar for lang tid. Videre har mange for høye forventninger til egen fungering og organiseringsevne etter et tap (Dyregrov et al., 2009; Stroebe et al., 2010b). Å ikke leve opp til egne indre standarder i dette henseende skaper ofte frustrasjon hos de det gjelder. Mennesker med kompliserte sorgforløp opplever denne diskrepansen mellom faktisk og ønsket fungering over lang tid (Stroebe et al., 2007), noe som kan være en kilde til utvikling av depressiv problematikk. Det finnes evidens som støtter at negative holdninger til sorgrelaterte affektive tilstander er assosiert med en tyngre sørgeprosess (Boelen et al., 2003a). Selvmedfølelse kan potensielt motvirke slike holdninger ved å øke aksepterende holdning til egne tilkortkommenheter gjennom begrepets ikke-dømmende innstilling og oppfattelsen av lidelse som allment menneskelig. Dette kan være

relevant i møte med mennesker som opplever mye skyldfølelse eller skam etter tapet. Videre har selvmedfølelse vist seg å ha en medierende effekt på andre emosjonsregulerende teknikker, slik som kognitiv reappraisal (Diedrich et al., 2016). Selvmedfølelse har i vår studie ikke vist seg å ha statistisk signifikant innvirkning på den totale mengden sorgsymptomer alene, men kan ha potensial som supplerende element ved mer tradisjonelle kognitive teknikker. Kanskje kan selvmedfølelse også være en selvstendig kilde til emosjonell regulering etter et permanent brudd på en viktig relasjon hos mennesker som møter kriteriene for sorglidelser. Et slikt permanent relasjonsbrudd fører ofte til økt affektiv reaktivitet, ved at personen som tidligere ga støtte og trøst til den etterlatte i situasjoner der dette var nødvendig, nå er borte. I restruktureringsperioden etter et tap vil etterlatte måtte utvikle nye måter å regulere egen affekt i fravær av avdøde. Her kan selvmedfølelse være et verdifullt bidrag til helingsprosessen. Mange etterlatte opplever stor sosial støtte etter et tap, og vil ofte få en kompenserende effekt fra mennesker rundt seg. Denne støtten avtar med tiden ettersom omverdenen indirekte krever at de etterlatte skal gjenoppta sine gamle roller i arbeidslivet og innen daglig fungering (Stroebe & Schut, 2015). Ofte er det et gap mellom de forventninger omverdenen stiller til den sørgende og hans/hennes faktiske fungering (Dyregrov, 2006; Dyregrov et al., 2009; Stroebe et al., 2010b; Yalom, 2008). I disse tilfellene kan den sørgende ofte oppleve seg selv som utilstrekkelig, og få en oppblomstring av lidelse knyttet til tapet (Stroebe et al., 2010). Her kan selvmedfølelse potensielt ha en positiv innvirkning. Å hjelpe mennesker i denne situasjonen til å stille seg mer barmhjertig overfor sin egen situasjon trenger ikke føre til en raskere helingsprosess, men kan føre til lavere stressnivå dersom opplevelsen av egen utilstrekkelighet endres i en mer aksepterende og ømhjertet retning (Neff, 2009). Med utgangspunkt i de ovennevnte hypotesene, er det god grunn til å holde selvmedfølelse i mente som et fremtidig fokusområde i forbindelse med sorgforståelse og helsearbeid i møte med sørgende mennesker.

5.1.3 Svakheter ved studien

En potensiell svakhet ved denne studien er nettopp at målingene er utført hos et ikke-klinisk utvalg. Komplisert sorg har et forløp og en endring i symptomnivå som ikke umiddelbart kan sammenlignes med mer resilient sorg (Ilsung, 2015). I definisjonen av sorglidelser er et av kriteriene for å stille diagnosen at sorgopplevelsen fører til funksjonsnedsettelse utover hva mennesker vanligvis opplever ved tap. I det aktuelle utvalget ser vi at selvmedfølelse ikke har signifikant effekt på den totale variansen utover hva vi får fra demografiske variabler, psykopatologi og personlighetstrekket nevrotisme. Men er denne effekten lik den vi eventuelt ville kunne observere hos et mer homogent utvalg der deltagerne utelukkende er rekruttert blant mennesker med bekreftede sorglidelser? En annen relevant innvending er at studien ikke kontrollerer for andre psykiske lidelser som har relevant innvirkning på sorgopplevelsen. Spesielt gjelder dette angstlidelser og traumeproblematikk. På samme måte som at sorglidelser er assosiert med depresjonsproblematikk, har denne lidelsen relevante overlapp med angst og traumer, spesielt i tilfeller der dødsfallet var uventet og/eller unaturlig (Kristensen et al., 2012). En annen svakhet ved studien er overvekten av kvinnelige respondenter. Dette er ikke uvanlig innen sorgforskning, men kan potensielt forskyve resultatene i retning av en mer kjønns spesifikk måte å sørge på. Flere studier har vist at kvinner og menn viser et ulikt mønster i sorgreaksjoner, der kvinner ofte er mer emosjonsfokusert, mens menn oftere konsentrerer seg om praktisk reorientering i livet etter tapet (Stroebe et al., 2001). Dette er spesielt viktig å ha i mente ved denne studien, ettersom selvmedfølelse er nært knyttet til emosjonell regulering. Videre er det observert kjønnsforskjeller når det gjelder i hvilken grad individer utviser selvmedfølelse (Yarnell et al., 2015). Resultatet fra Yarnell et al. (2015) sin studie viste at menn på gruppenivå utøver mer selvmedfølelse enn kvinner. Kan dette ha påvirket hvilken innvirkning selvmedfølelse hadde i vår studie? En annen innvending mot studien er at det ikke er kontrollert for tilknytningsstilen

til deltakerne. Et usikkert eller unnvikende tilknytningsmønster hos voksne er assosiert med mer kompliserte sorgforløp, samtidig som en utrygg tilknytning er assosiert med lavere evne til selvmedfølelse (Neff et al., 2007; Wijngaards-de Meij et al., 2007).

5.1.4 Videre forskning på emnet.

Et naturlig skritt videre vil være å undersøke hvordan selvmedfølelse virker inn på sørgeprosessen hos et utvalg som oppfyller kriteriene for sorglidelser. Kompliserte sorglidelser følger et annet forløp enn normal sorg, med en økning heller enn reduksjon av symptomer over tid (Ilsung, 2015). Det kan tenkes at selvmedfølelse vil ha en større innvirkning på et klinisk utvalg, ettersom symptomtrykket her vil være høyere, og deltakerne da vil ha større behov for emosjonsregulerende teknikker. Man kan potensielt replikere denne studien på et utvalg med mindre intern varians for å se forskjellene på to ulike populasjoner, et med naturlig resilient sorg og et med komplisert sorglidelse.

I denne studien har vi kun sett på observert sammenheng mellom selvmedfølelse og sorgsymptomer *etter* at sorgen har gått sin gang. En interessant problemstilling vil være om evnen til å benytte seg av selvmedfølelse modererer risikoen for utvikling av problematiske sorgmønstre etter tap. For å undersøke denne hypotesen nærmere kunne man i fremtiden gjennomført en longitudinell studie der man måler sorgsymptomer og selvmedfølelse parallelt over flere måneder eller år. En videreutvikling av en slik studie kunne hatt tilbud om opptreningsprogrammer for selvmedfølelse for testgruppen og ingen intervensjon på kontrollgruppen. Studien har videre ikke sett på eventuelle interaksjonseffekter mellom selvmedfølelse, sorg og psykopatologi, utover rene korrelasjonseffekter. Har for eksempel selvmedfølelse en modererende virkning ved komorbid depresjon/angst og sorglidelser?

Til slutt ville det være interessant å se nærmere på delkomponentene i SM, og hvordan disse virker inn på sorgopplevelsen. Tidligere studier har vist at delkomponentene i

selvmedfølelse har ulik effekt på psykopatologi under eksperimentelle betingelser (Dundås et al., 2016; Körner et al., 2015; Zhang & Chen, 2016). En mer finkornet analyse av delkomponentene kan bidra til å få en dypere forståelse av *hvordan* evnen til selvmedfølelse virker inn på den individuelle sorgprosessen og meningsdannelse i sorgen. Hvordan kan f.eks. evnen til å snakke til seg selv på samme måte som avdøde kanskje ville ha gjort, hjelpe med å reetablere den forstyrrede evnen til selvregulering?

6. Avslutning

Vi har altså sett indikasjoner på at evnen til selvmedfølelse er relatert til lidelse hos mennesker som har mistet en som stod dem nær, men at begrepet som helhet ikke nådde statistisk signifikant forklaringsverdi på den totale mengden sorgsymptomer når relevante bakgrunnsvariabler var blitt kontrollert for. Effekten av selvmedfølelse er til stede hos et utvalg der majoriteten av deltagerne ikke oppfyller de diagnostiske kravene for en sorglidelse eller depresjon. Dette resultatet viser et eksempel på hvordan intrapersonlige faktorer spiller inn på vår evne til å takle sterke ytre påkjenninger slik som tap av nære mennesker. Hvilken evne den enkelte har til å mobilisere slike indre ressurser er ofte tett knyttet til de forhold og omstendigheter som har formet vedkommendes liv. Dette betyr ikke at de menneskene som ikke i like stor grad klarer å mobilisere sin evne til f.eks. selvmedfølelse, er dømt til å lide sterkere gjennom hele sitt liv, ettersom vi vet av slike kognitivt baserte emosjonsreguleringsstrategier kan trenes opp og personliggjøres for enkeltpersonen. Det er derimot en indikasjon til oss som helsepersonell om å ha i mente det indre potensialet til de menneskene vi møter i vår praksis, og arbeide sammen med dem for å mobilisere denne styrken.

7. Kilder

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Arimitsu, K. & Hofmann, S. G. (2017). Effects of compassionate thinking on negative emotions. *Cognition and emotion*, 30(1), 160-167.
doi:10.1080/02699931.2015.1078292
- Boelen, P. A. & van den Bout, J. (2005) Complicated grief, depression and anxiety as distinct postloss syndromes: A confirmatory analysis study. *American journal of psychiatry*, 162(11), 2175-2177. doi: 10.1176/appi.ajp.162.11.2175
- Bastianelli, A., Gius, E. & Cipoletta, S. (2016). Changes over time in the quality of life, prolonged grief and family strain of caregivers of patients in vegetative state: A pilot study. *Journal of health psychology*, 21(5), 844-852 doi:
10.1177/1359105314539533
- Boelen, P. A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for complicated grief: Theoretical underpinnings and case descriptions. *Journal of loss and trauma*, 11(1), 1-30. doi:
10.1080/15325020500193655
- Boelen, P. A. (2017). Self-identity after bereavement. Reduced self-clarity and loss centrality in emotional problems after the death of a loved one. *Journal of nervous and mental disease*, 205(5), 405-408. doi:10.1097/NMD.0000000000000660
- Boelen, P. A., de Keijser, J. van den Hout, M. A. & van den Bout J. (2007). Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of consulting clinical psychology*, 75(2), 277-284.
doi: 10.1037/0022-006X.75.2.277

- Boelen, P. A., van den Hout, M. A. & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical psychology: Science and practice*, 13(2), 109-128. doi: 10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x
- Boelen, P. A., van den Bout, J. & van den Hout, M. A. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of behavior therapy*, 34, 225-238. doi: 10.1016/j.jbtep.2003.08.001
- Boelen, P. A., van den Bout, J. & de Keijser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression. *The American journal of psychiatry*, 160(7), 1339-1341. doi: 10.1176/appi.ajp.160.7.1339
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss; vol. 3, Loss: Sadness and depression*. London: Hogarth.
- Braun, T. D., Park, C. L. & Gorin, A. (2016). Self-compassion, body image and disordered eating: A review of the literature. *Body image*, 17, 117-131. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.03.003
- Burke, L. A. & Neimeyer, R. A. (2013). *Prospective risk factors for complicated grief, a review of the empirical literature*, in Stroebe, M., Schut, H. & van den Bout, J. (2013) *Complicated grief (pp. 145-161)*. Florence, GB: Routledge.
- Clesse, F., Leray, E., Bodeau-Livinec, F., Husky, M. & Kovess-Masfety, V. (2015). Bereavement-related depression: Did the changes induced by dsm-V make a difference? Results from a large population-based survey of French residents. *Journal of affective disorders*, 182, 82-90. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.039
- Derogatis, L. R. & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of clinical psychology*, 33(4), 981-989. doi: 10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AIDJCLP2270330412>3.0.CO;2-0

- Diedrich, A., Hofmann, S. G., Cuijpers, P. & Berking, M. (2016). Self-compassion enhances the efficacy of explicit reappraisal as an emotion regulation in individuals with major depressive disorder. *Behaviour research and therapy*, 82, 1-10. doi: 10.1016/j.brat.2016.04.003
- Djelantik, M. J., Smid, G. E., Kleber, R. J. & Boelen, P. A. (2017). Symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress and depression after loss in a Dutch community sample: A latent class analysis. *Psychiatry research*, 247, 276-281. doi: 10.1016/j.psychres.2016.11.023
- Duncan, C. & Cacciatore, J. (2015). A systematic review of the peer-reviewed literature on self-blame, guilt and shame. *OMEGA - Journal of death and dying*. 71(4), 312-342. doi: 10.1177/0030222815572604
- Dundås, I., Svendsen, J. L., Wiker, A. S., Granli, K. V. & Schanche, E. (2016). Self-compassion and depressive symptoms in a Norwegian student sample. *Nordic psychology*, 68(1), 58-72. doi: 10.1080/19012276.2015.1071203
- Dyregrov, A. (2006). Komplisert sorg: Teori og behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43(8), 779-786.
- Dyregrov, A., Plyhn, E. & Dieserud, G. (2009). *Etter selvmordet - veien videre*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Eisma, M. C., Schut, H., Stroebe, M., Boelen, P. A., van den Bout, J. & Stroebe, W. (2015). Adaptive and maladaptive rumination after loss: A three-wave longitudinal study. *British journal of clinical psychology* 54, 163-180. doi: 10.1111/bjc.12067
- Feigelman, W., Jordan, J. R. & Gorman, B. S. (2009). How they died, time since loss and bereavement outcomes. *OMEGA: Journal of death and dying*, 58(4), 251-273. doi: 10.2190/OM.58.4.a

- Feigelman, W., Jordan, J. R. & Gorman, B. S. (2011). Parental grief after a child's drug death compared to other death causes: Investigating a greatly neglected bereavement population. *OMEGA: Journal of death and dying*, 63(4), 291-316. doi: 10.2190/OM.63.4.a
- Fonn, G. O. (2015, 08.31). FN gjør sorg til diagnose, *Vårt Land*. hentet fra <http://www.vl.no/fn-gjor-sorg-til-diagnose-1.390262>
- Fried, E. I., Bockting, C., Arjadi, R., Borsboom, D., Amshoff, M., Cramer, A. O. J., Epskamp, S., Tuerlinckx, F. & Carr, D. (2015). From loss to loneliness: The relationship between bereavement and depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 124(2), 256-265. doi: 10.1037/abn0000028
- Galla, B. M. (2016). Within-person changes in mindfulness and self-compassion predict enhanced emotional well-being in healthy, but stressed adolescents. *Journal of adolescence*, 49, 204-217. doi: 10.1016/j.adolescence.2016.03.016
- Germer, C. K. & Neff, K. (2013). Self-compassion and clinical practice. *Journal of clinical psychology: In session*, 69(8), 856-867. doi: 10.1002/jclp.22021
- Ghesquiere, A., Shear, K., Gesi, C., Kahler, J., Belnap, B. H., Mazumdar, S., He, F. & Rollman, B. L. (2012). Prevalence and correlates of complicated grief in adults who have undergone a coronary artery bypass graft. *Journal of affective disorders*, 136, 381-385. doi: 10.1016/j.jad.2011.11.018
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 199-208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (2007). *The evolution of shame as a marker for relationship security: A biopsychosocial approach (pp. 283-310)*, in Tracy, J. L., Robins, R. W., & Tangey, J. P. (eds.). *The self-conscious emotions: Theory and research*, New York, USA: Guilford Press.

- Gilbert, P. & McGuire, M. T. (1998). *Shame, status, and social roles: Psychobiology and evolution* (pp. 99-126), in Gilbert, P. & Andrews, B. (eds.). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. New York, USA: Oxford University Press.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis*, (7th ed), Essex: Pearson Education Limited
- Hasha, M. H. (2015). Mindfulness practices for loss and grief. *Bereavement care*, 34(1), 24-28. doi: 0.1080/02682621.2015.1028201.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness* (5th ed.), London: Hodder Arnold.
- Herrestad, H. (2011, 04.04) Sorg er ikke en sykdom, *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Sorg-er-ikke-en-sykdom-187947b.html>
- Ilsung, N. (2015). Trajectories of complicated grief. *European journal of psychiatry*, 29(3), 173-182. doi: 10.3402/ejpt.v2i0.7995
- Jacobsen, J. T. (2016, 08.26) Selvmedfølelse - et redskap for å redusere stress, *Psykologisk.no*. Hentet fra psykologisk.no/2016/08/selvmedfoelse-et-redskap-for-a-reducere-stress
- Jansen, J. E., Gleeson, J. & Cotton, S. (2015). Towards a better understanding of caregiver distress in early psychosis: A systematic review of the psychological factors involved. *Clinical psychology review*, 35, 56-66. doi: 10.1016/j.cpr.2014.12.002
- Jordan, J. H & Litz, B. T (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic assessment and treatment considerations. *Professional psychology: Research and practice*, 45(3), 180-187. doi: 10.1037/a0036836
- Julhä, P. & Isometsä, E. (2006). The relationship of neuroticism and extroversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depression and anxiety*, 23(5), 281-289. doi: 10.1002/da.20167

- Kahl, K. G., Winter, L. & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioral therapies: What is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522-528. doi: 10.1097/YCO.0b013e328358e531
- Kelly, A. C., Miller, K. E. & Stephen, E. (2016). The benefits of being self-compassionate on days when interactions with body-focused others are frequent. *Body image*, 19, 195-203. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.10.005
- Körner, A., Coroiu, A., Copeland, L., Gomez-Garibello, C., Albani, C., Zenger, M. & Brähler, E. (2015). The Role of self-compassion in buffering symptoms of depression in the general population, *PLoS ONE*, 10(10), doi:10.1371/journal.pone.0136598.
- Kristensen, P. (2013). Sorg som diagnose. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 133, 856-858. doi: 10.1080/00201741003784606
- 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
- Kristensen, P., Veisæth, L., Hussain, A. & Heir, T. (2015). Prevalence of psychiatric disorders and functional impairment after loss of a family member: A longitudinal study after the 2004 tsunami. *Depression and anxiety*, 32, 49-56. doi: 10.1002/da.22269
- 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
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2016). "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief",

- are one and the same diagnostic entity: An analysis of data from the Yale bereavement study. *World psychiatry*, 15, 266-275. doi: 10.1002/wps.20348
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Ommeren, M., Jones, L. M., . . . Rousseau, C. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for icd-11. *World psychiatry*, 12, 198-206. doi: 10.1002/wps.20057
- Marshall, E. & Brockman, R. N. (2016). The relationship between psychological flexibility, self-compassion and emotional well-being. *Journal of cognitive psychotherapy: An international quarterly*, 30(1), 60-72. doi: 10.1891/0889-8391.30.1.60
- Martinsen, Ø. L., Nordvik, H. & Østbø, L. E. (2005). Norske versjoner av NEO PI-R og NEO FFI, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(5), 421-423.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2002). A contemplated revision of the NEO five-factor inventory. *Personality and individual differences*, 36, 587-596. doi:10.1016/S0191-8869(03)00118-1
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1989). Rotation to maximize the construct validity of factors in the NEO personality inventory. *Multivariate behavioral research*, 24, 107-124. doi: 10.1207/s15327906mbr2401_7
- Neff, K. (2003). Self compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2, 85-101. doi: 10.1080/15298860390129863
- Neff, K. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion, *Self and identity*, 2, 223-250. doi: 10.1080/15298860309027
- Neff, K. (2008). Self-compassion: Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept, in Wayment, H. A. & Bauer, J. J (eds.), *Transcending self-interest: Psychological exploration of the quiet ego (pp. 95-105)*, Washington DC, USA: American Psychological Association.

- Neff, K., Rude, S. S. & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of research in personality, 41*, 908-916. doi:10.1016/j.jrp.2006.08.002
- Neff, K. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human development, 52*, 211-214. doi: 10.1159/000215071
- Neff, K. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of personality, 77*(1), 23-50. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Neff, K. (2015) The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness, 7*, 264-274. doi: 10.1007/s12671-016-0560-6.
- Neff, K., Whittaker, T. A. & Karl, A. (2017). Examining the factor structure of the self-compassion scale in four distinct populations: Is the use of a total scale score justified? *Journal of personality assessment,*
doi:10.1080/00223891.2016.1269334
- Neimeyer, R. A. & Young-Eisendrath, P. (2015). Assessing a buddhist treatment for bereavement and loss: The mustard seed project, *Death studies, 39*(5), 263-273. doi: 10.1080/07481187.2014.937973
- Overton, B. L. & Cottone, R. R. (2016). Anticipatory grief: A family systems approach. *The family journal: Counselling and therapy for couples and families, 24*(4), 430-432. doi: 10.1177/1066480716663490
- Parker, G., McGraw, S. & Paterson, A. (2015). Clinical features distinguishing grief from depressive episodes: A qualitative analysis. *Journal of affective disorders, 176*, 43-47. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.063

- Pfattheicher, S., Geiger, M., Hartung, J., Weiss, S., & Schindler, S. (2017). Old wine in new bottles? The case of self-compassion and neuroticism. *European journal of personality, 31*(2), 160-169. doi: 10.1002/per.2097
- Pies, R. (2014). The bereavement exclusion and dsm-5: An update and commentary. *Innovative clinical neuroscience, 11*(7-8), 19-22. PMID: PMC4204469
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P. A., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B. & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for dsm-5 and icd-11. *PLoS Medicine, 6*(8), e1000121. doi: 10.1371/journal.pmed.1000121
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F. III, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J. & Miller, M. (1995). The 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
- Robinaugh, D. J., Mauro, C., Bui, E., Stone, L., Shah R., Wang, Y., Skritskaya, N. A., Reynolds, C. F., Zisook, S., O'Connor, M., Shear, K. & Simon, N. M. (2016). Yearning and its measurement in complicated grief. *Journal of loss and trauma, 21*(5), 410-420. doi: 10.1080/15325024.2015.1110447
- Robinson, T. & Marwit, S. J. (2006). An investigation of the relationship of personality, coping and grief intensity among bereaved mothers. *Death studies, 30*(7), 677-696. doi: 10.1080/07481180600776093
- Rude, S. S., Maesta, K. L. & Neff, K. (2007). Paying attention to distress: What's wrong with rumination? *Cognition and emotion, 21*(4), 843-864. doi: 10.1080/02699930601056732

- Schultz, R., Boerner, K., Shear, K., Song, Z. & Gitlin, L. N. (2006). Predictors of complicated grief among dementia caregivers: A prospective study of bereavement. *American journal of geriatric psychology, 14*(8), 650-658. doi: 10.1097/01.JGP.0000203178.44894.db
- Shapiro, S. L. & Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington DC USA: American Psychological Association. doi: 10.1002/jclp.20602
- Siqveland, J., Moum, T. & Leiknes, K. A. (2016). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Symptom Checklist 90 Revidert. Rapport-2016. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.
- Stroebe, M. & Schut, H. (2015). Family matters in bereavement: Toward an integrative intra-interpersonal coping model. *Perspectives on psychological science, 10*(6), 873-879. doi: 10.1177/1745691615598517
- Stroebe, M. & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA: Journal of death and dying, 61*(4), 273-289. doi: 10.2190/OM.61.4.b
- Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2007). Health consequences of bereavement: A review. *The lancet, 370*, 1960-1973. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61816-9
- Stroebe, M., Stroebe, W., van de Schoot, R., Schut, H. & Abakoumin, G. (2014). Guilt in Bereavement: The role of self-blame and regret in coping with Loss. *PLoS ONE, 9*(5), e96606 doi:10.1371/journal.pone.0096606.
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H. & van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical psychological review, 20*(1), 57-75. doi: 10.1016/S0272-7358(98)00089-0

- 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: 10.2190/OM.61.4.b
- Stroebe, W., Abakoumin, G. & Stroebe, M. (2010). Beyond depression: Yearning for the loss of a loved one. *OMEGA: Journal of death and dying*, 61(2), 85-101. doi: 10.2190/OM.61.2.a
- Taylor, S. E. (2015). *Health Psychology (9th ed.)*, New York: McGraw-Hill Education.
- Templeton, L., Ford, A., McKell, J., Valentine, C., Walter, T., Velleman, R., Bauld, L., Hay, G. & Hollywood, J. (2016). Bereavement through substance use: Findings from an interview study with adults in England and Scotland. *Addiction research & theory*, 24(5), 341-354. doi: 10.3109/16066359.2016.1153632
- Thannhauser, J. E. (2014). Navigating life and loss in pediatric multiple sclerosis. *Qualitative health research*, 24(9), 1198-1211. doi: 10.1177/1049732314544966
- Wilcox, H. C., Mittendorfer-Rutz, E., Kjeldgård, L., Alexanderson, K. & Runeson, B. (2015). Functional impairment due to bereavement after the death of adolescent or young adult offspring in a national population study of 1'051'515 parents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50, 1249-1256. doi: 10.1007/s00127-014-0997-7
- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., Heijden, P & Dijkstra, I. (2007) Neuroticism and attachment insecurity as predictors of bereavement outcome. *Journal of research in personality*, 41, 498-505. doi: 10.1016/j.jrp.2006.06.001
- Wilhelmsen, I. (2004). *Sjef i eget liv*, Stavanger: Hertervig Forlag
- Wistoft, K. (2011). Mindfulness og mental sundhet. *Psyke og logos*, 32, 146-169. doi: 2185843498

World Health Organization (1999). *icd-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*, Oslo: Gyldendal Akademisk.

World Health Organization (2017). *icd-11 Beta Draft - Mortality and morbidity statistics*.

Hentet fra <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l->

[m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f118383231](http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f118383231)

Yalom, I. D. (2008). *Å stirre på solen*, Oslo: Arneberg forlag.

Yarnel, L. M., Stafford, R. E., Neff, K., Reilly, E. D., Knox, M. C. & Mullarkey, M. (2015).

Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and identity*, 14(5), 499-520. doi: 10.1080/15298868.2015.1029966

Zhang, J. W. & Chen, S. (2016). Self-compassion promotes personal improvement from

regret experiences via acceptance. *Personality and social psychology bulletin*, 42(2), 244-258. doi: 10.1177/0146167215623271