

Barn kan utvikle alvorlige og langvarige problemer etter en forelders død, selv om det ikke er regelen, skriver Atle og Kari Dyregrov.

TEKST: Atle Dyregrov og Kari Dyregrov

Det finnes ikke noen eksakte tall for hvor mange barn som hvert år mister foreldre i Norge. Det antas at rundt 4 % av barn i den vestlige verden mister en av eller begge foreldrene før de fyller 18 år ([Pearlman, Schwalbe & Cloitree, 2010](#)). Fra statistisk sentralbyrå fremgår det av genererte tall (Statistikkbanken) at 1660 personer mellom 20 og 49 år døde i 2014, men ikke alle disse er foreldre. Ifølge krefregisteret vil rundt 700 barn og unge under 18 år miste en forelder som følge av kreft i løpet av ett år (<http://krefregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Antall-barn-med-kreftsyke-foreldre-er-kartlagt/> – lastet ned 17.12.15). Dette betyr at det i løpet av noen få år er flere tusen barn som opplever tap av foreldre på denne måten. I tillegg medfører mange delte familier (ca. 50 %) at mange barn også mister nære steforeldre. Totalt sett betyr det at det til enhver tid befinner seg mange tusen barn i norske skoler og barnehager som har opplevd foreldretap. Vi ønsker derfor å bidra til at ulike grupper fagfolk som møter barna, har god kunnskap om sorgreaksjoner og hva som kan gjøres for å hjelpe.

Allerede på 1960-tallet produserte Bowlby banebrytende arbeider om barns sorg, hvor både normal sorg og kompliserte sorgvarianter beskrives ([Bowlby, 1963](#)). På 1970-tallet ble temaet ytterligere belyst, ikke minst gjennom Furmans bok «A child's parent dies» ([1974](#)). Konfliktene i Midtøsten utløste noen av de første empiriske studiene av barns reaksjoner på tap av foreldre (far drept i krig), og de viste hvor sterk innvirkning slike dødsfall kan ha ([Kaffman & Elizur, 1979](#)). I tillegg til Bowlbys arbeid i Storbritannia bidro psykiater Dora Black til at flere fagfolk fattet interesse for barn som mistet foreldre ([Black, 1976](#)).

I 1990-årene markerte Wordens ([1996](#)) arbeid et sprang i tilfanget på kunnskap. Fra et tilfeldig utvalg på 70 familier sammenlignet han barn som hadde mistet en forelder (alder 6 til 17 år) med 70 matchede kontrollbarn og viste hvordan de var utsatt for risiko for å utvikle problemer. Spesielt har gruppen rundt psykiateren Irwin Sandler gjennomført gode studier, blant annet av et systematisk oppfølgingsprogram ([Sandler, Ayers mfl., 2010](#); [Sandler, Ma mfl., 2010](#)).

Sammen med økt kunnskap om barns forståelse av døden i et utviklingsperspektiv og flere studier av sorgreaksjoner hos barn etter foreldres død har det gradvis skjedd en endring i samfunnets holdninger hva angår å informere og inkludere barn i forbindelse med dødsfall. Barn var i svært liten grad inkludert i ritualer tidlig på 1980-tallet, men har blitt gradvis inkludert på en helt annen måte enn tidligere. Fra å være stengt ute ble de tatt med i begravelser og etter hvert også syninger av den

døde. De har etter hvert fått mer direkte informasjon om hva som skjer under sykdom eller i forbindelse med plutselige dødsfall, og deres behov har blitt bedre ivare tatt både på sykehus og i skole.

Det er store metodiske kvalitetsforskjeller i studier av barns reaksjoner etter foreldretap. I senere år har kvaliteten blitt bedre, og både kvalitative og kvantitative studier av høy kvalitet har gitt oss bedre kunnskap på området. Med noen gode unntak er det imidlertid fremdeles få longitudinelle studier som har fulgt barna over mange år. Som bakgrunn for forslag til oppfølging av og hjelp til barn har vi gjennomgått litteratur på området, med spesiell vekt på norsk og skandinavisk forskning. Dette fordi den nordiske konteksten har betydning for hvilke tiltak som foreslås. Hva angår oppfølgingshjelp er det gjort få studier av barn i sorg, og derfor inngår akkumulert klinisk erfaring i oppfølgingsforslagene.

Helsemessige konsekvenser etter en forelders død

Dødelighet

I senere år er det gjennomført studier i Danmark, Sverige og Finland som har benyttet registerdata for å se om personer som mister foreldre, har økt tidlig dødelighet sammenlignet med andre uten slike tap (Li mfl., 2014; Rostila & Saarela, 2011). Li og medarbeidere (2014) undersøkte 189 094 mennesker som hadde mistet foreldre før de fylte 18 år, fra et utvalg på over 7 millioner mennesker. De fant at tap av en forelder var forbundet med en 50 % økning i tidlig død. Unaturlige dødsfall (voldsomme, plutselige) var forbundet med en høyere risiko for tidlig død enn etter naturlig død (sykdom). Høyest risiko ble funnet når barn døde av samme dødsårsak som foreldre.

Rostila og Saarela (2011) delte inn gruppene etter hvor gamle personene var da foreldrene døde (fra de yngste, som var 10 til 19 år, til de eldste, som var 50 til 59 år). I den yngste gruppen fant de en klar økning i risiko for tidlig død. Risikoen økte spesielt etter unaturlige dødsfall (for eksempel ulykker, selvmord, mord), og var størst for de som hadde mistet mor. I denne gruppen økte risikoen for barn som mistet mødre av unaturlige årsaker med 111 % i forhold til barn som mistet foreldre ved sykdom. I eldre aldersgrupper var det bare en liten økt risiko for tidlig død. Smith og medarbeidere (2014) har undersøkt hvordan tidlig foreldredød påvirker dødelighet etter 65 års alder. De fant at for alle kvinner over 65 år var dødeligheten større, spesielt når en forelder hadde dødd tidlig i livet deres, mens for menn var effekten sterkere om tapet skjedde når de var unge voksne.

Sykelighet

En forelders død medfører en akutt krise i familien (Tremblay & Israel, 1998; Luecken, 2008), og sorgstudier har vist en økning i psykiske problemer og plager (se f.eks. Cerel, Fristad, Verducci, Weller & Weller, 2006; Dowdney, 2000; Dyregrov & Dyregrov, 2011; Osborn, 2007; Pfeffer, Karus, Siegel & Jiang, 2000), en nedgang i skoleprestasjoner og mer sosial tilbaketrekning og atferdsproblemer (Dowdney mfl., 1999; Luecken, 2008) samt somatiske plager (Liu mfl., 2013; Silverman & Worden, 1992). Hamdam og medarbeidere (2012) har vist at foreldretap i ungdomstiden er forbundet med økt risikofølelse med konsekvenser for helsen

(rusmisbruk, ikke bruke sikkerhetsbelte, komme i fysisk konflikt med noen, være i en bil hvor sjåføren har drukket m.m.).

Tidlig foreldretap er assosiert med økte helseproblemer gjennom livet, både i epidemiologiske og korrelasjonelle studier (for en oversikt, se [Luecken, 2008](#)). I en svensk populasjonsstudie ([Bylund-Grenklo mfl., 2013, 2014](#)) ble det funnet at tenåringer som hadde mistet foreldre 6 til 9 år tidligere, utførte dobbelt så mye selvskading som kontrollgruppen man sammenlignet med (20 versus 11 %). Selvskading var mer vanlig i familier med dårlig samhold før og etter tapet. En opplevelse av at helsevesenet ga den syke dårlig pleie, tro på at det skulle gå bra helt til nær dødsfallet og problemer hos foreldre i forkant var også forbundet med mer selvskading. Jenter reagerte i større grad med internaliseringsproblemer enn gutter på slike tap ([Schmiege, Khoo, Sandler, Ayers & Wolchik, 2006](#); [Worden & Silverman, 1996](#)). Både i en dansk populasjonsbasert registerstudie ([Jakobsen og Christiansen, 2011](#)) og i en svensk registerstudie ([Niederkröthaler, Floderus, Alexanderson, Rasmussen & Mittendorfer-Rutz, 2012](#)) er det vist at barn og unge som mister foreldre, også har økt risiko for selvmordsforsøk. I den svenske undersøkelsen påvises også økt forekomst av selvmord.

I to norske studier av barn og unge mellom 8 og 20 år som mistet en forelder ved kreft, fant vi at barna i ulik grad slet med angst og frykt, sinne, tristhet og depressive symptomer, søvnvansker, fysiske smerter, skolerelaterte vansker og sosial isolasjon. Jentene rapporterte generelt mer problemer enn guttene. ([Dyregrov, 2005](#); [Dyregrov & Dyregrov, 2011](#)).

I en longitudinell studie av 126 unge som mistet foreldre plutselig, fant Brent og medarbeidere ([2012](#)) at de etterlotte barna fem år etter dødsfallet, da de i gjennomsnitt var blitt litt over 18 år, hadde mer vansker i arbeid/på skolen, hadde mindre veldefinerte mål for sin karriereutvikling, lavere vennetilknytning og svekkede utdannelsesforventninger sammenlignet med ungdommer som ikke hadde opplevd foreldretap. Omsorgsgivers fungering og familieklimaet fremheves som viktige medierende faktorer.

Selv om det har vært sprikende forskningsresultater, så viser de fleste studier en sammenheng mellom tap av foreldre i barndommen og økt risiko for depresjon i voksen alder ([Coffino, 2009](#); [Jacobs & Bovasso, 2009](#)). Det er også påvist en sammenheng mellom foreldretap og senere alkoholproblemer og fobier ([O'towa mfl., 2014](#)). Kombinasjonen av foreldredød og barndomstraumer gir økt selvmordsrisiko i voksen alder ([Jeon mfl., 2014](#)), og emosjonell mishandling (emotional abuse) synes spesielt å øke risikoen.

Det er viktig å slå fast at selv om det er mange barn som kan slite med både kort- og langsiktige konsekvenser av å miste foreldre, så greier flertallet seg bra. Et relativt stort mindretall sliter imidlertid. Selv om det ofte nevnes at 10 til 15 % ikke greier seg så godt, tyder ny forskning på at tallet kan være høyere. Howell og medarbeidere ([2015](#)) fant at mer enn 40 % av 7 til 13 år gamle barn hadde problemer i daglig fungering målt ved hjelp av ulike symptomskalaer i løpet av det første halve året etter tap av foreldre. Tallene korresponderer godt med det Lin og

medarbeidere (2004) fant i en tilsvarende studie. Normale reaksjoner i form av tristhet og lengsel etter den døde, økt engstelse, sinne m.m. vil likevel naturlig minske over tid for de fleste (Dyregrov, 2006a).

Beskyttende eller risikoskapende faktorer

En rekke forskjellige faktorer kan øke eller minske risikoen for at barn utvikler problemer. For eksempel kan et varmt familieklima (positive parenting) etter dødsfallet være beskyttende, mens motsatsen, et kaldt klima, gir økt risiko (Kwok mfl., 2005). Hvis et dødsfall fører til store omveltninger i et barns hverdag, for eksempel fordi den økonomiske situasjonen akutt forverres etter dødsfallet eller barnet må skifte bolig og skole, øker faren for skjevutvikling (Worden, 1996). Fremdeles gjenstår mye forskning før vi har god kunnskap om hvordan ulike faktorer på ulike systemnivå (mikro og makro) påvirker barns situasjon over tid.

Nylig gjennomførte Alisic og medarbeidere (2015) en systematisk gjennomgang av studier av barn der en av foreldrene hadde tatt livet av den andre. Studien lister ulike risiko- og beskyttelsesforhold, men skriver at evidensbasen for disse er begrenset. Av bakgrunnsfaktorer som nevnes, er barnets tidligere eksponering for vold og mishandling, rusmisbruk hos foreldre og økonomiske problemer i familien. Av såkalte peritraumatiske risikofaktorer (de faktorer som er til stede rundt dødsøyeblikket) nevnes: barnets eksponering i forbindelse med drapet, om det selv ble angrepet og om gjerningspersonen tok sitt liv etter angrepet. Til sist nevner de forhold i etterkant av drapet (post-traumafaktorer): hvor barnet plasseres, hjelpen det får, barnets og familiens mestringstrategier, kontakt med gjerningsperson (forelder) i ettertid og annen støtte fra omgivelsene. Selv om slike dødsfall er sjeldne, illustrerer gjennomgangen godt hvordan forhold forut for, under og etter dødsfallet kan påvirke barnas sorg.

Små barn er totalt avhengig av sine voksne omgivelser for tilstrekkelig informasjon om dødsfallet og ivaretagelse etterpå. Dersom gjenlevende forelder ikke samtaler med barna eller informerer om det som har skjedd, så er det lite de minste barna selv kan gjøre, mens større barn har større informasjonstilgang gjennom andre. Vi vet at barn som ikke kan snakke fritt med gjenlevende forelder (eller andre omsorgspersoner), har forhøyet risiko for å slite over tid (se Tremblay & Israel, 1998 for en oversikt). Uten god voksenstøtte kan det lett oppstå misforståelser i forbindelse med egne reaksjoner eller fakta knyttet til dødsfallet. Det er kjent at såkalte «catastrophic misinterpretations of grief reactions» er forbundet med økt forekomst av komplisert sorg hos voksne (Boelen, van den Bout & van den Bout, 2010). Faren for dette er sannsynligvis høyere hos barn, gitt deres begrensede livserfaring og vanskene de kan ha med tilgang til og tolkning av informasjon. I tråd med funn fra Osborns (2007) oversiktsartikkel om etterlatte barn ved dødsfall som følge av kreft, påpekte også barna i den norske studien (Dyregrov & Dyregrov, 2011) at mangelfull informasjon etter en forelders død var et stort problem som gjorde sorgbearbeidingen mer problematisk. De ønsket informasjon om diagnosen og oppdatert informasjon gjennom sykdomsforløpet og ikke minst etter dødsfallet. Korrekt informasjon ble beskrevet som «angstdempende». Bylund-Grenklo og

medarbeidere (2016) har vist at informasjon fra lege til familien om sykdom, behandling og dødsfall før selve dødsfallet ga signifikant høyere tillit til foreldrenes sykdomsbehandling, som i sin tur var relatert til en lavere risiko for depressive symptomer 6 til 9 år etter dødsfallet.

God omsorgskapasitet hvor gjenlevende forelder evner å skape et varmt klima med disiplin (at regler opprettholdes) er vist å ha en beskyttende virkning for barn som mister foreldre (Lin, Sandler, Ayers, Wolchik & Luecken, 2004) og dårlig kvalitet på foreldres omsorg blir da selvfølgelig en risikofaktor for psykologiske problemer (Kranzler, Shaffer, Wasserman & Davies, 1990; Tremblay & Israel, 1998; Luecken, 2008). Omsorgsgivere i familier som opplever unaturlige dødsfall, kan oppleve både traumereaksjoner i form av PTSD og kompliserte sorgreaksjoner (se Dyregrov, 2003; Dyregrov & Kristensen, 2015). Dette kan gi svekket foreldrekapasitet. Barns sorgreaksjoner er sterkt relatert til foreldrenes emosjonelle reaksjoner rundt dødsfallet og i hvilken grad stemningen i hjemmet er preget av sorg (Brown mfl., 2008; Osborn, 2007). Foreldres egen sorgreaksjon ser ut til å ha stor betydning for deres evne til å ivareta sitt foreldreskap, og om det svikter, kan barns utvikling påvirkes negativt. Det kan også nevnes at nytt giftermål tidlig etter dødsfallet, spesielt når det er mor som dør, er forbundet med problemer for tenåringsdøtre (Riches & Dawson, 2000). Til tross for denne kunnskapen vet vi relativt lite om hvordan normale og kompliserte sorgprosesser arter seg innenfor familien.

Gjenlevende foreldre må også evne å skape samtaler som tillater barnet, om det ønsker det, å over tid snakke om den de har mistet. Det er påvist at det for barn er viktig å utvikle en indre relasjon til den de har mistet, hvor de ikke holder den døde for nær, men heller ikke skyver forelderen helt bort (Nickman, Silverman & Normand, 1998). Samtaler som tillater dette, såkalte elaborerende samtaler, er viktig i så henseende (Bohanek mfl., 2006; Harley & Reese, 1999). Barn har også høyere risiko for langtidsproblemer dersom de tidligere har opplevd dødsfall og/eller har hatt psykiske problemer tidligere (Worden, 1996).

Det finnes en viss dokumentasjon for at voldsomme dødsfall generelt sett forårsaker mer problemer enn mindre voldsomme dødsfall (Dyregrov, Nordanger & Dyregrov, 2003), men samtidig vet vi at barn som er vitne til foreldrenes fysiske plager når de er alvorlig syke eller døende, sliter mer enn de som ikke er vitne til dette (Dyregrov & Dyregrov, 2011; Saldinger, Porterfield & Cain, 2004). Det er derfor slik at eksponering forut for sykdomsdødsfall og eksponering for plutselige dødsfall hver for seg kan gi sterke reaksjoner, og traumevirkninger kan følge begge typer dødsfall (Kaplou, Howell & Layne, 2014). Barn som selv har opplevd fare i situasjonen der forelderen døde, opplever også sterkere sorgreaksjoner (Brown mfl., 2008).

Ulike mestringsmekanismer kan gjøre seg gjeldende i ulike aldersgrupper og hos de to kjønn. Gutter viser ofte mindre reaksjoner over tid enn jenter. Little og medarbeidere (2009) fant at årsaken til at jentenes høyere forekomst av angst og depresjonssymptomer hang sammen med større stressbelastninger i den første tiden etter dødsfallet og deres vurdering av fare (threat) og frykt for å bli forlatt. Det

er velkjent at det er kjønnsforskjeller hos voksne, og dette har sannsynligvis mange årsaker, både mestringsstil, mer grubling eller ruminering blant kvinner og sannsynligvis også ulike sosiale og genetiske/biologiske faktorer. Howell og medarbeidere (2015) fant at barn som brukte ekspressiv mestring (åpent uttrykte sine følelser), greide seg bedre enn de som unngikk eller undertrykte sine reaksjoner. De fant også at barn som hadde tiltro til at de kunne mestre og påvirke sin egen situasjon og sine egne følelser og arbeide seg i gjennom det de opplevde, klarte seg bedre enn andre.

Vi vet lite om hvilke sosiale konsekvenser sorgen får for barn. Venners støtte har betydning, men få studier har sett på dette i forbindelse med barnas problemer. Fra klinisk arbeid og studier av barn som etterlatte etter en forelders kreftdød (Dyregrov, 2005) har vi erfart at barn kan bli ertet fordi forelderen er død, og at dette blir brukt mot dem. I vår 2011-undersøkelse fant vi at de verdimessige endringene som de fleste ungdommene opplevde gjennom foreldres kreftsykdom og død, resulterte i mindre tilhørighet til jevnaldrende. Noen ble redd for å knytte seg til andre mennesker generelt. Tapet hadde gjort dem usikre i mellommenneskelige relasjoner og redde for å binde seg til noen i frykt for å miste dem igjen. Dette medførte at enkelte trakk seg unna det sosiale livet og ble ensomme og alene med sorgen (Dyregrov & Dyregrov, 2011). En ny undersøkelse fra USA (Cain & LaFreniere, 2015) viste at 7 av 35 barn mellom 5 og 15 år ble ertet for tapet av forelder. Det må antas at dette også skjer i Norge, og at det vil forvanske barnas situasjon. Manglende sosial støtte fra venner, familie eller skole er assosiert med flere problemer (Dyregrov & Dyregrov, 2007).

Det er få som har studert hvilken tilleggsrisiko det kan være for barnet om det ikke blir godt ivaretatt på skolen. I forskningsarbeid fra Senter for Krisepsykologi (Dyregrov, 2006; 2009a) og i en doktoravhandling fra Danmark (Lytje, 2015) er det vist hvilken sårbar posisjon sørgende elever befinner seg i når de kommer tilbake til skolen og hvor viktig skolens møte med dem er. De ønsker å bli sett, men samtidig ikke få for mye oppmerksomhet. Lærerne kan samtidig oppleve en rollekonflikt angående balansen mellom å ivareta omsorgsrollen og den pedagogiske rollen (Dyregrov, Dyregrov & Idsøe, 2013; Dyregrov, Endsjø, Idsøe & Dyregrov, 2014). Elever som opplever et godt skoleklima hvor det blir iverksatt tiltak i forbindelse med returen til skolen og for å ivareta læringsevnen deres, antas å takle skolesituasjonen bedre enn de med manglende sosial og akademisk støtte.

Normal og komplisert sorg

Det finnes ikke noen klar definisjon av hva som er normal og komplisert sorg hos barn. Dette er et vanskelig skille selv hos voksne, et skille som blir ytterligere komplisert for barn fordi de er i utvikling og er umodne mht. forståelse og emosjonsregulering. I tillegg er de avhengige av voksne for informasjon og ivaretagelse. Derfor blir omsorgsgiveres reaksjoner og håndtering ofte avgjørende for hvordan barna takler tapet. Sorg er åpenbart ikke bare en indre opplevelse; barns reaksjoner avspeiler familien de lever i og det samfunnet og den kulturen familien er en del av. Dyregrov og Dyregrov (2013) undersøkte oppfatningen av

normal og komplisert sorg hos en gruppe erfarne fagfolk (forskere og klinikere) fra ulike land. De fant ingen omforent definisjon, men enighet om at det var sorgens intensitet og varighet samt medfølgende funksjonstap som skilte mellom komplisert og vanlig sorg. Helt tilbake i 1963 skrev Bowlby en mesterlig artikkel der han beskriver ulike typer komplisert sorg hos barn. Han kalte det den gang for «pathological mourning», men i dag ville nok mange nok heller benyttet termen komplisert sorg. Han beskriver ulike undergrupper av komplisert sorg hos barn, og han knytter normal sorg til gjenopprettelse av daglig fungering, mens en i komplisert sorg forblir overopptatt av den døde i tankene. Traumekonsekvenser var den gang ukjente.

Det å ha vært vitne til dramatiske omstendigheter ved en forelders sykdom eller død, for eksempel å finne den døde eller overleve en ulykke hvor en eller begge foreldre dør, kan føre til både posttraumatiske stressproblemer og komplisert sorg. Fantasier i kjølvannet av dramatiske dødsfall kan også gi traumatiske etterreaksjoner. Sorg og traume kan vikles inn i hverandre. Med utgangspunkt i traumefeltet har Cohen og kolleger ([Cohen, Mannarino, Greenberg, Padlo & Shipley, 2002](#); [Cohen, Mannarino & Staron, 2006](#)) benyttet termen «childhood traumatic grief» (CTG) for å fange sorgreaksjoner hos barn. Begrepet dekker de plagsomme sorgreaksjonene som ledsager traumatiske dødsfall hvor PTSD-symptomer kan forstyrre eller hindre sorgbearbeiding. Slike reaksjoner kan også gjøre det vanskelig å hente frem gode minner ([Cohen, Mannarino & Staron, 2006](#)). I behandling av sorg fremheves det derfor at traumebearbeiding bør komme forut for sorgbearbeiding. I nyere forskning vedrørende barns sorg har kanskje den traumatiske varianten blitt viet for mye oppmerksomhet, slik at de andre typene Bowlby nevnte, har kommet i bakgrunnen.

En ofte oversett sorgtype kan oppstå når barn lever i en familie hvor fakta ikke kommuniseres eller informasjon holdes unna barnet, og/eller der det er et begrenset emosjonelt klima (ikke mulig å gi uttrykk for eller få gjensvar på sine reaksjoner), og/eller foreldre håndterer sine egne eller barnas reaksjoner på en måte som skaper problemer for barna. Det kan være fruktbart å betrakte dette som en subtype av komplisert sorg, selv om den oppstår i samspillet mellom barnet og dets omgivelser. For denne gruppen vil ikke traumefokusert sorgterapi (omtales senere) være tilstrekkelig; det kreves en familieorientert tilnærming for å kunne bedre situasjonen.

Mens forskning på voksne sørgende ikke har funnet særlig evidens for utsatt sorg ([Bonanno & Field, 2001](#)), er dette noe vi ser i klinikken i arbeidet med sørgende barn. Vi møter barn og ungdommer som utsetter sorgreaksjonene sine, og vi antar at dette avspeiler deres manglende evne til å nedregulere følelser. De håndterer sterke følelser ved å unngå dem. Vi hører så ofte om barn som ikke vil snakke om den døde forelderens og sier at de ikke har noen følelser, at vi nesten kan si at utsatte eller undertrykte reaksjoner hos barn er normen. Bylund-Grenklo og medarbeidere ([2016](#)) bekrefter at ungdom som har mistet en forelder i tenårene, beskriver at de har utsatt sorgen.

Det er imidlertid forskjell på en viss bortskyving av følelser for så å kunne slippe

dem til i tolerable doser, og en total blokkering av sorgreaksjoner. En slik overregulering av emosjoner vil vanligvis være forbundet med funksjonstap på ett eller flere områder, noe som kan legges til grunn for å skille normale fra kompliserte sorgforløp. Klinisk vil noen barn benekte alle emosjonelle reaksjoner knyttet til den døde, og de vil begynne å unngå samtaler eller minner knyttet til den døde eller dødsfallet. Slik aktiv unngåelse krever kognitiv kapasitet og kan føre til skoleproblemer. Arbeid gjenstår for å klargjøre hvor grensen går mellom emosjonsregulering som tjener en konstruktiv hensikt som hjelper barnet over tid, og en uhensiktsmessig regulering som representerer en komplisert sorgvariant.

Hvilken støtte ønsker barn og unge?

Ved Senter for Krisepsykologi har vi i flere undersøkelser undersøkt hvilken hjelp og støtte barn ønsker i forbindelse med alvorlig sykdom og død. Her differensierte barn som hadde mistet foreldre ved kreft mellom hvilken hjelp og støtte de ønsket fra ulike «aktører» (Dyregrov & Dyregrov, 2011). Jo eldre de ble, desto viktigere var vennestøtte. Vi fant også at mindre kommunikasjon i hjemmet førte til at de delte mer med venner. Hele 29 % savnet støtte fra noen i nettverket sitt etter foreldres død, først og fremst venner. I samme studie fant vi at 22 % i svært stor eller nokså stor grad savnet støtte fra helsefaggrupper, kirke og skole (i tillegg krysset 22 % av for «til en viss grad»). Intervjuer viste at de spesielt ønsket bedre informasjon om sykdommen og dødsfallet fra helsepersonell. Barna ble spesifikt spurt hvilke råd de hadde til hjelpene, og svaret var samstemt: De ønsket å bli snakket med og lyttet til, og de ønsket råd. De ønsket også «friminutt» fra sorgen sammen med venner, og påpekte at gjenlevende foreldre måtte få støtte og hjelp. Angående skolen var det enighet om at de ønsket å bli sett, men det varierte i hvilken grad de ønsket at klassen skulle få informasjon om situasjonen deres.

Dyregrov (2008; 2009b) undersøkte hvordan unge (mellom 13 og 24 år) selvmordsetterlatte ønsket å bli møtt av hjelpeapparatet generelt (Dyregrov, 2008) og av psykologer spesielt. Av den generelle undersøkelsen fremgikk det at hjelpen fra nettverket ikke var tilstrekkelig. De opplevde behov for å bli sett og hjulpet av noen utenfor hjemmet. De ønsket et automatisk tilbud om hjelp fra psykologer, et tilbud som kom tidlig og ble gjentatt, og rask tilgang på hjelp om de ønsket det. De fremhevet også fleksibilitet som en hovedregel, sammen med ønsket om en empatisk og interessert hjelper (kjemien må stemme). De var tydelige på at de ønsket fagpersoner med kunnskap om selvmord og krisepsykologi, at de ville ha informasjon om reaksjoner, hvordan de kunne støtte andre og selvhjelpsråd.

Hjelp til barn i sorg

De to meta-analytiske studiene som er gjennomført om sorgintervensjoner for barn, kommer til nokså ulike konklusjoner. Currier og medarbeidere (2007) inkluderte 13 kontrollerte studier og rapporterte en liten, ikke-signifikant effektstørrelse på 0.14. Beste resultater ble funnet i studier som ga hjelp til riktig tid for de som opplevde behov for hjelp. Forfatterne argumenterer for tidlig screening for høyrisiko-grupper som allerede viser tegn på problemer, men advarer mot at intervensjon automatisk

gjennomføres i alle tilfeller. Rosner, Kruse, og Hagl (2010) inkluderte totalt 27 behandlingsstudier og gjennomførte to meta-analyser: en for kontrollerte studier (n = 15) og en for ukontrollerte studier (n = 12). Effektstørrelsen var henholdsvis 0,35 og 0,49 (liten til medium størrelse), og de konkluderte med at resultatene understøtter nytten av intervensjoner for barn i sorg. De fleste studier har benyttet gruppetilnærminger. Disse studiene gir ikke belegg for å anbefale intervensjon for alle. Samtidig har intervensjonene vært av ulik kvalitet, og bredden i barnas problemer fanges ikke godt nok opp. Uansett blir det viktig å hjelpe foreldre til å opprettholde sin foreldrekapasitet. Mestring og håndtering over tid er svært avhengig av hvordan gjenlevende foreldre takler situasjonen. Det betyr at god oppfølging med rådgivning og støtte til voksne som har ansvar for barn og som har mistet en partner, vil kunne være en viktig forebyggende aktivitet (Dyregrov & Dyregrov, 2011). Der barn tidlig viser urovekkende atferd eller har spesielt sterke reaksjoner eller tvangsmessig unngåelse av alt som minner om den døde, kan mer aktiv intervensjon for barna være påkrevet.

Tidlig intervensjon

Når foreldre har en livstruende sykdom, må man tidlig forholde seg til spørsmålet om på hvilken måte og hvor mye barn skal informeres om det som kommer til å skje. Kopchak Sheehan og medarbeidere (2014) intervjuet 56 familiemedlemmer fra 22 familier om dette, og viste at ulike strategier ble anvendt. Selv om mange av deltagerne la vekt på åpen og direkte kommunikasjon, var fremgangsmåtene nokså nyanserte og komplekse. I noen familier tilpasset de voksne forsiktig det som ble sagt, avhengig av situasjonen og barnets personlige egenskaper. I andre familier ble barna fortalt om hva som kom til å skje på en indirekte og tvetydig måte. En tredje måte var en «matter-of-fact telling» hvor de nøkternt ble fortalt om situasjonen, og i atter andre familier var informasjonen kjennetegnet av at den forandret seg eller var uforutsigbar. De ulike fremgangsmåtene reflekterte i større grad familiemønstre enn forhold ved sykdommen, hevdet forfatterne. Det var spesielt den siste fremgangsmåten, med inkonsistent informasjon, som medførte negative konsekvenser for barna.

Hjelp til familien for å etablere et godt kommunikasjonsklima som avpasser informasjonen til barnets alder, og som samtidig sikrer konsistent og god informasjon, vil sannsynligvis gi de tryggeste barna med minst problemer. En skandinavisk studie av Bylund-Grenklo og medarbeidere (2015) fant at 9 % (595 av 610) av de medvirkende unge (mellom 18 og 26 år på studietidspunktet) som hadde mistet foreldre i kreftsykdom da de var mellom 13 og 16 år, ville vite når deres foreldres død var nær forestående. Mange var misfornøyd med den informasjon de hadde fått, og få var blitt informert av eller med helsepersonell til stede. Forfatterne anbefaler en mer proaktiv strategi fra helsepersonells side.

Tidlig intervensjon, altså hjelp umiddelbart og i de første ukene etter et dødsfall, er lite beskrevet i faglitteraturen. Samtidig er det like etter et dødsfall voksne tar viktige avgjørelser om hvorvidt barn skal få faktainformasjon, om de skal inkluderes i ritualene og få se den døde, om retur til barnehage og skole, osv. Inkludering i begravelse og minneseremonier har vist positive virkninger for barn (Silverman &

Worden, 1992; Weller, Weller, Fristad, Cain & Bowes, 1988), men de trenger god forberedelse, følge i situasjonen, og oppfølging i etterkant (Dyregrov, 2010). I en liten studie av 11 barn som hadde mistet en forelder eller et søsken (Søfting, Dyregrov & Dyregrov, 2016), ble barna intervjuet om sine erfaringer ved deltagelse. De ga klart uttrykk for hvor viktig det var å bli inkludert i ritualene, for både bedre å forstå og akseptere tapet. De sa at de ville blitt både triste og opprørte over ikke å få delta, og anbefalte at andre barn i samme situasjon fikk delta.

I en liten, norsk studie av åtte småbarnsforeldre som har mistet partneren, påpeker Bugge og medarbeidere (2014) hvor viktig foreldreomsorg og familiesamspill er hvis barna skal kunne sørge på en sunn måte. Som Dyregrov og Dyregrov (2011) understreker de nødvendigheten av at barna får god informasjon om sykdom og død og at gjenlevende foreldre får hjelp til å fortolke barns atferd. Foreldre kan trenge hjelp til å diskutere og forstå om endringer de ser, skyldes barnas alder, utviklingsstadium, sykdommen eller dødsfallet. Også Brent og medarbeidere (2012), som har gjennomført en av de få longitudinelle undersøkelsene på området, konkluderer med at det er viktig å øke både de individuelle og familiens ressurser for å fremme økt kompetanse blant familiemedlemmene angående familiesamhold og foreldrehelse. Dette fant også Sandler og medarbeidere i sine studier av en forebyggende familieintervensjon (se Tein, Sandler, Ayers & Wolchik, 2006). I en observasjonsstudie av mor-barn- kommunikasjon etter at far døde, konkluderte Shapiro, Howell og Kaplow (2013) med at mors varme, sensitive og engasjerte kommunikasjon med barna er forbundet med mindre komplisert sorg og depresjon hos barna. De fant også at en «avstumpet» emosjonell reaksjon hos mor (uvanlig få depressive symptomer) var mindre effektiv og vanskelig å forene med de nevnte strategiene mødre med mer vanlige reaksjoner benyttet.

I klinisk praksis møter en ikke sjelden foreldre som er svært bekymret for hvordan det skal gå med barna, spesielt når barna ikke snakker mye om den døde. I slike situasjoner bør barnets totalsituasjon vurderes. Hvis barnet greier seg godt på ulike livsområder (skole, venner), bør en avvente «behandling» til det eventuelt oppstår problemer. Det betyr ikke at ikke barnet kan være med i en sorggruppe for å oppleve det felles samværet og normaliseringen det gir, men at det ikke automatisk er grunnlag for terapi. Foreldreforventninger og press for å uttrykke sorg kan pålegge barna en ekstra byrde (Silverman & Worden, 1993). Selv om det er viktig med en åpen atmosfære i hjemmet, er det en fin balanse mellom det å invitere til samtale og å presse barnet til det. Det er imidlertid viktig at de voksne viser at de holder døren åpen, slik at barnet snakker om det vanskelige når det vil eller er i stand til det.

Hvordan sikres hjelp til barn og familier?

Hvem skal sikre at barn og familier får adekvat rådgivning og hjelp i en tidlig fase? Ved alvorlig sykdom med påfølgende død vil sykehuset være den naturlige plass for råd og hjelp. Det bør også være sykehusets ansvar at det sikres videre oppfølging når det er nødvendig, enten dette er via helsesøster, kommunepsykolog eller spesialisthelsetjenesten, eller at sykehuset har egne etablerte oppfølgingstilbud. Når dødsfall skjer brått utenfor sykehus, vil kriseteamet få en

viktig rolle ved å etablere åpen og god kommunikasjon i familien, eller ved å koble på kommunepsykologer eller spesialisthelsetjenesten tidlig. Familiene bør også tidlig få informasjon om eller settes i kontakt med de gode tilbudene for likemannsstøtte som finnes i alle fall for visse grupper.

Inngangsportene til behandling i Norge er flere. For mange barn skjer henvisning til spesialisthelsetjenesten via helsesøstertjenesten på skolene, for mindre barn kan helsesøstertjenesten henvise videre. Fastlegen har ansvar for å henvise til psykolog når barnet sliter med kompliserte sorgreaksjoner. Sannsynligvis vil det være behov for å bygge opp mer kompetanse vedrørende behandling av kompliserte sorgreaksjoner (både hos barn og voksne). Vi ser for oss at en slik kompetanse bygges opp regionalt parallelt med at tverrfaglig sorgkompetanse løftes lokalt. Utdanningstilbud som det som er etablert ved Universitetet i Bergen (Sorgutdanningen ved UiB), er et godt eksempel på kompetansetiltak på dette feltet.

Behandling av barn i sorg

I nyere behandlingsmetoder som er utviklet for komplisert sorg, vil det først være fokus på traumeaspekter ved sorgen, og deretter vektlegges sorgen i større grad (Cohen, Mannarino & Staron, 2006; Cohen & Mannarino, 2011). Opplegg som benytter kognitiv atferdsterapi, har vist gode resultater (Spuij, Dekovic & Boelen, 2013). Det samme har gruppebaserte opplegg som tar for seg de traumatiske aspekter ved tapet, og selve sorgen (Cox mfl., 2007; Layne mfl., 2001, 2008, – for en gjennomgang, se Dyregrov, Salloum, Kristensen & Dyregrov, 2015). Andre steder er det redegjort detaljert for hvordan barn kan hjelpes (Dyregrov, 2006a, b).

Det meste av psykoterapeutisk arbeid med sørgende barn inkluderer psykoedukativ¹ eller psykopedagogisk informasjon om sorg- og traumereaksjoner, etablering av en fortelling om det som skjedde og imøtegå eventuelle misoppfattelser og misforståelser omkring det som skjedde og egne reaksjoner (kognitiv restrukturering). I tillegg fokuser man på eventuelle traumatiske aspekter ved selve tapet, følelser som lengsel og skyld, andre reaksjoner, støtte fra andre, passering av merkedager og det å skape bredde i barnas mestringsrepertoar. En forsøker å styrke barnets evne til å regulere emosjoner samtidig som en tar opp hvilken mening barnet måtte ha om det som hendte og om spørsmål om hvordan fremtiden vil bli. Det er også viktig å hjelpe barnet med å finne gode måter å opprettholde relasjonen til den døde på. Dersom man i tillegg vektlegger kommunikasjon i familien, hjelp til omsorgsgivere, og behandling tilpasset den spesifikke type komplisert sorg som barnet strever med, kan et sørgende barns normale utvikling stimuleres og/eller videreføres.

Konklusjon

Barn kan utvikle alvorlige og langvarige problemer etter en forelders død, selv om det ikke er regelen. Gitt god støtte til foreldrehåndtering og god oppfølging i barnehage og skole vil de fleste barn utvikle seg normalt og mestre de ekstra utfordringene som tapet innebærer. Samtidig er det en relativt stor undergruppe som sliter mye, som får sin livskvalitet og livsutfoldelse begrenset, og som fungerer

dårligere i hverdagen. Det betyr at fagfolk innenfor barnehage, skole og helsevesen må ha kunnskap om både vanlig utvikling og skjevutvikling, slik at barnet eller ungdommen tidlig kan henvises til nødvendige og adekvate tiltak. Nyere kunnskap om intervensjon tilsier at komplisert sorg hos barn kan møtes med gode metoder som kan være til stor hjelp for de som trenger assistanse.

Selv om den metodiske kvaliteten på studier er forbedret i senere år, er det fremdeles få studier som har fulgt barns sorg over tid, spesielt der sorgen har blitt komplisert. Vi har valgt å trekke frem studier som vi synes belyser viktige aspekter ved barns sorg, studier som reflekterer både viten oppnådd gjennom systematiske studier og viten fra det kliniske rom. Utvalget vil alltid være subjektivt, men vi har forsøkt å belyse bredden og kompleksiteten i et spennende arbeidsfelt.

Referanser

Alisic, E., Krishna, R. N., Groot, A. & Frederick, J. W. (2015). Children's mental health and well-being after parental intimate partner homicide: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*. doi:[10.1007/s10567-015-0193-7](https://doi.org/10.1007/s10567-015-0193-7)

Black, D. (1976). What happens to bereaved children? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 69, 842–844.

Boelen, P. A., van den Bout, J. & van den Hout, M. A. (2010). A prospective examination of catastrophic misinterpretations and experiential avoidance in emotional distress following loss. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 252–257. doi:[10.1097/NMD.0b013e3181d619e4](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d619e4)

Bohanek, J. G., Marin, K. A., Fivush, R. & Duke, M. P. (2006). Family narrative interaction and children's sense of self. *Family Process*, 45, 39–54. doi:[10.1111/j.1545-5300.2006.00079.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2006.00079.x)

Bonanno, G. A. & Field, N. P. (2001). Examining the delayed grief hypothesis across 5 years of bereavement. *American Behavioral Scientist*, 44, 798–816. doi:[10.1177/0002764201044005007](https://doi.org/10.1177/0002764201044005007)

Bowlby, J. (1963). Pathological mourning and childhood mourning, *Journal of American Psychoanalytic Association*, 11, 500–541. doi:[10.1177/000306516301100303](https://doi.org/10.1177/000306516301100303)

Brent, D. A., Melhem, N. M., Masten, A. S., Porta, G. & Payne, M. W. (2012). Longitudinal effects of parental bereavement on adolescent developmental competence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(6), 778–791. doi:[10.1080/15374416.2012.717871](https://doi.org/10.1080/15374416.2012.717871)

Brown, E. J., Amaya-Jackson, L., Cohen, J., Handel, S., de Bocanegra, H. T., Zatta, E. et. al. (2008). Childhood traumatic grief: A multi-site empirical examination of the construct and its correlates. *Death Studies*, 32, 899–923. doi:[10.1080/07481180802440209](https://doi.org/10.1080/07481180802440209)

Bugge, K. E., Darbyshire, P., Røkholt, E. G., Haugstvedt, K. T. S. & Helseth, S.

- (2014). Young children's grief: parents' understanding and coping. *Death Studies*, 38(1-5), 36–43. doi:[10.1080/07481187.2012.718037](https://doi.org/10.1080/07481187.2012.718037)
- Bylund-Grenko, T., Fürst, C. J., Nyberg, T., Steineck, G. & Kreicbergs, U. (2016). Unresolved grief and its consequences. A nationwide follow-up of teenage loss of a parent to cancer 6–9 years earlier. *Support Care Cancer*. doi:[10.1007/s00520-016-3118-1](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3118-1)
- Bylund-Grenklo, T., Kreicbergs, U., Ugglå, C., Valdimarsdóttir, U. A., Nyberg, T., Steineck, G. & Fürst, C. J. (2015). Teenagers want to be told when a parent's death is near: A nationwide study of cancer-bereaved youths' opinions and experiences. *Acta Oncologica (Stockholm, Sweden)*, 54(6), 944–950. doi:[10.3109/0284186X.2014.978891](https://doi.org/10.3109/0284186X.2014.978891)
- Bylund-Grenklo, T. N., Kreicbergs, U., Hauksdóttir, A., Valdimardóttir, U. A., Nyberg, T., Steineck, G. & Fürst, C. J. (2013). Self-injury in teenagers who lost a parent to cancer. A nationwide, population-based, long-term follow-up. *Journal of the American Medical Association: Pediatrics*, 167(2), 133–140. doi:[10.1001/jamapediatrics.2013.430](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.430)
- Bylund-Grenklo, T., Kreicbergs, U., Valdimarsdóttir, U. A., Nyberg, T., Steineck, G. & Fürst, C. J. (2014). Self-injury in youths who lost a parent to cancer: nationwide study of the impact of family-related and health-care-related factors. *Psycho-Oncology*, 23(9), 989–997. doi:[10.1002/pon.3515](https://doi.org/10.1002/pon.3515)
- Cain, A. C. & LaFreniere, L. S. (2015). The taunting of parentally bereaved children: An exploratory study. *Death Studies*, 39(4), 219–225. doi:[10.1080/07481187.2014.975870](https://doi.org/10.1080/07481187.2014.975870)
- Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B. & Weller, R. A. (1999). Suicide-bereaved children and adolescents: A controlled longitudinal examination. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 672–679. doi:[10.1097/00004583-199906000-00013](https://doi.org/10.1097/00004583-199906000-00013)
- Coffino, B. (2009). The role of childhood parent figure loss in the etiology of adult depression: findings from a prospective longitudinal study. *Attachment & Human Development*, 11, 445–470. doi:[10.1080/14616730903135993](https://doi.org/10.1080/14616730903135993)
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2011). Trauma-focused CBT for traumatic grief in military children. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41, 219–227. doi:[10.1007/s10879-011-9178-0](https://doi.org/10.1007/s10879-011-9178-0)
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Staron, V. R. (2006). A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1465–1473. doi:[10.1097/01.chi.0000237705.43260.2c](https://doi.org/10.1097/01.chi.0000237705.43260.2c)
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Greenberg, T., Padlo, S. & Shipley, C. (2002). Childhood traumatic grief. *Trauma, Violence & Abuse*, 3, 307–327. doi:[10.1177/1524838002237332](https://doi.org/10.1177/1524838002237332)

- Cox, J., Davies, D. R., Burlingame, G. M., Campbell, J. E., Layne, C. M. & Katzenbach, R. J. (2007). Effectiveness of a trauma/grief focused group intervention: A qualitative study with war-exposed Bosnian adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57, 319–345. doi:[10.1521/ijgp.2007.57.3.319](https://doi.org/10.1521/ijgp.2007.57.3.319)
- Currier, J. M., Holland, J. M. & Neimeyer, R. A. (2007). The effectiveness of bereavement interventions with children: A meta-analytic review of controlled outcome research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 253–259. doi:[10.1080/15374410701279669](https://doi.org/10.1080/15374410701279669)
- Dowdney, L. (2000). Childhood bereavement following parental death. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 41, 819–830. doi:[10.1111/1469-7610.00670](https://doi.org/10.1111/1469-7610.00670)
- Dowdney, L., Wilson, R., Maughan, B., Allerton, M., Schofield, P. & Skuse, D. (1999). Psychological disturbance and service provision in parentally bereaved children: prospective case-control study. *British Medical Journal*, 319 (7206), 354–357. doi:[10.1136/bmj.319.7206.354](https://doi.org/10.1136/bmj.319.7206.354)
- Dyregrov, A. (2006a). *Sorg hos barn. En håndbok for voksne*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, A. (2006b). *Små barns sorg. En veiledning for voksne*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Publisert online: https://www.bufdir.no/global/Sma_barns_sorg.pdf
- Dyregrov, A. (2010). *Å ta avskjed. Ritualer som hjelper barn gjennom sorg*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, A. & Dyregrov, K. (2013). Complicated grief in children – the perspectives of experienced professionals. *Omega*, 67(3), 291–303. doi:[10.2190/om.67.3.c](https://doi.org/10.2190/om.67.3.c)
- Dyregrov, A., Dyregrov, K. & Idsøe, T. M. (2013). Teachers' perception of their role facing children in grief. *Emotional and Behavioural Difficulties*. doi:[10.1080/13632752.2012.754165](https://doi.org/10.1080/13632752.2012.754165)
- Dyregrov, A., Salloum, A., Kristensen, P. & Dyregrov, K. (2015). Grief and traumatic grief in children in the context of mass trauma. *Current Psychiatry Reports*, 17(6), 17–48. doi:[10.1007/s11920-015-0577-x](https://doi.org/10.1007/s11920-015-0577-x)
- Dyregrov, K. (2003). *The loss of child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help*. Doctoral dissertation (dr. philos). HEMIL, Psykologisk fakultet. Universitetet i Bergen. ISBN 82-7669-099-8.
- Dyregrov, K. (2005). «På tynn is» – Barn og unges situasjon når foreldre rammes av kreft. *Resultat fra et Pilotprosjekt*. Rapport. Senter for Krisepsykologi. Bergen.
- Dyregrov, K. (2006). Skolens viktige rolle etter selvmord. *Bedre skole*, 1, 46–51.
- Dyregrov, K. (2008). Psykososiale belastninger for unge etterlatte ved selvmord: Ønsker om bistand fra hjelpeapparatet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1,

- Dyregrov, K. (2009a). The important role of the school following suicide. New research about the help and support wishes of the young bereaved. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 59(2), 147–161. doi:[10.2190/OM.59.2.d](https://doi.org/10.2190/OM.59.2.d)
- Dyregrov, K. (2009b). How do the young suicide survivors wish to be met by psychologists? A user study. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 59(3), 221–238. doi:[10.2190/OM.59.3.c](https://doi.org/10.2190/OM.59.3.c)
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2007). *Sosial nettverksstøtte ved brå død*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (2011). *Barn og unge som pårørende ved kreft. Hvordan kan barns situasjon og foreldres omsorgskapasitet styrkes i et rehabiliteringsperspektiv?* Rapport. Senter for Krisepsykologi.
- Dyregrov, K., Endsjø, M., Idsøe, T. & Dyregrov, A. (2014). Suggestions for the ideal follow-up for bereaved students as seen by school personnel. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 20(3), 289–301. doi:[10.1080/13632752.2014.955676](https://doi.org/10.1080/13632752.2014.955676)
- Dyregrov, K. & Kristensen, P. (2015). Utøya 22. juli 2011 – senfølger for etterlatte foreldre. *Scandinavian Psychologist*, 2, e13. doi:[10.15714/scandpsychol.2.e13](https://doi.org/10.15714/scandpsychol.2.e13)
- Dyregrov, K., Nordanger, D. & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27, 143–165. doi:[10.1080/07481180302892](https://doi.org/10.1080/07481180302892)
- Furman, E. (1974). *A child's parent dies*. New Haven: Yale university press.
- Hamdan, S., Mazariegos, D., Melhem, N. M., Porta, G., Payne, M. W. & Brent, D. A. (2012). Effect of parental bereavement on health risk behaviors in youth. A 3-year follow-up. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(3), 216–223. doi:[10.1001/archpediatrics.2011.682](https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2011.682)
- Harley, K. & Reese, E. (1999). Origins of autobiographical memory. *Developmental Psychology*, 35, 1338–1348. doi:[10.1037/0012-1649.35.5.1338](https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.5.1338)
- Howell, K. H., Shapiro, D. N., Layne, C. M. & Kaplow, J. B. (2015). Individual and psychosocial mechanisms of adaptive functioning in parentally bereaved children. *Death Studies*, 39(1-5), 296–306. doi:[10.1080/07481187.2014.951497](https://doi.org/10.1080/07481187.2014.951497)
- Jacobs, J. R. & Bovasso, G. B. (2009). Re-examining the long-term effects of experiencing parental death in childhood on adult psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 24–27. doi:[10.1097/NMD.0b013e3181927723](https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181927723)
- Jakobsen, I. S. & Christiansen, E. (2011). Young people's risk of suicide attempts in relation to parental death: a population-based register study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 176–183. doi:[10.1111/j.1469-7610.2010.02298.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02298.x)
- Jeon, H. J., Lee, C., Fava, M., Mischoulon, D., Shim, E.-J., Heo, J.Y. & et.al.

- (2014). Childhood trauma, parental death, and their co-occurrence in relation to current suicidality risk in adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(12), 870–876. doi:[10.1097/NMD.0000000000000217](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000217)
- Kaffman, M. & Elizur, E. (1979). Children's bereavement reactions following the death of the father. *International Journal of Family Therapy*, 1, 203–229. doi:[10.1007/BF00924124](https://doi.org/10.1007/BF00924124)
- Kaplow, J. B., Howell, K. H. & Layne, C. M. (2014). Do circumstances of the death matter? Identifying socioenvironmental risks for grief-related psychopathology in bereaved youth. *Journal of Traumatic Stress*, 27(1), 42–49. doi:[10.1002/jts.21877](https://doi.org/10.1002/jts.21877)
- Kopchak Sheehan, D., Burke Draucker, C., Christ, G. H., Murray Mayo, M., Heim, K. & Parish, S. (2014). Telling adolescents a parent is dying. *Journal of Palliative Medicine*, 17(5), 512–520. doi:[10.1089/jpm.2013.0344](https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0344)
- Kranzler, E. M., Shaffer, D., Wasserman, G. & Davies, M. (1990). Early childhood bereavement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 513–520. doi:[10.1097/00004583-199007000-00002](https://doi.org/10.1097/00004583-199007000-00002)
- Kwok, O., Haine, R. A., Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A. & Tein, J.-Y. (2005). Positive parenting as a mediator of the relations between parental psychological distress and mental health problems of parentally bereaved children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 260–271. doi:[10.1207/s15374424jccp3402_5](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3402_5)
- Layne, C. M., Pynoos, R. S., Salzman, W. R., Arslanagi, B., Black, M., Savjak, N. et. al. (2001). Trauma/grief-focused group psychotherapy school-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research & Practice*, 5, 277–290. doi:[10.1037/1089-2699.5.4.277](https://doi.org/10.1037/1089-2699.5.4.277)
- Layne, C. M., Saltzman, W. R., Poppleton, L., Burlingame, G. M., Pasalić, A., Duraković, E., Musić, M., mfl. (2008). Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 1048-1062. doi:[10.1097/CHI.0b013e31817eeca](https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31817eeca)
- Li, J., Vestergaard, M., Cnattingius, S., Gissler, M., Bech, B. H., Obel, C. & Olsen, J. (2014). Mortality after parental death in childhood: a nationwide cohort study from three Nordic countries. *PLoS Medicine*, 11(7), e1001679. doi:[10.1371/journal.pmed.1001679](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001679)
- Lin, K. K., Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S.A. & Luecken, L. L. (2004). Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive services. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 673–683. doi:[10.1207/s15374424jccp3304_3](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304_3)
- Little, M., Sandler, I. N., Wolchik, S. A., Tein, J. & Ayers, T. S. (2009). Comparing cognitive, relational and stress mechanisms underlying gender differences in recovery from bereavement-related internalizing problems. *Journal of Clinical Child*

and *Adolescent Psychology*, 38(4), 486–500. doi:[10.1080/15374410902976353](https://doi.org/10.1080/15374410902976353)

Liu X, Olsen J, Agerbo E, Yuan W, Cnattingius S, mfl. (2013) Psychological Stress and hospitalization for childhood asthma-a nationwide cohort study in two nordic countries. *PLoS ONE*, 8(10), e78816. doi: [10.1371/journal.pone.0078816](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078816)

Luecken, L. J. (2008). Long-term consequences of parental death in childhood: Psychological and physiological manifestations. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson & H. Schut & W. Stroebe (red.), *Handbook of bereavement research and practice* (s. 397–416). Washington: American Psychological Association.

Lytje, M. (2015). *Unheard voices: Parentally bereaved Danish students' experiences and perceptions of the support received following the return to school*. Dissertation. Doctor of Philosophy. Jesus College, Faculty of Education, University of Cambridge, UK.

Nickman, S. L., Silverman, P. R. & Normand, C. (1998). Children's construction of a deceased parent: The surviving parent's contribution. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(1), 126–134. doi:[10.1037/h0080277](https://doi.org/10.1037/h0080277)

Niederkrötenhaler, T., Floderus, B., Alexanderson, K., Rasmussen, F. & Mittendorfer-Rutz, E. (2012). Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(3), 233–239. doi:[10.1136/jech.2010.109595](https://doi.org/10.1136/jech.2010.109595)

Osborn, T. (2007). The psychological impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 16, 101–126. doi:[10.1002/pon.1113](https://doi.org/10.1002/pon.1113)

Otowa, T., York, T. P., Gardner, C. O., Kendler, K. S. & Hettema, J. M. (2014). The impact of childhood parental loss on risk for mood, anxiety and substance use disorders in a population-based sample of male twins. *Psychiatry Research*, 220, 404–409. doi:[10.1016/j.psychres.2014.07.053](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.053)

Pearlman, M. Y., Schwalbe, K. D. & Cloitre, M. (2010). *Grief in childhood. Fundamentals of treatment in clinical practice*. Washington: American Psychological Association. doi:[10.1037/12131-000](https://doi.org/10.1037/12131-000)

Pfeffer, C., Karus, D., Siegel, K. & Jiang, H. (2000). Child survivors of parental death from cancer or suicide: depressive and behavioral outcomes. *Psycho-oncology*, 9, 1–10. doi: [10.1007/s11817-000-0015-8](https://doi.org/10.1007/s11817-000-0015-8)
Riches, G. & Dawson, P. (2000). Daughters' dilemmas: grief resolution in girls whose widowed fathers remarry early. *Journal of Family Therapy*, 22, 360–374. doi:[10.1111/1467-6427.00158](https://doi.org/10.1111/1467-6427.00158)

Rosner, R., Kruse, J. & Hagl, M. (2010). A meta-analysis of interventions for bereaved children and adolescents. *Death Studies*, 34, 99–136. doi:[10.1080/07481180903492422](https://doi.org/10.1080/07481180903492422)

Rostila, M. & Saarela, J. M. (2011). Time does not heal all wounds: Mortality

following the death of a parent. *Journal of Marriage and Family*, 73, 236–249.
doi:[10.1111/j.1741-3737.2010.00801.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2010.00801.x)

Saldinger, A., Porterfield, K. & Cain, A. C. (2004). Meeting the needs of parentally bereaved children for child-centered parenting. *Psychiatry*, 67, 331–352.
doi:[10.1521/psyc.67.4.331.56562](https://doi.org/10.1521/psyc.67.4.331.56562)

Sandler, I., Ayers, T. S., Tein, J.-Y., Wolchik, S., Millsap, R., Khoo, S. T., mfl. (2010). Six-year follow-up of a preventive intervention for parentally bereaved youths. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(10), 907–914.
doi:[10.1001/archpediatrics.2010.173](https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.173)

Sandler, I. N., Ma, Y., Tein, J., Ayers, T. S., Wolchik, S., Kennedy, C. & Millsap, R. (2010). Long-term effects of the family bereavement program on multiple indicators of grief in parentally bereaved children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 131–143. doi:[10.1037/a0018393](https://doi.org/10.1037/a0018393)

Schmiege, S. J., Khoo, S. T., Sandler, I. N., Ayers, T. S. & Wolchik, S. A. (2006). Symptoms of internalizing and external problems. Modeling recovery curves after the death of a parent. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 152–160.
doi:[10.1016/j.amepre.2006.07.004](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.07.004)

Shapiro, D. N., Howell, K. H. & Kaplow, J. B. (2013). Associations among mother-child communication quality, childhood maladaptive grief, and depressive symptoms. *Death Studies*, 38(3), 172–178. doi:[10.1080/07481187.738771](https://doi.org/10.1080/07481187.738771)

Silverman, P. R. & Worden, J. W. (1992). Children's reactions to the death of a parent in the early months after the death. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 93–104. doi:[10.1037/h0079304](https://doi.org/10.1037/h0079304)

Silverman, P. R. & Worden, J. W. (1993). Determinants of adjustment to bereavement in younger widows and widowers. I M. Stroebe, W. Stroebe & R. Hansson (red.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (s. 208–226). New York: Cambridge University Press.

Smith, K. R., Hanson, H. A., Norton, M. C., Hollingshaus, M. S. & Mineau, G. P. (2014). Survival of offspring who experience early parental death: early life conditions and later-life mortality. *Social Science & Medicine*, 119, 180–190.
doi:[10.1016/j.socscimed.2013.11.054](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.054)

Spuij, M., Dekovic, M. & Boelen, P. A. (2013). An open trial of «Grief-Help»: A cognitive-behavioural treatment for prolonged grief in children and adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22(2), 185–192. doi:[10.1002/cpp.1877](https://doi.org/10.1002/cpp.1877)

Søfting, G., Dyregrov, A. & Dyregrov, K. (2016). Because I'm also part of the family. Children's participation in rituals after the loss of a parent or sibling. A qualitative study from the children's perspective. *Death Studies*, 73, 141–158.
doi:[10.1177/0030222815575898](https://doi.org/10.1177/0030222815575898)

Tein, J.-Y., Sandler, I. N., Ayers, T. S. & Wolchik, S. A. (2006). Mediation of the

effects of the family bereavement program on mental health problems of bereaved children and adolescents. *Prevention Science*, 7, 179–195. doi:[10.1007/s11212-006-0037-2](https://doi.org/10.1007/s11212-006-0037-2)

Tremblay, G. C. & Israel, A. C. (1998). Children's adjustment to parental death. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 424–438. doi:[10.1111/j.1468-2850.1998.tb00165.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00165.x)

Weller, E. B., Weller, R. A., Fristad, M. A., Cain, S. E. & Bowes, J. M. (1988). Should children attend their parent's funeral? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 559–562. doi:[10.1097/00004583-198809000-00007](https://doi.org/10.1097/00004583-198809000-00007)

Worden, J. W. (1996). *Children and Grief*. New York: Guilford Press.

Worden, J. W. & Silverman, P. R. (1996). Parental death and the adjustment of school-age children. *Omega: Journal of Death and Dying*, 33, 91–102. doi:[10.2190/p771-f6f6-5w06-nhbx](https://doi.org/10.2190/p771-f6f6-5w06-nhbx)

Citation

Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2016). Barn som mister foreldre [Children who lose parents]. *Scandinavian Psychologist*, 3, e9. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e9>

Abstract

Children who lose parents

Around 4% of children in the Western world lose a parent before they reach 18 years of age. The loss is associated with increased mortality for children, especially when losing their mother. In addition, it leads to psychic distress for a majority of children and complicated grief reactions in a substantial minority. Parental loss is associated with an increase in risk behaviour, self-mutilation, and negative health consequences, all of which last into adult age. It is hard to discriminate between normal and complicated grief, and the research conducted on adults may not be appropriate for young people. Intervention for all is not recommended based on available studies. In the last decade, effective grief- and trauma-specific treatments for children have been developed.

Keywords: children, intervention, parental loss, psychological consequences.

Author affiliations: Atle Dyregrov – Center for Crisis Psychology, Bergen, Norway, and Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, University of Bergen, Bergen, Norway; Kari Dyregrov – Center for Crisis Psychology, Bergen, Norway, and Faculty of Health and Social Sciences, Bergen University College, Bergen, Norway.

Contact information: [Atle Dyregrov](mailto:Atle.Dyregrov@krisepsyk.no), Center for Crisis Psychology, Fortunens 7, N-5013 Bergen, Norway. Email: atle@krisepsyk.no.

Received: February 22, 2016. **Accepted:** May 21, 2016. **Published:** June 11,

2016.

Language: Norwegian.

Competing interests: The authors report no conflict of interest. The authors alone are responsible for the contents and writing of this paper.

Acknowledgement: Artikkelen er bygget på en oppsummering laget for Helsedirektoratet i 2015 og har også med elementer fra en tidligere artikkel: Dyregrov, A. (2011). Komplisert sorg hos barn. *Impuls*, 64, 14–25.

This is a peer-reviewed paper.