Hvor forskjellig sørger kvinner og menn?

Kjønnsforskjeller i sorgreaksjoner ved plutselig død og suicid

Ved Renate Grønvold Bugge

Det finnes forholdsvis lite litteratur som fokuserer spesifikt på kjønnsforskjeller i etterlattes reaksjoner ved suicid. Utgangspunktet for denne artikkelen er derfor generell sorgforskning, samt forskning om etterlatte ved plutselig død. Jeg vil omtale og eksemplifisere ulike tapsopplevelser og reaksjonsformer, samt presentere egne erfaringer og refleksjoner fra møter med mennesker som har opplevd suicid i sin nærmeste krets.

Om sorgreaksjoner generelt

Det har vært allment antatt i den vestlige kulturkrets at forutsetningen for å kunne gå videre i livet etter et traumatisk tap er knyttet til evnen og muligheten til "å arbeide seg gjennom sorgen". Det innebærer å gå igjennom hendelser før og etter dødsfallet, fokusere på minner og arbeide med løsrivelse fra den døde (Stroebe 1992). Benekting og unngåelse anses derimot som hinder for "å arbeide seg gjennom sorgen". De siste årene er det publisert flere studier som nettopp peker på ulike kognitive mestringsmåter å arbeide seg gjennom traumatisk sorg på (Nolen-Hoeksema et al. 1997, Pennebaker 1997). Disse studiene fokuserer på aktive handlingsstrategier og tankearbeid, som blant annet omfatter muntlig og skriftlig gjenfortelling.

Sorgforskning har ofte fokusert på reaksjoner hos etterlatte som tristhet, angst, depresjon og skyldfølelse. Dette er generelt vanligere reaksjonsformer hos kvinner enn hos menn (Dyregrov 1998). Bildet blir mer sammensatt dersom atferdsendringer i forhold til alkoholforbruk, røykevaner, spisevaner, økt risikoatferd, spesielt hos unge menn, også inkluderes som reaksjonsmåter.

Etterlatte kvinner ser ut til å bruke sitt sosiale nettverk mer enn menn (Farberow

et al. 1992). De får også oftere konkret tilbud om praktisk hjelp. Dette kan skyldes den tradisjonelle kjønnsrolleoppfatningen at menn er mer selvhjulpne enn kvinner. Ved tap av partner synes imidlertid den generelle helsetilstanden å være dårligere hos menn enn hos kvinner (Stroebe & Stroebe 1983, Stroebe & Schut 2001, Pennebaker 1984).

Sorg og mestringsstil

Det kan være fruktbart å forstå forskjeller i taps- og sorgreaksjoner ut fra to ulike mestringsstiler: 1) den emosjonelle og 2) den instrumentelle (Billings et al. 1981, Folkman et al. 1980, Pennebaker et al. 1992). Den indre opplevelsen kan være både intellektuell og emosjonell. Begge mestringsstilene synes nødvendige i separasjonsprosessen i forhold til avdøde (Stroebe et al. 2001). Kvinner ser generelt ut til å benytte en mer emosjonell mestringsstil, mens menn ofte er mer handlings- og løsningsorientert (Bugge et al. 2003). Men både kvinner og menn kan reagere "atypisk" i forhold til kulturelle forventninger og rollemodeller.

De følgende eksemplene illustrerer et innadvendt emosjonelt sorguttrykk:

Moren hvis sønn hadde tatt sitt liv, la seg i sengen hans. Lukten av ham var ennå i sengetøyet. Hver gang hun våknet, tok hun

en ny innsovningstablett for å slippe å våkne til realiteten. En venninne tok kontakt og lagde avtale for neste dag. Først da klarte moren å våkne.

En kvinne fortalte om manglende initiativ og energi for seksuelt samliv:

"Det er som om det er en ring rundt meg i en meters omkrets. Enhver tilnærming innenfor denne ringen oppleves truende. Jeg har nok med å holde meg oppe. Ved fysisk nærhet er det som om den tynne beskyttelseshinnen inni meg bryter sammen."

Når vanlige kommunikasjons- og samværsformer ikke strekker til, kan begge parter i et parforhold oppleve ensomhet og tolke hverandres reaksjoner som avvisning. Mannen kan ofte fortelle at handling og fysisk nærhet gir trøst og styrker opplevelsen av mestrings. Hvis denne tilnærmingen synes stengt, kan det svekke selvtilliten.

Den instrumentelle mestringsstilen innebærer at den sørgende hyppigere omsetter sin sorg i problemløsende og målrettet handling. Dette blir gjerne forbundet med en mannlig stil. Ofte vil den sørgende tenke igjennom opplevelser, betrakte egne reaksjoner ettertenksomt og gjerne uten sterke emosjoner (Martin & Doka 1998). Tankene deles bare med noen få. I den grad vedkommende bruker ord i forbindelse med tapet, er faktafremstilling mer fremtredende enn formidling av opplevelser og reaksjoner. Den sørgende kan være svært frustrert over at konsentrasjonsevnen og planleggingsevnen er svekket for en periode.

I min kliniske hverdag har jeg møtt mødre som har gått inn i handlinger som konfronterer dem med tapet og sorgen, mens fedrene har oppsøkt aktiviteter som mer bærer preg av unngåelse. Mødrene rydder ofte rom, skjorteskaf, skrivebord, fotoalbum og gamle skolebøker. Dette er handlinger som eksponerer dem sterkere for realitetene i tapet og som lettere utløser emosjonelle reaksjoner. Noen mødre opplever et savn ved at mannen ikke tar

del i dette. Andre synes det er godt å kunne gå inn i det alene. En etterlatt far uttrykte forståelse for denne prosessen, men vegret seg for å gå inn i den selv. Hovedbegrunnelsen var at han ønsket å unngå smerteopplevelsen. Han foretrakk å begynne på arbeidsoppgaver utenfor hjemmet eller dra på jakt med kameratene.

Når mannen drar til skogs og kvinnen ønsker nærhet og fellesskap, kan situasjonen gi en tiltakende fornemmelse av avstand og oppleves som sprekk i parforholdet, mens den egentlig forteller at mannen og kvinnen omgås sorgen på ulike måter.

Tilknytning og separasjon fra avdøde

Det har skjedd endringer i hvordan vi forstår tilknytningsforholdet mellom etterlatte og avdøde. Tidligere teoretikere forutsatte at en psykologisk separasjon, atskillelse, fra den døde måtte finne sted dersom etterlatte skulle kunne investere psykisk energi i andre gjenlevende personer (Freud 1917/1957, Rando 1984, Raphael 1983). Nyere teoretikere påpeker at fortsatt tilknytning til avdøde, slik som å fornemme tilstedeværelse, kan gi en viktig opplevelse av kontinuitet og fremme forsoningen med tapet (Bowlby 1980, Fraley & Shaver 1999, Zisook & Schuchter 1993, Silverman et al. 1996).

Det hender at vi møter mennesker som sitter fast i fortiden, som ikke klarer å akseptere atskillelsen. Handlingsfrihet og livskvalitet blir dermed innsnevret. Opplevelsen av tilknytning og de uttrykksformer som etterlatte tar i bruk etter

traumatiske tap, er derfor av betydning for den fremtidige livskvaliteten.

Kliniske studier vitner om at etterlatte opplever trøst og støtte ved å opprettholde tilknytningen til avdøde. Dette er et binde-

ledd mellom livet som var, livet som er nå og fremtiden som ligger foran (Klass et al. 1996). Dette stemmer også med min kliniske erfaring. Menn og kvinner synes å oppleve denne tilknytningen på ulike måter. Mor til en ung mann som tok sitt eget liv, fortalte:

“Når jeg står ved graven, oppleves det som om jeg kan snakke med sønnen min. Ved å oppsøke steder og aktiviteter er det som om sønnen min er til stede. Jeg kan forestille meg at en fugl symboliserer sønnen min i situasjoner der han hadde likt å være med. Det er som om han fortsatt er med.”

En far i samme situasjon fortalte:

“Jeg oppsøker skogen, der vi pleide å gå på jakt sammen. Jeg møter minner og har indre bilder på disse turene. Jeg går til hytta, der vi pleide å tilbringe mye tid sammen. Jeg finner trøst i å lete opp aktiviteter og steder.”

Eksempelene viser at moren og faren søker ulike tilnærminger, moren gjennom symbolbruk og faren ved handling. Begge opprettholder tilknytning samtidig som de opplever separasjon. Disse eksemplene forteller noe om at det kan finnes trøst i å opprettholde tilknytningen til avdøde. Søken og venner arbeider også med sin tilknytning og separasjon i forhold til avdøde.

En 18 år gammel storebror fortalte:

“Hver kveld går jeg inn på rommet til broren min, og setter meg ved fotenden i senga og snakker med ham. Vi pleide alltid å gjøre det før vi la oss for kvelden.”

En venn fortalte:

“Det første året etter at han døde, var det vanskelig å komme til hjembyen. Jeg kjørte forbi hjemmet hans og tenkte på alle minnene. Når vi andre gikk på byen, kunne jeg se ham for meg ved bardisken eller på dansegulvet.”

Både foreldre, søsken og venner uansett kjønn kan fortelle at tilknytningen til avdøde avtar over tid. Avdøde er ikke lenger en del av hverdagen, for det kommer til så mange nye opplevelser og aspekter.

Aldersaspektet

Studier (Siegel & Kuykendall 1990, van Grootheest et al. 1999) viser at personer i aldersgruppen 55–85 år har økt

risiko for utvikling av alvorlig depresjon etter partnertap. En spesielt risikoutsatt gruppe er eldre enkemenn. Kjønnsskjellene er tydelige i akutfasen, men er mindre uttalt over en toårsperiode (Niebor et al. 1998).

Vi ville ut fra dette kanskje forvente at eldre mennesker i større grad rammes av generelt forverret helsetilstand etter partnertap. Studier viser derimot at unge mennesker også ofte får en forverret helsetilstand (Kraus & Lilienfeld 1959, Helsing & Szklo 1981). En tolkning av dette er at unge mennesker ikke forventer dødsfall. Dessuten skyldes dødsfall i ung alder ofte uventet og brå død. Dette kan være noe av forklaringen på at tap kan få større helsemessige konsekvenser for unge enn for eldre. En tenårings søster forteller om både fysisk sårbarhet, tristhet, depresjon og ensomhet:

“Etter at storebror døde, har det vært veldig vanskelig å konsentrere seg om skolearbeid. Jeg ble veldig lett forkjølet den første vinteren, hadde ingen kraft. Jeg ble veldig ensom. Om jeg skulle fortelle, ble det bare ord, som de andre ikke kunne forstå.”

Det finnes lite spesifikk dokumentasjon på kjønnsskjellene blant ungdom som etterlatte ved traumatiske tap. Men min erfaring er at det blant ungdom opp til midten av tyveårene kan utvikle seg en gruppeatferd som forsterker økt risikoatferd særlig hos unge menn. Trafikkulykker og fritidsulykker i denne aldersgruppen kan øke etter traumatiske tap i vennekretsen. Men dette er det foreløpig lite empiri på.

Generasjoner og roller

En mor som sørger over sønnen som har tatt sitt liv og den sørgende enken som har mistet sin mann, er begge sentrale i forhold til den avdøde. I vår kultur er det likevel ofte slik at moren trer tilbake slik at enken får den sentrale plassen ved baren, kisten og graven. Dette kan føre til at mor kan bli berøvet mestringsmuligheter i sitt møte med sønnens død, særlig i akutsituasjonen. Men også i månedene etterpå vil hele avdødes opphavsfamilie kunne oppleve det som om deres sorg ikke blir sett. Studier har bekreftet at eldre som er etterlatte ved yngre menneskers død, ofte ser ut til å bli vurdert som sekundære i sorghierarkiet. Fokuset settes på den unge kjernefamilien som er rammet av tap, og foreldregenerasjonen skyves i bakgrunnen. (Moss et al. 2001).

I familier som er etterlatte etter suicid, synes det også generelt å være mindre gjensidig støtte. Ofte er det slik at alle har nok med sin egen sorg. Foreldres omsorgsevne for barn blir redusert. Dette kan forsterke både gjenlevende brødre og søstres opplevelse av å være nedprioritert i foreldrenes bevissthet. Særlig synes hjemmeboende søsken å være sårbare (Dyregrov 2001).

Når så mange foreldre rapporterer en opplevelse av ikke å få den støtten de trenger, kan én forklaring være at omgivelsene antar at foreldrene må ha en del av ansvaret for suicidet. Suicid kan frem-

kalle forestillinger om skyld på et svært dypt nivå, og de nærstående blir lett gjort ansvarlige slik at sympati og forståelse blir holdt tilbake. I tillegg kommer forvirringen etter et suicid, ettersom forskjellige familiemedlemmer kan ha ulik forståelse av hva som førte frem til dødsfallet. Voksne søsken har ofte bedre kjennskap til en avdød søster eller bror og tiden forut for dødsfallet og omstendighetene rundt, både på godt og vondt, mens foreldrene i den første tiden ikke orker å ta inn negative vurderinger i forhold til avdøde. Foreldre forteller om uløste konflikter og disharmoni i forholdet til barna i større grad etter selvmord enn ved annen død. (Murphy 1999). Det finnes også holdepunkter for å anta at det er en økt selvmordsrisiko i nærmeste familie etter et traumatisk tap. Det gjelder mødre som har mistet voksne barn, gjenlevende ektefelle, særlig menn, og sønner som har mistet mødre. (Bunch 1971).

Intervensjon og støtte

Foreldre etterlyser hjelp både for seg selv og hjemmeboende barn (Dyregrov 2001). Både menn og kvinner mottar mindre sosial og profesjonell støtte som etterlatte ved suicid enn etterlatte ved annen type død (Farberow et al. 1992). Dette gjelder både etterlatte partnere, øvrige familiemedlemmer og familiegrupper.

Min kliniske erfaring tilsier at vi i langt større grad bør ha et familieperspektiv ved intervensjoner. På den måten kan vi

hjelpe familiemedlemmer til å forstå flest mulige aspekter ved dødsfallet, og til å øke forståelsen for de ulike rollene i et familiesystem både i akuttperioden og i oppfølgingsperioden. Etter et selvmord strever nære familiemedlemmer ofte med alvorlige problemer i betydelig lengre tid enn både helsepersonell og sosialt nettverk hittil har vært klar over (Dyregrov 2002).

Det er viktig at par blir gjort oppmerksom på at menn og kvinner kan ha ulike reaksjonsmønstre som etterlatte. Dette kan være en hjelp til å forstå og tolerere forskjeller. Manglende forståelse fører ikke sjelden til samlivsbrudd hos par som er blitt etterlatte ved selvmord. Kommunikasjonen mellom voksne barn og foreldre kan også bli skadelidende ved mangel på kommunikasjon og forståelse.

I den akutte situasjonen vil det være viktig for helsepersonell, redningspersonell og andre å ha like mye oppmerksomhet rettet mot mann og kvinne som etterlatt og berørt. Altfor ofte blir mannen tildelt rollen som trøster. Sosial forventning og tradisjonell rolleforståelse kan bidra til at mannen hindres i å uttrykke sorgen. Det finnes også eksempler på at en mann som er etterlatt ved suicid, blir "tillatt" å se avdøde på åstedet, mens kvinnen blir forhindret fra å komme til. Dette er et eksempel på rolleforventning om mannen som den handlende og faktaorienterte, mens kvinnen må beskyttes mot inntrykk fordi det vil innebære en for stor emosjonell påkjenning for henne.

Studier av forløpet utover akuttperioden viser at effekten av den profesjonelle behandlingen ser ut til å være relativt beskjeden. Likevel ser det ut til at effekten av intervensjoner er større blant etterlatte ved traumatiske tap enn blant andre sørgende (Wortman et al. 2001). Her kan det naturligvis være behov for å diskutere hva som forstås med intervensjon.

Både for menn og kvinner er det viktig å ta opp vanlige gjøremål også utenfor hjemmet. Særlig menn kan fortelle at møtet med arbeidskolleger og utfordringer på jobb kan gi en pause fra den intense taps- og sorgsituasjonen. Dagens kunnskap tyder også på at det kan være fruktbart å legge til rette for egne sorggrupper eller

aktivitetsgrupper med bare menn som deltakere (Sandvik 2002). Menn forteller at de samtaler på en annen måte med bare menn til stede, enn når kvinner er med.

Konklusjon

Dagens kunnskap gir neppe grunnlag for å konkludere med at det er uttalte og spesifikke forskjeller mellom kvinners og menns sorg. Men det kan pekes på ulike mestringsstiler, som overveiende benyttes av henholdsvis menn og kvinner. Disse kommer til uttrykk i ulike taps- og sorgreaksjoner både i akutfasen og over tid. Omfanget, intensiteten og varigheten av reaksjonene må ses i sammenheng med de etterlattes tilknytning til avdøde. Det synes som om det for mange er en trøst og hjelp i å få opprettholde tilknytningen til avdøde, i motsetning til hva man ofte tidligere har hevdet. Fra å se på separasjon som en forutsetning for å kunne investere psykisk energi i gjenlevende, pekes det i dag på tilknytningens betydning for å finne trøst, noe som i sin tur kan bidra til et meningsfylt liv uten avdøde. Dette innebærer at tapstraumet integreres som en del av grunnlaget for det videre liv.

Renate Grønvold Bugge er spesialist i klinisk psykologi og daglig leder ved Krise/ Organisasjon/Ledelse (KOL AS). Hun var tidligere direktør ved Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, helseregion øst og sør. Hun har lang erfaring fra foredragsvirksomhet. I sitt arbeid som leder av BUP i Vest-Agder, som spesialpsykolog ved akutt- og intensivavdelingene og gjennom øvrig klinisk praksis har hun møtt barn, unge, par og familier i akutte tapssituasjoner.

beid som leder av BUP i Vest-Agder, som spesialpsykolog ved akutt- og intensivavdelingene og gjennom øvrig klinisk praksis har hun møtt barn, unge, par og familier i akutte tapssituasjoner.

Referanser

- Billings AG, Moos RH. **The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events.** Journal of Behavioural Medicine 1981; 4: 139-157.
- Bowlby J. **Loss: Sadness and depression.** New York: Basic Books, 1980.
- Bugge K, Eriksen H, Sandvik O. **Sorg.** Bergen: Fagbokforlaget, 2003.

Bugge, RG. **Å nei – enda flere pårørende.** The Scandinavian Journal of Trauma and Emergency Medicine 2002; 10 (2): 89-91.

Bunch J, Barraclough BM, Nelson B, Sainsbury P. **Suicide following death of parents.** Social Psychiatry 1971: 193-99.

Dyregrov A. **Kjønnsforskjeller ved sorg.** Oss foreldre imellom 1998; 1: 6-7.

Dyregrov A. **Familien etter dødsfall. Forståelse og bistand.** Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1999; 36: 826-835.

Dyregrov K. **Assistance from local authorities versus survivor's needs for support after suicide.** Death Studies 2002; 26: 647-668.

Dyregrov K, Nordanger D, Dyregrov A. **Omsorg for etterlatte ved selvmord. "Etterlattestudien".** Rapport. Bergen: Senter for Krisepsykologi, 2000.

Dyregrov K. **Søsken etter selvmord** i Dyregrov A, Lorentzen G, Raaheim K. (red.): Et liv for barn. Bergen: Fagbokforlaget, 2001; 146-158.

Farberow NL, Gallagher-Thompson D, Gilewski M, Thompson L. **The role of social supports in the bereavement process of surviving spouses of suicide and natural deaths.** Suicide and life-threatening behaviour 1992; 22 (1): 107-24.

Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen R. **Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes.** Journal of Personality and Social Psychology 1986; 50 (5): 992-1003.

Fraley RC, Shaver PR. **Loss and bereavement: Bowlby's theory and recent controversies concerning "grief work", and the nature of detachment.** In J. Shavers & PR. Shaver (eds.): Handbook of attachment theory and research: theory, research and clinical application. New York: Guilford Press, 1999; 735-759.

Freud S. **Mourning and melancholia.** In J. Strachey (Ed.), The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 14; 152-70. London: Hogarth Press, 1957 (Original work was published 1917).

Helsing KJ, Szklo M, Comstock GW. **Factors associated with mortality after widowhood.** American Journal of Public Health 1981; 71(8): 802-9.

Klass D, Silverman PR., Nickman SL. **Continuing bonds: New understandings of grief.** Washington, DC: Taylor & Francis, 1996.

Kraus A, Lilienfeld AM. **Some epidemiologic aspects of the high mortality rate in the young widowed group.** Journal of Chronic Diseases 1959; 10: 207-17.

Martin TL, Doka KL. **Revisiting masculine grief: Living with grief: who we are, how we grieve.** Philadelphia: Brunner/Mazel, 1998.

Meshot CM, Leitner LM. **Adolescent mourning and parental death.** Omega: Journal of death and dying 1993; 26: 287-299.

Moss MS, Moss SZ, Hansson RO. **Bereavement and old age.** In: MS Stroebe et al. (eds.): Handbook of

bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington, DC: American Psychological Association, 2001: 241-260.

Murphy SA, Braun T, Tillery L, Cain KC, Johnson LC, Beaton RD. **PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12- to 28-year-old children.** A longitudinal prospective analysis. Journal of Traumatic Stress 1999; 12: 273-291.

Nieboer AP, Lindenberg SM, Ormel J. **Conjugal bereavement and well-being of elderly men and women.** A preliminary study. Omega: Journal of Death and dying 1998; 38: 113-142.

Nolen-Hoeksema S, Parker LE, Larson J. **Ruminative coping with depressed mood following loss.** Journal of Personality and Social Psychology 1997; 67: 92-104.

Pennebaker JW. **Writing about emotional experiences as a therapeutic process.** Psychological Science 1997; 8: 162-166.

Pennebaker JW, O'Heeron RC. **Confiding in others and illness rates among spouses of suicide and accidental death victims.** Journal of Abnormal Psychology 1984; 93: 473-476.

Pennebaker JW, Roberts T. **Toward a his and hers theory of emotion: Gender differences in visceral perception.** Journal of Social and Clinical Psychology 1992; 11: 199-212.

Rando TA. **Grief, dying and death: Clinical interventions for caregivers.** Champaign, IL: Research Press, 1984.

Raphael B. **The Anatomy of Bereavement.** New York: Basic Books, 1983

Sandvik O. **Menn og sorg.** Rapport i regi av Landsforeningen til støtte for krybbedød, Stiftelsen Helse og Rehabilitering, Oslo 2002.

Siegel JM, Kuykendall DH. **Loss, widowhood, and psychological distress among the elderly.** Journal of Consulting and Clinical Psychology 1990; 58: 519-524.

Silverman PR, Klass D. **Introduction.** In D. Klass et al. (eds.): Continuing bonds: new understanding of grief. Washington DC: Taylor & Francis 1996: 3-27.

Stroebe M, Stroebe W. **Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed.** Psychological Bulletin 1983; 93: 297-301.

Stroebe M, Stroebe W, Schut H. **Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review.** Review of General Psychology 2001; 5 (1): 62-83.

Stroebe MS. **Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis.** Omega 1992; 26:19-42.

Stroebe W, Schut H. **Risk factors in bereavement outcome.** In: MS Stroebe et al. (eds.): Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington, DC: American Psychological Association, 2001: 349-71.

Van Grootheest DS, Beekman ATF, Broese van Groenou MI, Deeg DJH. **Gender differences in depression after widowhood: Do men suffer more?** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1999; 34: 391-398.

Zisook S, Schuchter SR. **Major depression associated with widowhood.** American Journal of Geriatric Psychiatry 1993; 1: 316-326.

Wortman CB, Silver RC. **The myths of coping with loss revisited.** In: MS Stroebe et al. (eds.): Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington, DC: American Psychological Association, 2001: 405-29.