

AURORA@ COVID19-EU

ARTICULATING A UNIFIED RESPONSE TO THE COVID-19 OUTBREAK
RECONSTRUCTION AFTER LOSS IN EUROPE

AURORA
@COVID19-EU



Denne publikation er udgivet som en del af aktionen Cooperation for Innovation and Sharing of Good Practices, KA2 - Strategic Partnerships: Professional Training i projektet "AURORA@COVID19-EU (2021-1-PT01-KA220-VET-000033092)", som har til formål at fremme en fælles indsats for at støtte sorg og lidelse i kølvandet på COVID-19-pandemien.

AURORA
@COVID19-EU

Denne håndbog er udarbejdet af teamet fra Det Nationale Sorgcenter i samarbejde med AURORA@COVID19-EU-teamet. Hvis du ønsker at henvise til dette dokument, bedes du bruge følgende ordlyd:

Tølbøll, M., Østergaard, T., Nogueira, D., Cunha, C. Soares, J., Venuleo, C., Gelo, O., Tiziana, M., Jodar-Anchia, R., Gamoneda-Larripa, J. & AURORA@COVID19-EU team (2022). *Manual for Psychologists – Articulating a Unified Response to the Covid-19 Outbreak Reconstruction After Loss in Europe*. Maia: UMAIA Press. ISBN 978-989-35689-5-8.

MAIÊUTICA · UNIVERSIDADE DA MAIA · INSTITUTO POLITÉCNICO DA MAIA IPMAIA · SÃO JOÃO · COMILLAS UNIVERSIDAD PONTIFICIA · UNIVERSITÀ DEL SALENTO · Danish National Center for Grief

Funded by the European Union

Europa-Kommissionens støtte til produktionen af denne publikation udgør ikke en godkendelse af indholdet, som kun afspejler forfatternes synspunkter, og Kommissionen kan ikke holdes ansvarlig for enhver brug, der måtte blive gjort af oplysningerne heri.

Funded by
the European Union

FORORD

Om denne manual

Følgende manual blev udviklet og udarbejdet i løbet af 2022 i et samarbejde mellem University of Maia - ISMAI/Maiêutica (Portugal), Universita Del Salento (Italien), Universidad Pontificia Comillas (Spanien), Centro Hospitalar e Universitário de São Joao Epe. og Det Nationale Sorgcenter (Danmark). Samarbejdsprocessen blev ledet af Det Nationale Sorgcenter.

Manualen udgør et delprojekt i videns- og praksis samarbejdsprojektet "AURORA@COVID19-EU: Articulate a Unified Response to the Covid-19 Pandemic Reconstruction After Loss in Europe", finansieret af Den Europæiske Union - ERASMUS+ (2021-1-PT01-KA220-VET-000033092). Det primære formål med manualen er at styrke indsatser for at forebygge udviklingen af komplicerede sorgreaktioner hos voksne efter COVID-19-pandemien, som prægede Europa og resten af verden i begyndelsen af 2020 og fremefter. Målet med dette projekt at desuden at fremme mere medfølende og åbne samfund, der anerkender og støtter sorgramte mennesker i Europa; herunder at øge den offentlige bevidsthed og styrke uddannelse og information om sorg.

Faglige forudsætninger for at bruge manualen

Manualen er ikke en bred og udtømmende introduktion til klinisk arbejde på sorgområdet. Den giver snarere en beskrivelse af, hvordan en erfaren kliniker kan gribe interventioner an, der har til formål at forebygge udviklingen af komplicerede sorgreaktioner hos voksne, specifikt, i forbindelse med sorg under COVID-19-pandemien. Inspireret af og tilpasset efter nyligt arbejde, der dokumenterer effektive behandlinger for komplicerede sorgreaktioner (Johannsen et al., 2019), tilbyder manualen vejledning i, hvordan man støtter og arbejder forebyggende med efterladte ved hjælp af tre forskellige terapeutiske tilgange. For at bruge manualen skal man være autoriseret psykolog. Desuden anbefales det, at du har mindst to års erfaring med psykoterapeutisk arbejde og har en supervisionsgruppe, som du kan konsultere, når du står i udfordrende situationer.

Sådan bruger du denne manual

Manualen er et udgangspunkt for psykologer, der er interesserede i en introduktion til, hvordan man arbejder med efterladte i kølvandet på COVID-19-pandemien. Manualen giver en ramme for at arbejde med de efterladte ved hjælp af en af tre metoder. Som læser bliver du først introduceret til relevant information om sorg under COVID-19 i Sydeuropa og konsekvenserne af at miste en nærtstående under så ekstraordinære omstændigheder. Herefter følger en kort introduktion til kulturelle forhold i Portugal, Spanien og Italien af særlig relevans for de specifikke udfordringer og effekter af COVID-19 i hvert af de respektive lande. Manualen giver derefter en kort introduktion til sorgteori, og hvordan du kan applicere nutidig sorgteori i din daglige praksis. Dette efterfulgt vejledning i, hvordan man gennemfører et vurderingsinterview, og hvad man skal have øje for, når man klinisk vurderer komplicerede sorgreaktioner.

Manualen er udviklet af forskere og praktikere fra fire europæiske lande. Den intervention, der beskrives i manualen, afspejler derfor forskellige teoretiske holdninger og metoder, der sigter mod at forebygge komplicerede sorgreaktioner. Læsere af manualen vil blive introduceret til kognitiv adfærdsterapi, emotionsfokuseret terapi og en eklektisk tilgang, der bruger brevskrivning i forbindelse med sorgterapi. Manualen introducerer forskellige værktøjer og strategier for at appellere til klinikere med forskellige terapeutiske baggrunde og erfaringer. Desuden søger den at gøre det lettere at give personlig behandling til hver enkelt efterladt med henblik på at støtte dem i deres specifikke behov og udfordringer. Herefter følger et kort afsnit om overvejelser om gruppeterapi samt et afsnit om online-terapi. Afslutningsvist, forelægges læseren

yderligere ressourcer og litteratur om sorgintervention og arbejde med sorg.

Når du læser denne manual, vil du blive introduceret til:

- Sorg i forbindelse med COVID-19 i Sydeuropa
- Sorgteori
- Naturlig versus kompliceret sorgreaktion
- Vigtige aspekter i vurdering af klienters terapeutiske behov
- Tre forskellige terapeutiske metoder, der kan anvendes til at forebygge komplicerede sorgreaktioner efter COVID-19
- Aspekter, der er værd at overveje, når man arbejder med efterladte online eller i grupper

1. INTRODUKTION

Udbruddet af COVID-19-pandemien (SARS-CoV2) skabte enorme samfundsmæssige udfordringer i Europa. Udover at være livstruende repræsenterede pandemien også en stor trussel mod mental sundhed, social dynamik og social retfærdighed (Verdenssundhedsorganisationen, 2020). Og det viste sig, at menneskers evne til at håndtere sorg og tab under ekstreme omstændigheder blev udfordret under og efter denne pandemiske krise (Moreira et al., 2020).

I Europa blev landene ramt forskelligt under COVID-19-udbruddene. Dødstal relateret til COVID-19 har været særligt højt i den sydlige del af Europa, f.eks. i Italien, Spanien og Portugal. Ifølge forfattere som f.eks. Morgan et al. (2020) omfatter det reelle dødstal dog ikke kun dødsfald på grund af COVID-19, men også indirekte dødsfald registreret under pandemien, f.eks. på grund af manglende adgang til sundhedspleje som følge af den globale afbrydelse af sundhedstjenester, øgede niveauer af stress og mentale sundhedsproblemer.

Desuden blev den sociale praksis omkring pleje af uhelbredelig syge, dødsfald, begravelser og endda bortskaffelse af lig forstyrret af en ramme af nødrestriktioner (Lowe et al. 2020; Stroebe & Schut, 2021). Disse nødrestriktioner har sandsynligvis påvirket sorgprocesserne negativt. Pandemien har også påvirket de mest sårbare mennesker, især ved at forværre deres allerede begrænsede adgang til ordentlig (mental) sundhedspleje og eksponering for socioøkonomiske risici (Morris et al., 2020). Håndtering af sorg og tab af nærtstående i denne sammenhæng anses for at være særligt problematisk, når man tager højde for tillagte brutalitet af social isolation, formindskede sociale støttemekanismer og tilgængelighed af sundhedsydelser (Morris et al., 2020).

På tværs af landegrænser har vi oplevet en mangel på nationale strategier og/eller en samlet indsats mod sorg og savn. Det kan have resulter et i at et øget antal mennesker lever med komplicerede sorgreaktioner efter COVID-19. Desuden har manglen på systematisk uddannelse af sundhedspersonale og andre fagfolk sandsynligvis resulteret i utilstrækkelige sorgtilbud til efterladte (Aoun et al., 2019).

Med dette som udgangspunkt har videns- og praksis samarbejdsprojektet AURORA@COVID19-EU til formål at fremme en samlet og målrettet indsats for at imødekomme efterladtes behov i kølvandet på COVID-19. Dette samarbejdsprojekt har til formål at udvikle træningsressourcer for at understøtte praksis og vidensdele og uddanne direkte og indirekte aktører som er i berøring med COVID-19-relateret dødsfald.

I henhold til en fire-lags sorginterventionsmodel (se side 23) er der udviklet træningsmanualer til forskellige fagfolk for at imødekomme forskellige niveauer af behov. Fælles for træningsmanualerne er et specifikt fokus på sorgstøtte under COVID-19-pandemien.

Partnerorganisationer fra Portugal, Spanien og Italien blev valgt til dette samarbejdspartnerskab, og de vil være de vigtigste lokale formidlere og deltagere, når pilotimplementeringsfasen udføres i Portugal, Spanien og Italien. Det Nationale Sorgcenter (DNS) sluttede sig til konsortiet som en højt specialiseret organisation, der udfører forskning, behandling og uddannelse relateret til sorg og sorgproblematikker.

Ved at kombinere viden og indsats vil AURORA@COVID19-EU-projektet styrke den lokale kapacitet inden for uddannelse, klinisk behandlingspraksis, forskningsformidling og i sidste ende bidrage til at fremme mere medfølende samfund, der kan imødekomme efterladtes behov gennem lokale netværk af fagfolk, frivillige og institutioner.

Nærværende træningsmanual for psykologer er målrettet psykologer, som arbejder med mennesker, der er i risiko for at udvikle komplicerede sorgreaktioner under eller efter COVID-19-pandemien. Før pandemien oplevede omkring 10-20% af de efterladte, hvad man kan kalde komplicerede sorgreaktioner, hvor følelser og sorgreaktioner ikke aftager, men forbliver på et højt og invaliderende niveau (Bonanno et al., 2008; Lenferink et al., 2020). Flere undersøgelser har anslået, at dette tal vil stige betydeligt efter COVID-19-pandemien på grund af det høje antal ekstra stressfaktorer og komplikationer relateret til sorg under pandemien (Albuquerque et al., 2021; Cipolletta et al., 2022).

Træningsmanualen vil blive udarbejdet i fem sprog - engelsk, italiensk, portugisisk, spansk og dansk - og gjort tilgængelig til brug ikke kun i de deltagende lande, men bredt i hele Europa og verden, hvor det er relevant.

> **Direkte aktører:** Alle andre professionelle end psykologer og specialiserede sorgrådgivere, der møder efterladte i deres professionelle virke. For eksempel sygeplejersker, læger, præster, bedemænd, lærere, brandmænd.
>
> **Indirekte aktører:** Familie, venner, bredere socialt netværk og samfund, der støtter efterladte.

I udviklingen af træningsmanualen er der blevet inkorporeret anbefalinger fra European Federation of Psychologists' Associations for Continuing Professional Development.

Afslutningsvis repræsenterer udviklingen og udbredelsen af træningsmanualen et ambitiøst mål om at hjælpe med at forbedre sorgbehandlingstjenester, her særligt i Sydeuropa, efter COVID-19-pandemien. Vi betragter dog dette ydmygt som et indledende skridt. Kontinuerligt samarbejde mellem undervisere, forskere, udbydere og efterladte klienter vil være nødvendigt for at forbedre vores evne til at forstå og imødekomme efterladtes behov og for at fremme medfølende sorgreaktioner.

2.SORG I EN COVID-19-KONTEKST I EUROPA

OPLEVELSEN AF TAB

Nyere undersøgelser tyder på, at COVID-19-scenariet kan komplicere sorgprocessen for de efterladte og konfrontere dem ikke kun med smerten ved at miste, men også med andre smertefulde udfordringer, der går forud for og følger efter deres nærtståendes død. Dette omfatter manglende evne til at være tæt på og hjælpe den syge eller til at opnå information fra det medicinske personale, der plejer deres nærtstående. Efter tabet opstår der andre vanskeligheder i form af manglende adgang til nødvendig støtte og ritualer på grund af sociale distanceringspolitikker (Eisma et al., 2020; LeRoy et al., 2020; Zhai & Du, 2020). En foreløbig undersøgelse (Eisma et al., 2021) anslog en højere risiko for langvarig sorg for mennesker, der har mistet nærtstående til COVID-19 og til unaturlige dødsfald (dvs. ulykker) sammenlignet med naturlig sorg (dvs. dødsfald fra kronisk sygdom). En nyere undersøgelse (Breen et al., 2022) sammenlignede sorgreaktionerne hos efterladte til COVID-19-relaterede dødsfald og efterladte til andre naturlige eller voldelige årsager i samme periode og fremhævede, at de ikke adskiller sig i deres niveauer af dysfunktionelle sorgsymptomer, forstyrret mening, risikofaktorer og funktionshæmning. Desuden viste det sig, at uanset årsagen til deres nærtståendes død, var niveauet af funktionsnedsættelse hos de efterladte i COVID-19-scenariet lig med eller større end hos grupper af efterladte med komplicerede sorgreaktioner eller langvarig sorglidelse før pandemien. På samme måde viste en anden undersøgelse (Eisma & Tamminga, 2020), der blev påbegyndt før COVID-19-udbruddet og gennemført under dets spredning, at det at opleve et tab under pandemien udløste mere alvorlige akutte sorgreaktioner end før pandemien.

Fund af denne art tyder på, at håndtering af tab under pandemien kan føre til negative og vedvarende konsekvenser for de efterladte. Dødsfald relateret til COVID-19 kan betragtes som traumatiske tab, da de opstod i en pludselig, voldsom og uventet tilstand, ikke anderledes fra tilfælde af selvmord, drab og naturkatastrofer (Kristensen et al., 2012); et sådant traumatisk tab øger risikoen for en traumatisk sorgproces (Cipolletta et al., 2022), hvor folk har svært ved at acceptere dødsfaldet og begynde at sørge (Torrens-Burton et al., 2022), det høje niveau af usikkerhed (Freeston et al., 2020) og følelser af vrede og fortvivlelse (Selman et al., 2021). Disse aspekter, sammen med den påtvungne sociale distancering og begrænsninger i besøg på sundhedsfaciliteter og begravelser, ser ud til at have udgjort grundlaget for en anden epidemi, nemlig af Prolonged grief disorder (Albuquerque et al., 2021).

Undersøgelser fra Sydeuropa (f.eks. Aguiar et al., 2020; Cipolletta et al., 2022; Farinha-Silva & Reis-Pina, 2020; Fernández & González-González, 2020; Menichetti-Delor et al., 2021) synes at fremhæve tre aspekter, der bidrager til den traumatiske sorgoplevelse efter COVID-19. Navnlig manglende evne til at sige farvel, dødsfaldets ukendte karakter, den fysiske isolation og manglen på social støtte. Forhold, der blandt andre, muligvis kan bidrage til at belyse, hvorfor vi kan forvente at se en stigning i antallet af personer, der lider af sorgkomplikationer som følge af COVID-19-pandemien.

IKKE I STAND TIL AT SIGE FARVEL.

Ikke at være i stand til at sige farvel til en nærtstående der dør, før og/eller efter tabet, har vist sig at være en risikofaktor for kompliceret sorg i COVID-19-relaterede scenarier (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021). Forskning har før vist, at et pludseligt og uventet dødsfald (Kersting et al., 2011; Lundin, 1984) samt det ikke

at have mulighed for at se kroppen (Chapple & Ziebland, 2010; Merlevede et al., 2004) kan gøre det svært at indse, at nogen er død, og dermed at acceptere tabet og "give slip på den afdøde". I en multicenterundersøgelse med et stort antal pårørende til patienter, der døde på intensivafdelinger (Kentish-Barnes et al., 2015), fandt man blandt andet at de pårørende, der ikke havde mulighed for at sige farvel, i højere grad udviste symptomer på kompliceret sorg, posttraumatisk lidelse og depressive symptomer end pårørende, der havde mulighed for at sige farvel. Under COVID-19-sundhedskrisen mistede folk livet hurtigt og uventet, og virussen ramte også borgere under 80-70 år, som de sociale medier fejlagtigt havde beskrevet som værende uden for risiko. Den hurtige udvikling af virussen fik i nogle tilfælde pårørende til at føle, at de ikke var ordentligt informeret om situationens alvor og var uforberedte, da dødsfaldet indtraf (Menichetti-Delor et al., 2021).

Desuden blev besøgspolitikkerne på hospitalerne og i andre dele af sundhedsvæsener revideret, og besøgende blev frarådet at komme: familiemedlemmer og pårørende kunne derfor ikke give trøst og følelsesmæssig støtte til deres døende. Dødsfaldet fandt sted under hidtil usete, traumatiske forhold med mennesker, der døde på hospitaler og plejehjem uden deres familier ved deres side (Cipolletta et al., 2022). Den fysiske afstand til patienten, når de var døende eller døde, fik familierne til at føle, at de ikke havde gjort nok, hvilket skabte følelser af skyld og afsavn (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021; Menichetti-Delor et al., 2021). I andre tilfælde, indebar muligheden for at kommunikere med den døende på hospitaler takket være sygeplejersker, der muliggjorde telefonisk kontakt med den sengeliggende patient, en forskel i folks evne til at forstå deres tab og forme oplevelsen af at have sagt farvel (Wakam et al., 2020). Ikke at kunne se den afdødes krop vanskeliggjorde det at tro på og acceptere dødens realitet. Hernández-Fernández og Meneses-Falcón (2021) henviser til, hvordan familier bad sundhedspersonalet om konkrete detaljer om dødsøjeblikket og/eller bevis på dødsfaldet (f.eks. et foto eller en personlig genstand, dødsattesten), så de kunne strukturere en logisk fortælling om fakta og acceptere, hvad der var sket.

Fraværet af begravelser eller ritualer for at markere dødsfaldet bidrog også til forestillingen om ikke at sige farvel og markere dødsfaldet. Begravelser repræsenterer en afgørende kulturel og religiøs komponent i sorgprocessen (O'Rourke et al., 2011): historisk set giver de mulighed for at formidle kærlighed og respekt for den afdøde og sige "farvel"; ritualer markerer en overgang, hvor døden kan realiseres fuldt ud, men udgør også et øjeblik, hvor de efterladte giver stemme til deres følelser og modtager social og psykologisk støtte fra deres nære netværk (Mortazavi et al.,2021). I Italien forbød nedlukningsforanstaltningerne begravelsesceremonier og lukkede kirkegårde overalt (Ingravallo, 2020). I Spanien og Portugal, blev begravelser begrænset til henholdsvis tre og ti personer inklusiv den officielle forordnede (Aguiar et al., 2020). Lignende foranstaltninger er blevet gennemført verden over. I mange tilfælde kunne familierne ikke balsamere og vælge det tøj, de havde tænkt sig. Hertil var der t og ingen afholdelse af en ordentlig begravelse, som man kunne have ønsket sig, nemlig som en kulturel praksis, der giver det samlede samfund mulighed for at ære den afdødes liv og yde social støtte til de efterladte. Begravelsesvækkelser - et andet vigtigt ritual i lande med en stærk kristen arv som Portugal, Spanien og Italien - var ikke mulige i længere perioder, så familiemedlemmer manglede også den relaterede betydning af at yde retfærdighed til de afdøde, huske deres liv, deres gerninger og deres fortællinger (Aguiar et al., 2020; Burrell & Selman, 2020; Fernández & González-González, 2020).Fernández & González-

González, 2020).Fernández & González-González, 2020).

USIKKERHEDEN, DER OMGIVER DØDSFALDET

Usikkerhed kan defineres som "manglende evne til at bestemme betydningen af sygdomsrelaterede begivenheder" (Mishel, 1988, s. 225). Hebert et al. (2009), identificerede fire former for usikkerhed: *medicinsk,* som vedrører diagnose, prognose og klinisk forløb; *praktisk,* som involverer opgaver, der skal udføres før dødsfaldet, eller bekymringer relateret til sorgperioden (f.eks. fra et økonomisk/finansielt synspunkt); *psykosocial* usikkerhed, som afspejler bekymringer om, hvordan familiedynamik og relationer vil blive ændret som følge af sygdom og død; *religiøs/åndelig* usikkerhed, som refererer til eksistentielle bekymringer og spørgsmål om mening. Ifølge forfatterne er de vigtigste redskaber til at hjælpe familier og pårørende med at håndtere disse former for usikkerhed god kommunikation og tillidsfulde relationer mellem plejepersonale og sundhedspersonale. På den måde kan plejepersonalet være "forberedt". Omvendt kan usikkerheden relateret til dødsfaldet øge risikoen for komplikationer i sorgprocessen: vanskeligheder med at håndtere usikkerheden er blevet forbundet med en større risiko for langvarig sorg, posttraumatisk stress og depression (Boelen et al., 2016). Jo mere af tabet forbliver uklart, jo mere har folk følelsen af ikke rigtig at vide, om den elskede er død eller levende, fraværende eller til stede, i en sådan grad at de måske ikke er i stand til at bearbejde dødsfaldet (Boss et al., 2021).

En sådan følelse af usikkerhed er anerkendt som en af hovedårsagerne til stress hos efterladte under COVID-19 (Cipolletta et al., 2022; Freeston et al., 2020; Mortazavi et al., 2021). Uforudsigelige symptomer og sygdomsforløb, uklarhed om f.eks. diagnose og behandlingsmuligheder, men også tvetydige oplysninger fra forskellige kilder og kommunikationsbrister med hospitalsvæsenet, gav anledning til følelser af uretfærdighed og behov for klarhed om, hvad der skete med den afdøde (Menichetti-Delor et al., 2021). Især den manglende og/eller ineffektive kommunikation mellem sundhedspersonale og plejepersonale rapporteres som et kritisk aspekt i håndteringen af dødsfald under COVID-19. Hertil kan nævnes et studie udført i Italien af Testoni et al. (2021), der havde til formål at undersøge dødsanmeldelsesprocessen blandt læger (anmeldere), patienters pårørende (modtagere) og dem, der arbejder mellem dem (sygeplejersker). Forfatterne fandt, at hvis læger og sygeplejersker på den ene side rapporterede om relationelle vanskeligheder med at støtte patienternes pårørende, rapporterede de pårørende om aspekter relateret til sundhedspersonalets utilstrækkelig kommunikation før og efter dødsfaldet.

Når man ikke har mulighed for at give mening til et pludseligt, uventet og traumatisk tab, bliver døden et åbent spørgsmål, der fører til optagethed og ruminering (f.eks. forsøg på at rekonstruere begivenhederne for at forstå, hvad der gik galt) (Testoni et al., 2021) og "fastfrysning" af sorgprocessen. At være optaget af den afdøde er et af nøglesymptomerne i PGD-diagnosen (Killikelly & Maercker, 2017). Dette understøtter igen tesen om, at tab under COVID-19-pandemien øgede risikoen for at udvikle komplicerede sorgreaktioner over tid.

FYSISK ISOLATION OG MANGEL PÅ STØTTE

At social støtte spiller en rolle som moderator for sorgens indvirkning på psykologisk sundhed og velvære er velkendt i den videnskabelige litteratur (for en gennemgang se Burke & Neimeyer, 2012; Stoebe et al., 2005). Undersøgelser foretaget et år efter dødsfald har vist, hvordan social støtte fra familie og venner gør det muligt at udholde sorgprocessen uden at opleve depression eller fysiologisk sygdom (Benkel et al, 2009; Bonanno & Kaltman, 2001).

Under COVID-19-krisen har foranstaltningerne med fysisk afstand og hjemmekarantæne i vid udstrækning tvunget familier til at klare sorgprocessen alene uden støtte fra deres sociale netværk. Hermed er nogle af de vigtigste beskyttende faktorer for at kunne tilpasse sig et tab og håndterer en nærtståendes død, såsom familieinvolvering, fysisk tilstedeværelse, at sørge sammen med andre og modtage social støtte (Lyons & Chamberlain, 2006), blevet nægtet mennesker i sorg under COVID-19 (Fernández & González-González, 2020). I interviews foretaget blandt psykologer, der tilbyder støtte til efterladte familier i Norditalien (Menichetti-Delor et al., 2021), er det blevet rapporteret, at en stor årsag til lidelse har været manglende mulighed for at sørge sammen med andre. For nogle blev manglen på kropskontakt og kram oplevet som blokerede for den fysiske oplevelse af sorg, hvilket for eksempel hæmmede det vigtige aspekt af gråd helt og holdent. Familierne kan desuden også have oplevet social stigmatisering i forbindelse med COVID-19-tab (Albuquerque et al., 2021), der har fået dem til at føle sig endnu mere forladte og ensomme og ude af stand til at få social støtte på afstand.

FØLELSER RELATERET TIL COVID-19 SORG

Omstændighederne som den manglende afsked, usikkerheden omkring dødsfaldene og den fysiske isolation ved afsked og i sorgprocessen, kan have udfordret efterladte i at finde en afslutning på sorgen. De ovennævnte specifikke omstændigheder ved tabene, såsom de dødes hurtige og uventede karakter, en mangel på klar forståelse af, hvordan de kære døde, og den usynlige krop, gør tabet sammenligneligt med et **tvetydigt tab**. Som et sørgende familiemedlem, der blev interviewet i Madrid, sagde på en suggestiv måde (Fernández & González-González, 2020): "Jeg følte, at det var en slags kidnapning". Som det er tilfældet med de forsvundne, om hvem der aldrig vil være absolut sikkerhed for deres død, kan efterladte under COVID-19 have svært ved at tro, at deres nærtstående er død, da usikkerhed, pludselighed, uforudsigelighed og manglende ritualer også gør deres tab tvetydigt (Bertuccio & Runion, 2020; Fernández & González-González, 2020; Testoni et al., 2021).

Andre beskriver denne form for tab som en **rettighedsløs sorg** (Albuquerque et al., 2021; Kaur et al., 2022; Kokou-Kpolou et al., 2020). En ikke anerkendt eller legitimeret smerte, der ikke blev anerkendt og socialt valideret af andre på grund af isolation og mangel på social støtte i kølvandet på dødsfaldet. Endeligt forklarer andre sorgen som **traumatisk sorg,** hvor de traumatiske omstændigheder ved dødsfaldet samt frygten for tabet af andre og eget liv komplicerer sorgoplevelsen. For eksempel fremhæver kvalitative studier fra den sydeuropæiske COVID-19-situation, der er baseret på de efterladtes fortællinger, hvordan at de efterladtes fortællinger ofte indeholder typiske traumatiske træk, der fastfryser sorgprocessen og komplicerer reaktionerne (f.eks. Cipolletta et al, 2021; Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021; Menichetti-Delor et al., 2021; Mortazavi et al., 2021; Picardi et al., 2021; Testoni et al., 2021).

Samlet set ser det ud til, at de specifikke omstændigheder ved tabet har forstærket negative følelser som vrede, skyld og tristhed, der er meget hyppige i beretninger fra efterladte i forbindelse med COVID-19 (Albuquerque et al., 2021; Chopra & Arora, 2020).

VREDE.

Vrede var en af hovedreaktionerne på tab, og kan være forbundet med en række omstændigheder, der karakteriserer COVID-19-scenariet (Cipolletta et al., 2022). De efterladte refererer til en intens følelse af at være forladt af sundhedspersonalet, ude af stand til at tilbyde klar kommunikation om, hvad der skete med den afdøde, og til at yde pleje

og have en medfølende holdning til patienterne. De beskriver en følelse af blot at være et nummer, når de kommunikerer med sundhedsmyndighederne, såvel som i behandlingen af kroppen, hvilket skaber en følelse af umenneskeliggørelse. Nogen beskylder lægerne for at have fejldiagnosticeret patienten, foreslået indlæggelse eller for at have ydet forkert pleje. Klagen er også rettet mod sundhedsadministrationen, som ikke var i stand til at sørge for rettidig helbredelse. Vreden er også rettet mod regeringen, som ikke var i stand til at begrænse spredningen af infektioner og håndtere sundhedskrisen (Marinaci et al.., 2021).

UDFORDRINGER MED AT ERKENDE TABET OG KONSTANT RUMINATION

Udfordringer med at erkende tabet prægede tab under COVID-19, dvs. følelsen af, at "jeg kan ikke tro, at de er døde" (Hernández-Fernández & Meneses-Falcón, 2021). Dødens pludselige karakter, den påtvungne mangel på kontakt med personen lige før dødsfaldet og manglen på et afskedsritual med den afdødes krop har dannet et komplekst sæt af omstændigheder, der forstærker tvetydigheden (Imber-Black, 2020) og hæmmer rationaliseringen af tabet. Rumination relaterer sig til spørgsmål som "hvad gik galt", "om alt blev gjort for at redde den elskede", "hvad de følte og tænkte, mens de stod over for at dø alene" (Testoni et al., 2021).

SKYLD

Skyldfølelse rapporteret af efterladte (Albuquerque et al., 2021; Cipolletta et al., 2022; Mencacci & Salvi, 2021; Testoni et al., 2021) er relateret til ikke at have kunne være ved den dødendes side, ikke at have kunne tilbyde hjælp og følelsesmæssig trøst samt en følelse af at have forladt den dødende. I nogle tilfælde kan skyldfølelse komme af fortrydelse over at have undervurderet virussens dødelighed eller frygten for/bekræftelsen af selv at have smittet den afdøde.

SKAM

Frygt for stigmatiseringen som følge af COVID-relateret dødsfald og dertilhørende smitterisiko fik pårørende til at skjule deres nærtståendes sygdom eller dødsårsag for at undgå diskrimination; som et resultat heraf blev muligheden for at modtage social og praktisk støtte yderligere begrænset (Albuquerque et al., 2021).

ANGST, STRESS OG MESTRINGSSTRATEGIER

Generelt ser pandemien ud til at have udfordret strategier for regulering af følelser, hvilket giver en høj risiko for at udvikle psykosociale problemer (Di Blasi et al., 2021). Vanskeligheder med at regulere følelsesmæssig stress har været relateret til håndtering af usikkerhed på grund af deres frygt for COVID-19, som tilsammen øgede risikoen for psykologisk stress (angst, depression og stress) (Gullo et al., 2022). Mere specifikt er det blevet hævdet, at tilstedeværelsen af pandemirelaterede stressfaktorer, såsom social distancering og begrænsninger i tilgængeligheden af og adgangen til et socialt netværk, gør det sværere for enkeltpersoner at implementere passende copingstrategier til at håndtere tabet med den konsekvens, at der opstår højere niveauer af psykologisk stress og dårligere mentalt helbred (Fisher et al., 2022). Vrede, fornægtelse, skyldfølelse, skam, depression og angst er alle sorgfølelser, der typisk følger med ethvert tab, herunder faktiske dødsfald (Buglass, 2010). Det kan antages, at sådanne følelser er blevet oplevet mere intensivt i forbindelse med COVID-19-pandemien.

Implikationer for interventioner

Ud fra ovenstående kan der drages nogle implikationer for terapeutiske interventioner. Udover en mere generel sorgintervention bør man være særligt opmærksom på hvilken betydning, som den enkelte tillægger følgende aspekter: *ikke at kunne sige farvel*, *dødsfaldets ukendte karakter*

og *manglen på social støtte*, der kan kræve særlig opmærksomhed i terapien.

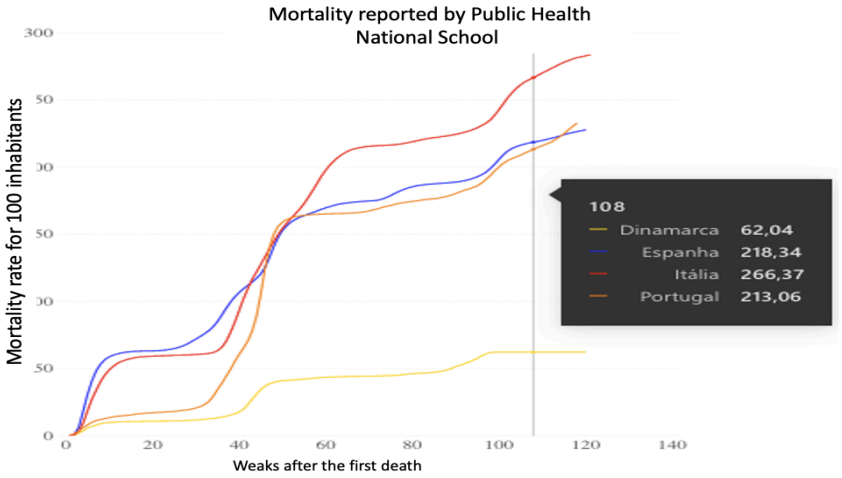
Som et eksempel på, hvordan denne type intervention er blevet grebet an, fremstår det relevant at inddrage et kvalitativt studie af Menichetti-Delor et al. (2021). Studiet fokuserede på opfølgningssamtaler, der blev tilbudt af en klinisk psykologisk enhed til familier til COVID-19-patienter, der døde på hospitalet. Fra studiet blev der udledt forskellige behov af samtalerne med familierne. For det første gav familierne udtryk for behovet for *at give mening* til det, der skete, for at "samle brikkerne". Meningsskabelse er en central proces i heling som reaktion på traumer fra både dødsfald og andre tab og involverer en kamp for at forstå, hvad der er gået tabt, og hvordan man opbygger et nyt liv (Neimeyer & Sands, 2011). I den forbindelse er det afgørende for efterladte at dele og fortælle om deres tab, så genfortællingen af ens oplevelse kan lette søgningen efter mening og sammenhæng i en sådan oplevelse (Neimeyer et al., 2010). For det andet blev behovet for at *udtrykke følelser* (såsom tristhed, angst, vrede, men også følelsesmæssig anæstesi) ofte rapporteret. En sådan proces blev vanskeliggjort af isolationen og dermed af fraværet af relationer. For det tredje rapporterede familierne behovet *for at sige det sidste farvel* og søge efter alternative måder at ledsage tabet og sorgen på, når en traditionel begravelse ikke kunne organiseres (f.eks. tænde et lys, holde en ceremoni udendørs eller indsamle sange, fotos og historier knyttet til den afdøde og/eller også digitale oplevelser som f.eks. online mindesmærker; se f.eks. Coronavirus Memorial, der promoveres af den spanske nationale tv-station *Radio Televisión Española:* rtve.es/coronavirus/memorial). Det fjerde behov, der blev identificeret, var *at mindes* den afdøde sammen med andre familiemedlemmer og at dele minder fra fortiden med dem. Igen blev en sådan proces hæmmet af isolationen på grund af COVID-19, hvilket efterlod familiemedlemmerne med en oplevelse af en ensom sorg.

Det giver et eksempel på, hvordan man kan håndtere de specifikke omstændigheder, der har formet sorg under COVID-19-pandemien. Dette vil blive uddybet yderligere i afsnittene om intervention nedenfor.

KULTUREL KONTEKST

De forskellige COVID-19-situationer i de europæiske lande med hensyn til direkte dødsfald retfærdiggør en præcis indgriben og har motiveret udviklingen af dette strategiske partnerskab for samarbejde mellem de fire lande. Mens Portugal, Spanien og Italien har haft mere end 280 dødsfald pr. 100.000 indbyggere, har Danmark oplevet mindre end 65 dødsfald. I det følgende afsnit skitserer vi det overordnede omfang, forskellige tendenser og målgrupper påvirket i hver kontekst.

Figur 1 – Sammenligning af COVID-19-situationen blandt partnerskabslandene fra AURORA-projektet



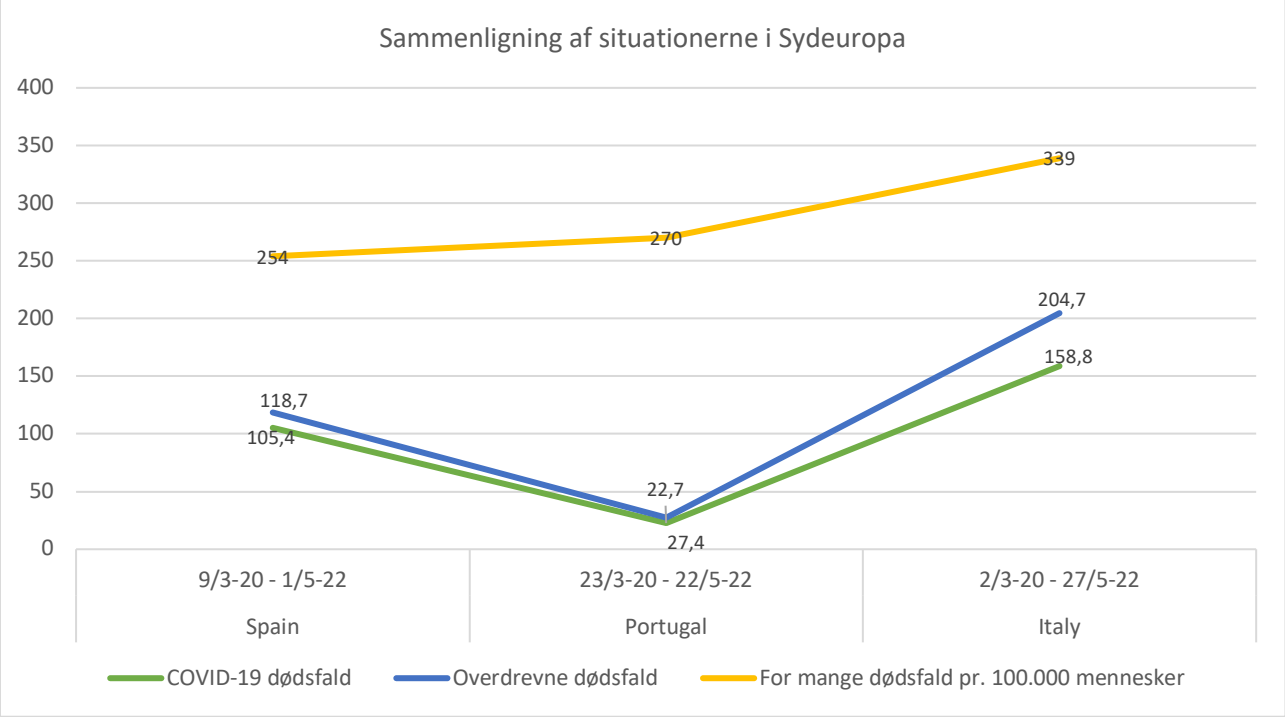
Kilde: https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/epidemiologia-da-covid-19/letalidade-e-mortalidade-entre-paises/

Mange af de restriktioner, der blev indført for at begrænse COVID-19-pandemien, var i konflikt med kollektive, kulturelle praksis og de reaktioner, der gives i dødsøjeblikket og situationer ved livets afslutning. COVID-19-restriktionerne øger risikoen for at udvikle komplicerede sorgreaktioner efter et tab, og det forventes, at de vil påvirke de efterladtes mentale sundhed (Stroebe & Schut, 2021).

For at give et overordnet komparativt perspektiv på tværs af nedenstående nationale COVID-19-data, henviser vi til den seneste globale oversigt i Economist-artikelen *Tracking COVID-19 death across countries*; med fokus på overdødelighed fremfor dødstal, da dødstal underdriver det samlede antal dødsfald. Fokus på overskydende dødsfald giver således et overblik over den reelle indvirkning i form af tabte liv forårsaget af pandemien.[1]

[1] Tracking covid-19 excess deaths across countries: In many parts of the world, official death tolls undercount the total number of fatalities", The Economist Oct 20th 2021 (Opdateret d.13. maj 2022), HTTPS://WWW.ECONOMIST.COM/GRAPHIC-DETAIL/CORONAVIRUS-EXCESS-DEATHS-TRACKER

Figur 2 - *Overdødelighed pr. land*



Kilde: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained

Baseret på portugisisk forskning og den statistiske model (Albuquerque et al., 2021; Carvalheiro et al., 2021), der beregner ni efterladte pr. dødsfald (Albuquerque et al., 2021; Carvalheiro et al., 2021), er det tilnærmet antal efterladte under COVID-19-pandemien i de tre lande følgende:

Figur 3 – *Tilnærmet tal for antal efterladte*

Land	Befolkning i alt 01/2020	Overdødelighed	Ca. antal efterladte i alt
Spanien	47,332,60	118,740	1,068,660
Portugal	10,295,90	27,440	246,960
Italien	59,641,50	204,710	1,842.390

Kilde: ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained

Italien

Demografi for COVID-19 i den italienske kontekst

Italien var det andet land i verden, efter Kina, der først blev ramt af COVID-19-pandemien og oplevede et dramatisk, rekordhøjt antal COVID-19-dødsfald. Italien har i alt haft 183.138 COVID-19-dødsfald ifølge WHO's Coronavirus (COVID-19) Dashboard[1] (december 2022). Optoget af militærlastbiler, der kører gennem byen Bergamo[2] og transporterer lig fra hospitalerne, er nok stadig

[2] En by i Norditalien, det geografiske område, der først blev ramt.

et af de mest sigende og symbolske billeder på tabet, sorgen og smerten under den italienske COVID-19-oplevelse, som også blev et billede på den globalt, oplevede frygt.



Foto: Optog af militærbiler, der transporterer døde kroppe i Bergamo

Den ældre population var den aldersgruppe, der var hårdest ramt af COVID-19-dødsfald, med en gennemsnitsalder på 80 år (43,6% kvinder, 56,4% mænd) (Istituto Superiore di Sanità, 2021a; Polidori et al., 2020). Plejehjem oplevede de fleste udbrud med en høj dødelighed, især i begyndelsen af pandemien. Ifølge data fra en national undersøgelse initieret af sundhedsministeren døde i alt 9154 beboere på plejehjem fra 1. februar til 5. maj 2020 (Gnasso et al., 2022).

Aldersgruppen under 50 år var næst hårdeste ramt med 1743 afdøde COVID-19-positive, herunder 440 kvinder under 40 år (273 mænd og 167 kvinder i alderen 0-39 år) (Istituto Superiore di Sanità, 2021b). Hele 82,3 % af dødsfaldene skete på hospitaler, og der blev registreret næsten 500 dødsfald blandt sundhedspersonale (Istituto Superiore di Sanità, 2021b).[3] Gældende for både pandemiens begyndelse og pandemien som helhed var mangel på sundhedspersonale, intensivafdelinger og personlige værnemidler. Omstændigheder, der ramte et sundhedssystem, der allerede led af mangel på ressourcer. Den psykologiske indvirkning på sundhedsprofessionelle, der var direkte involveret i COVID-19-reaktionen, er stadig ikke blevet afdækket og behandlet, men flere undersøgelser publiceres løbende (Barello et al., 2020; Felice et al. 2020; Marinaci et al., 2020, 2021).

Selvom der ikke er nogen undersøgelser i Italien over antal og karakteristika ved de efterladte under COVID-19-pandemien, er det sandsynligt, at den høje forekomst af COVID blandt den ældre befolkning hovedsageligt har efterladt ældre ægtefæller, voksne børn og børnebørn i sorg.

Familierne til de indlagte patienter blev frataget muligheden for at tage sig af deres syge slægtninge, for at være til stede under dødsfaldet, for at se og tage sig af liget af deres afdøde slægtning og for at udføre katolske begravelsesritualer eller andre ceremonier. Alle disse usædvanlige forhold – ofte i kombination med hinanden eller flerdoblet på grund af flere tab i samme familie - affødte en meget stærk følelsesmæssig og psykologisk påvirkning (Menichetti-Delor et al., 2021; Alberto Vito, 2021). Læs mere i afsnittene ovenfor.

Sorgberedskab - før og efter COVID-19

Generelt er følelsesmæssig og praktisk sorgstøtte før og efter COVID-19 oftest blevet ydet af familien og netværket af venner i Italien. Som følge af blandt andet psykologprofessionens kulturelle image, er det generelt ikke særlig almindeligt i

[3] Dødsfald blandt sundhedspersonale mellem februar 2020 og ???? [tilføj her tidsrammen?]: 216 praktiserende læger, vagtlæger, medicinske vagter, ambulante specialister, privatpraktiserende læger, 30 tandlæger og mere end 90 sygeplejersker. (Istituto Superiore di Sanità, 2021b).

Italien at søge professionel hjælp til sorgreaktioner. Der er ingen nationalt koordineret sorgbehandling eller nationale retningslinjer for psykologer, og det videnskabelige fokus på sorg og tab er relativt begrænset.

Der har været opstartet adskillige frivillige foreninger, både før og efter COVID-19, som støtter de efterladte gennem gensidige selvhjælpsgrupper fordelt over hele landet (http://vivereilmorire.eu/accompagnamento-lutto/elenco-italiano-dei-gruppi-ama-per-lelaborazione-del-lutto/). De repræsenterer en værdifuld mulighed for at dele følelser, fremme self-efficacy, undgå social tilbagetrækning og fremme meningsskabelse (Cipolletta et al., 2022), men de har ikke den kliniske ekspertise til at yde en intervention for at hjælpe efterladte i risiko for- eller med komplicerede sorgreaktioner.

Pandemien gav anledning til forskellige initiativer rettet mod at hjælpe folk med at håndtere generelle psykologiske konsekvenser af COVID-19. Ministeriet for sundhed og civilbeskyttelse har aktiveret et gratis nummer til psykologisk støtte til borgerne i samarbejde med den italienske psykologforening (AIP) - nationalt referencepunkt for psykologer, der arbejder på universiteter og forskningsinstitutter - som etablerede netværk af psykologtilbud på universitetsfaciliteter. Gratis psykologiske støttetilbud, der kunne nås online eller via telefon, blev også tilbudt af individuelle privatpraktiserende psykologer, faglige foreninger og akademiske psykologtjenester (f.eks. Parolin et al., 2021), hvoraf mange ikke længere er aktive. Sammenfattet synes de foranstaltninger, der blev opstartet under pandemien for at støtte i sorg, at være korte, fragmenterede, lokalt organiserede og ikke specifikt fokuseret på sorg. COVID-19 har ikke medført væsentlige ændringer i sorgbearbejdningen eller ført til en strategi på nationalt plan. Der er heller ikke meget opmærksomhed på den psykologiske påvirkning efter de fysiske distanceringsforanstaltninger.

Dette er den nuværende situation på trods af omfanget, virkningen og de usædvanlige forhold i forbindelse med COVID-19 i Italien, og på trods af at fagfolk anerkender et generelt behov for mere systematisk sorgbehandling i kølvandet på COVID-19 (Costantini et al., 2020). Af vigtige prioriteter synes derfor at være et behov for en nationalt koordineret sorgstrategi og en professionel reaktion på sorgberedskab i forlængelse af COVID-19 pandemien.

Portugal

Demografi for COVID-19 i den portugisiske kontekst

Portugal har ifølge **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard** (december 2022) haft i alt 25.714 COVID-19-dødsfald. Sygdommen har vist sig at ramme den ældre befolkningsgruppe hårdest med det højeste dødstal blandt 80-årige og med en generel tendens til at ramme flere mænd end kvinder (52,6% til 47,4% kvinder).

Sorgberedskab - før og efter COVID-19

I Portugal var der før 2019, som tilfældet i mange lande i Europa, mangel på en integreret offentlig sundhedsindsats for at tage sig af efterladte samt mangel på frivillige strukturer til (u)formelt at hjælpe og yde støtte til efterladte og således bygge bro over sundhedsplejen og fremme et mere medfølende samfund.

I 2019 foreslog og vedtog den portugisiske regering/sundhedsministerium vigtig lovgivning om "Implementering af en differentieret interventionsmodel for forlænget sorglidelser". Dette giver efterladte, der lider af langvarig sorg, ret og adgang til behovstilpasset sorgbehandling, der skal identificeres og implementeres af sundhedspersonale i det nationale sundhedsvæsen. Dette repræsenterer den

portugisiske vedtagelse af WHO's formelle inklusion af "forlænget sorglidelse" i den 11. revision af ICD-11 International Classification of Diseases.

Fem nationale institutioner blev udpeget som centre til at yde specialiseret pleje til efterladte med komplicerede sorgreaktioner. Desuden fik klinikerne vurderingsværktøjer og retningslinjer for den passende intervention, der skulle ydes. På trods af nationale forbedringer af ydelser blev implementeringen igangsat før COVID-19 og var endnu ikke nået blevet tilstrækkeligt implementeret i det offentlige sundhedssystem på grund af mangel på menneskelige ressourcer i pilotenheder.

Derudover tilbyder omkring 60% af de portugisiske palliative teams et formelt struktureret sorgstøtteprogram til de pårørende, som har mistet et familiemedlem (Carvalheiro et al., 2021).

Selv efter COVID-19 er den begrænsede tilgængelighed af kliniske psykologer i det offentlige system stadig den primære udfordring for offentligt støttet psykologiske tilbud. I Portugal arbejder kun 250 ud af ca. 24.000 psykologer i primærsektoren i det nationale sundhedssystem, hvilket svarer til en ratio på 2,5 psykologer pr. 100.000 indbyggere (OPP, 2020).

COVID-19 medførte en ufattelig og brat ændring af standardpraksisser i sundhedssystemet. På trods af alle de mange restriktioner og begrænsninger, der fulgte med COVID-19, blev samfundet som helhed mere opmærksomt og følsomt over for vigtigheden af mental sundhed, men også mere opmærksomt på vigtigheden af pleje og hjælp til de efterladte, og mange af professionelle har været i stand til at genopfinde sig selv og tænke på kreative måder for at overkomme disse forhindringer på.

Et eksempel på kreativ genopfindelse og samling som en forenet profession af kliniske psykologer var indførelsen af en psykologiske hotline, der blev oprettet som en COVID-19-respons af det nationale sundhedssystem i samarbejde med OPP - den portugisiske psykologforening. Foreningen har også udviklet mange retningslinjer og vigtigt materiale til psykologers intervention i forskellige sammenhænge, og hertil også en kort retningslinje til håndtering af sorg og savn i forbindelse med pandemien https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_luto.pdf.

Ikke desto mindre, og ikke mindst i betragtning af det høje antal nyligt efterladte, er der behov for uddannelse og træning af flere fagfolk for at kunne reagere på denne høje og enorme efterspørgsel efter pandemien.

Data om dødsfald som følge af COVID-19

En onlineundersøgelse foretaget blandt den voksne befolkning med 929 deltagere (Aguiar et al., 2020) fastslog, at 17,9% har mistet en nærtstående siden pandemiens begyndelse, og dets indvirkning på mentalt helbred fremgår af forekomsten af 30,7% kliniske angstsymptomer, 10,2% depressive symptomer og 16,8% med høj score på den forlængede sorgskala.

Der peges på lignende indikatorer i foreløbige resultater fra den portugisiske stikprøve af efterladte i "Grief and Bereavement in face of COVID-19 Pandemic: Transnational Study on its impact on well-being" (Barbosa et al., 2022), der rapporterer på baggrund af en online dataindsamling i perioden mellem januar og oktober 2021 med i alt 127 efterladte deltagere.[4]

[4]Respondenterne er for det meste kvinder (83,6%) med en gennemsnitsalder på 31 år. Gennemsnitsalderen for det afdøde familiemedlem var 71,8 år, og de vigtigste dødsårsager var: kardiorespiratoriske sygdomme: 19,5%; onkologisk sygdom 36,7%, og COVID-19 sygdom: 10.2%. Kun 10% af deltagerne indrømmer, at de ikke har deltaget i begravelsesritualerne for deres kære.

Data om **de efterladte** deltageres **mentale sundhed** er som følger: **75,6 % har klinisk signifikante scorer for ængstelige symptomer** (heraf 59,1 % på et mildt til moderat niveau og 16,5 % med alvorlige symptomer). **30,5 %** af deltagerne har klinisk signifikante symptomer **på posttraumatisk stress.** Hvad angår depression, **viser 66,9% klinisk signifikante niveauer af depressiv symptomatologi** (47,6% milde til moderate og 19,3% svære til svære). Endelig viser data over komplicerede sorgreaktioner, at **23,8%** af de efterladte udviser symptomer, der tyder på en mulig langvarig sorglidelse. På trods af skævheden i dataindsamlingen (udelukkende online) og også tidspunktet for indsamlingen under pandemien, indikerer disse tal, hvordan vi skal være forberedt på at håndtere de vanskelige tider, vi står over for.

Spanien

COVID-19 i den spanske kontekst

Ifølge data fra **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard** døde 116.658 mennesker i Spanien på grund af COVID-19 fra marts 2020 til december 2022.

Som det var tilfældet i Italien og Portugal, var den ældre aldersgruppe også i Spanien hårdest ramt af COVID-19-dødeligheden, og data fra den første og værste bølge afslører stigninger i dødsraten på 55,4% for 65-74-årige og 75,9% for 74-årige.

Sorg i en spansk kontekst før og efter COVID-19

COVID-19 påtvang en ensomhed i sorgen i et spansk samfund, hvor social støtte fra nære venner og familiemedlemmer værdsættes højt (Fernández & González-González, 2020). Sundhedspersonale blev især påvirket af traumatiske sorgprocesser (Gilart et al., 2021).

Der har ikke været nogen professionel vurdering af behovet for terapeutiske sorginterventioner for efterladte med komplicerede sorgreaktioner i Spanien, men der har været nogle tilpasninger fra offentlige sundhedsinstitutioner og private organisationer for at imødekomme disse behov.

Den offentlige reaktion på tab og sorg efter COVID-19 understøttes fortsat af den primære sundhedspleje, hvor lægen primært fokuserer på symptomer på angst og depression og sjældent bruger de diagnostiske kriterier for kompliceret eller langvarig sorg. Recept på psykoaktive lægemidler (dvs. anxiolytika og/eller antidepressiva) er i højere grad den lægelige intervention end henvisning til klinisk psykolog.

Den primære udfordring med psykologiske tilbud støttet af offentlige budgetter i Spanien er den begrænsede tilgængelighed af kliniske psykologer i det offentlige system (5,14/100.000 indbyggere, ti gange lavere end det danske system), og de deraf følgende ventetider (1-9 måneder afhængigt af provinsen).

Selvom der ikke er sket en grundlæggende ændring i den overordnede sorgbehandling efter COVID-19, er der sket en betydelig stigning i tilstedeværelsen af kliniske psykologer i nogle regioner i Spanien. I løbet af pandemiens første år fik sorg og savn særlig opmærksomhed. For eksempel tilbød den officielle psykologforening i Spanien flere udgaver af træningskurser for at arbejde med sorg (https://www.copmadrid.org/web/formacion/actividades/20211229112306641780/c2210-v-edicion-curso-intervencion-psicologica-procesos-duelo).

De officielle psykologuddannelser har stillet forskellige ressourcer til rådighed for samfundet til at håndtere det ubehag og den sorg, som pandemien har skabt, og har udarbejdet vejledninger til den brede offentlighed og nogle fagfolk (f.eks. https://www.copmadrid.org/web/files/comunicacion/GUIA%20Duelo.pdf) og til familiemedlemmer

(http://www.infocoponline.es/pdf/GUIA_PARA_FAMILIARES_EN%20DUELO_GT%20Duelo.pdf).

Det spanske sundhedsministerium oprettede en arbejdsgruppe bestående af fagfolk med forskellige baggrunde: psykologer, specialister i familiemedicin og samfundssundhed, specialister i forebyggende medicin og folkesundhed samt specialister i bioetik og sorghåndtering, som behandlede pårørende, der lige havde mistet deres nærtstående til COVID-19. Som et resultat blev der formidlet nogle infografikker for at hjælpe befolkningen med at håndtere tabet af en nærtstående (https://eurohealthnet-magazine.eu/materiales-de-apoyo-para-afrontar-el-duelo-en-tiempos-de-coronavirus-en-espana/).

Sundhedsministeriet og General Council of Psychologists tilbød en hjælpelinje for pårørende til mennesker, der var syge af coronavirus eller døde som følge heraf. Røde Kors oprettede også en tjeneste ("Cruz Roja te escucha") for at tilbyde støtte og psykosocial ledsagelse til især familier og venner til meget alvorligt syge eller døde af sygdommen forårsaget af COVID-19. En stor del af hjælpen til befolkningen i sorg kom fra velgørenhedsorganisationer som "Fundación Mario Losantos del Campo" (https://www.fundacionmlc.org/) eller "Centro de Humanización de la Salud" (https://www.humanizar.es /).

På trods af den indsats, der blev gjort for at imødekomme de efterladtes behov under pandemien, er der i alle disse sydlige lande brug for at gøre meget mere.

3. SORGTEORI, SORGREAKTIONER OG NIVEAUER AF STØTTE

Formålet med den følgende korte introduktion til sorgforskningsfeltet er at give en grundlæggende viden om de vigtigste teoretiske forklaringsmodeller og teorier, der har været med til at forme eller repræsentere den nuværende forståelse af sorg og sorginterventioner.

SORGTEORI: ET KORT OVERBLIK

I løbet af de sidste hundrede år er der sket grundlæggende ændringer i den psykologisk-videnskabelige forståelse af sorg. Dette har vigtige implikationer for udviklingen af moderne sorgbehandling. Denne manual præsenterer et overordnet og derfor forenklet billede af udviklingen i sorgforståelsen (for en mere fyldestgørende teoretisk redegørelse, se for eksempel Stroebe et al., 2001).

Siden begyndelsen af 1900-tallet har de mest afgørende psykologiske modeller for sorg været først den psykoanalytiske sorgarbejdshypotese herefter efterfulgt af faseteorierne for sorg og opgaveteorierne for sorg fra slutningen af 1960'erne til slutningen af 1980'erne. I 1990'erne skete der et paradigmeskift inden for sorgforståelse og interventionsforskning med Continuing Bonds Model og Dual Process Model of Coping with Bereavement. Disse forklaringsmodeller har tilbudt forskellige teoretiske måder at forstå sorg på og tilbyder dermed ikke én samlet teoretisk forklaring, og de er heller ikke alle empirisk underbygget (Guldin, 2010; 2019). Feltet har været genstand for betydelige akademiske diskussioner om, hvordan man forstår sorg.

Klassisk forståelse: om adskillelse fra den afdøde

Løsrivelse var det centrale nøgleord i den klassiske psykoanalytiske forståelse af sorg (Freud, 1913). Sigmund Freuds forståelse af sorg var baseret på hans teori om operationalisme og økonomisering af "energi". Ifølge denne tilgang mente man, at den sørgendes energi var bundet til et elsket objekt, som ikke længere eksisterede - den sørgende var nødt til at frigøre denne energi for at leve videre ved at adskille, løsrive og frigøre sine følelser, minder om og forventninger til den mistede. Denne teoretiske forståelse af psyken førte til den terapeutiske tilgang katarsis - at konfrontere følelser som en nødvendighed for at løse sorg - der dominerede sorgforståelsen i årtier (Freud, 1917; Guldin, 2019; Klass & Steffen, 2018). Denne tilgang er blevet mødt med betydelig kritik. Empiriske undersøgelser af sorgarbejdshypotesen har ikke fundet bevis for, at det er nødvendigt at konfrontere sorgens følelser for at komme sig (Archer, 2008 i Guldin, 2019). Da sorgen udgør et kompleks af flere problemer, bliver denne forståelse af sorg for ensidig. Et fokus på frigørelse og adskillelse fra den afdøde gennem konfrontation med sorgens følelser har ændret sig radikalt i løbet af de sidste tre årtier.

Sorg som faser og opgaver

Fra 1960'erne udbredtes en række psykodynamisk funderede teorier om sorgens stadier og opgaver, kaldet stadieteori og opgaveteori. Stadieteorierne omfatter John Bowlbys sorgfaseteori (Bowlby, 1980), Elisabeth Kübler-Ross' fem stadier (Kübler-Ross, 2006), Johan Cullbergs fire faser (Cullberg, 2008) og James William Wordens opgavemodel (Worden, 2018). Ideerne fra Freuds model om løsrivelse og katarsis danner grundlag fase- og opgavemodellerne, som grundlæggende mener, at sorg kræver bearbejdning af følelser og en reorganisering af den relation, man løsriver sig fra. Som i stadieteorierne er opgaverne baseret på en forståelse af sorg som en indre proces, hvor den efterladte aktivt skal konfrontere og bearbejde sorgens følelser gennem en række opgaver for at løsrive sig fra og tilpasse sig livet uden den afdøde (Guldin, 2019; Mogensen & Engelbrekt, 2013; Stroebe et al., 2001).

Den nok mest betydningsfulde sorgfaseteori er Bowlbys model, som er baseret på tilknytningsteori (Bowlby, 1969; 1973; 1980). Tilknytningsteorien er stærkt empirisk funderet i observationsstudier af båndet mellem små børn og deres mødre samt mønstre i sorg. Bowlby (1980) beskrev fire faser i sorgforløbet (chok og følelsesløshed, længsel og søgen, desorganisering og reorganisering), der som en individuel proces afspejler ændringer i hverdagslivet efter tabet. Ifølge Bowlby er målet for den sørgendes arbejde en reorganisering af tilknytningen til den mistede. Det vil sige, at de indre arbejdsmodeller af selv/anden, som tabet har rystet, ændres på en måde, så den efterladte forbliver knyttet til den afdøde, samtidig med, at den efterladte begynder at vende sig mod det ændrede hverdagsliv. Bowlby videreudvikler således sorgarbejdshypotesens idé om løsrivelse, som ikke længere et endeligt mål, men noget den sørgende forholder sig til i processen med at reorganisere indre arbejdsmodeller og tilknytninger til det tabte (Bowlby, 1980).

Kritikken af fase- og opgavemodellerne er primært rettet mod den sorgforståelse, som er blevet feltets altoverskyggende arv siden Freud, nemlig kravet om konfrontation og aktiv bearbejdning/forløsning af følelser for at kunne løsrive sig fra den afdøde. Ifølge Archer (2008) har fase- og opgavemodellerne begrænset empirisk støtte (Archer, 2008), og Guldin (2010, 2019) påpeger, at der ikke er evidens for, at "konfrontation med tab gennem forløsende sorgopgaver fremmer tilpasning hos alle efterladte". Det er således et problem for sorgfeltet, at det kan diskuteres, om og hvornår "bearbejdning med henblik på løsrivelse" er befordrende for en sorgproces (Guldin, 2010; 2019).

Fase- og opgavemodeller kritiseres også for at være for skematiske i deres syn på den sørgende, for rigide i deres kliniske anbefalinger til sorgprocesser og sorgterapi, og for snævre i deres ætiologiske forståelse af komplekse sorgreaktioner. Ikke alle efterladte gennemgår stadierne og opgaverne i den angivet rækkefølge. Sorg kan ikke altid beskrives og observeres empirisk i forhold til bestemte stadier eller på baggrund af bestemte teoretiske antagelser om, at der f.eks. skal være "en bestemt accept" eller bearbejdning af tabet. Endelig tager modellerne ikke højde for kulturelle forskelle i sorg (Guldin, 2019; Klass & Steffen, 2018; Stroebe et al., 2001).

Tilknytningsteoriens betydning for forståelse af sorg

Bowlbys tilknytnings- og sorgfaseteorier (Bowlby, 1969; 1973; 1980), som beskrevet ovenfor, har haft stor indflydelse på den generelle forståelse af sorg. Ifølge Bowlby består tilknytning af menneskets tendens til at danne tætte, varige følelsesmæssige bånd til bestemte personer, som kan give beskyttelse, tryghed, trøst og ro (Bowlby, 1988; Broberg et al., 2008). Når båndet til en sådan særlig vigtig tilknytningsfigur brydes i forbindelse med et dødsfald, kan det have en stor indvirkning på den efterladte.

Bowlby understregede, at de fire stadier i hans sorgteori følger en individuel proces, hvis rækkefølge afhænger af den enkelte (Bowlby, 1980). Men for at komme godt igennem sorgen skal de indre repræsentationer af den mistede anden, den efterladte selv og båndet mellem dem, reorganiseres. Det betyder, at tilknytningen til den afdøde skal transformeres og tilpasses den nye virkelighed, hvor den mistede persons ikke længere er tilstede og eksisterer fysisk. Det er derfor ikke en løsrivelse, men en reorganisering af forholdet til den afdøde.

Tilknytningsteorien har været med til at dreje feltets forståelse i retning af at se sorg som unik i lyset af relationen til den mistede såvel som i lyset af kvaliteten af relationen, dvs. teorien bidrager til forståelsen af sorgens udtryk i forhold til betydningen af den mistede for den enkelte. På

den måde udvikler Bowlby også et særligt syn på den påvirkning, der kan være, når kvaliteten af relationen til den afdøde ikke er optimal.

Continuing Bonds: om at bevare det følelsesmæssige bånd

Den nyere forståelse af sorg følger paradigmeskiftet i Continuing Bonds (CB)-modellen (Klass et al., 1996; Klass & Steffen, 2018) og Two-Process Model of Coping with Bereavement (Stroebe & Schut, 1999). I CB-modellen ses sorg som en livslang proces, hvor forbindelsen til den mistede opretholdes og bliver en del af den efterladtes indre liv, dvs. at relationen internaliseres. Teorien blev et opgør med sorgfeltets fortolkning af Freuds idé om adskillelse fra den døde som nødvendig. Ifølge denne nyere forståelse behøver den efterladte ikke at frigøre sig, men blot omforme tilknytningen til den afdøde. Man opretholder det følelsesmæssige bånd til den, man har mistet, for at integrere det i sin personlige livsfortælling og bevidsthed og give relationen mening i sit liv. Det kan f.eks. ske gennem indre dialoger, erindringer, visualiseringer og personlige ritualer. På denne måde hjælper en levende indre forbindelse med den afdøde den pårørende med at lette sorgen og tilpasse sig tabet (Guldin, 2019).

Teorien opstod som et resultat af, at både klinikere og forskere begyndte at lægge mærke til, at efterladte, der opretholdt en indre, måske åndelig, kontakt med den mistede, ikke udviklede komplicerede sorgreaktioner. På tværs af forskningsgrupper viste en række samtidige resultater positive sammenhænge mellem at opretholde et fortsat bånd til den mistede og bedre social tilpasning til tab hos efterladte. Derfra udviklede CB-modellen sig som en modreaktion, der overvandt årtiers faglig argumentation for behovet for at løsrive sig og frigøre sig fra tilknytningen til den person, man har mistet. Teorien er inkluderende, bred og stræber ikke efter at forenkle sorgprocesser eller de specifikke måder, hvorpå folk arbejder med sorg (Klass et al., 1996; Klass & Steffen, 2018).

To årtier efter at den nye forståelse af sorg brød igennem, argumenterer Klass og Steffen (2018) i en ny publikation om retninger for fremtidig sorgforskning og intervention, for at båndet til den mistede er intersubjektivt: at sorg er en relation mellem den efterladte og den mistede, som både er til stede og fraværende. Savn og længsel er i sig selv et forhold til den, der plejede at være der. Således ses sorg som en situeret og kommunikativ aktivitet, hvor sorgterapi kan give adgang til relationens baggrundshistorie, så den sørgende kan genoprette tilknytningen og rekonstruere en "verden", hvis meningsfuldhed udfordres af sorgen. I det terapeutiske arbejde skal den efterladte skabe og integrere en afbalanceret indre repræsentation af det følelsesmæssige bånd til den mistede, hvilket kan resultere i individuelle måder at have den elskede med sig videre. Det er en klinisk opgave at vurdere, hvornår den efterladtes forhold til den mistede er passende, og hvornår det ikke er, men så længe opretholdelsen af det følelsesmæssige bånd virker hjælpsomt for den efterladte, fører til tilpasning og ikke komplicerer sorgen, er man på rette vej (Klass et al., 1996; Klass & Steffen, 2018).

Teorien har været genstand for omfattende forskning (se mere i Klass et al., 1996; Klass & Steffen 2018), og opretholdelsen af det følelsesmæssige bånd spiller utvivlsomt en vigtig rolle i sorgprocessen.

The Dual-Process-Model

Dual-Process-Model of Coping with Bereavement identificerede to kritiske processer, eller stressorer, forbundet med tab: *den tabsorienterede proces* og *den reetablerende proces*. Stroebe og Schut (1999) argumenterede for en afgørende vigtig, dynamisk og regulerende pendulering mellem de to processer. Ifølge modellen består passende, tilpasset sorghåndtering således i, at de efterladte skiftevis

og i doser konfronteres med tabets virkelighed og svære følelser, og på andre tidspunkter udskyder, undgår og distraherer sig selv fra sorgen for i stedet at koncentrere sig om opgaverne med at genetablere livet uden den mistede. På samme måde indfanger modellen patologiske måder at sørge på såsom fraværet af en balanceret vekslen mellem undgåelse og konfrontation eller ufrivillig indtrængen, som følge af et traumatisk tab, som en forstyrrelse i penduleringsprocessen (Stroebe & Schut, 1999). Ifølge Guldin (2019) understreger Dual-Process-modellen, at sorg er en individuel, dynamisk og adaptiv proces, der er i konstant bevægelse i personen og i forhold til omverdenen. Således påvirker ydre omstændigheder sorgprocessen indadtil, ligesom indre kognitive processer modulerer sorgen udadtil.

Den efterladte skal kunne veksle og fleksibelt skifte mellem de to processer, som betragtes som ligeværdige. Hvor meget der foregår i den ene proces i forhold til den anden, er individuelt og afhængigt af det konkrete tab, og denne mulighed for nuancerede, individuelle sorgforståelser er modellens store styrke. I tabsprocessen bliver de efterladte distraheret fra det reetablerende og forholder sig følelsesmæssigt og kognitivt til erkendelsen af det irreversible relationelle tab. Det kan være med reaktioner som længsel, meningsløshed, fortvivlelse, accept af endelighed og omformning af tilknytningen til og betydningen af den afdøde i den indre repræsentation. I den reetablerende proces sættes de smertefulde følelser på pause, og den efterladte forholder sig problemfokuseret til konkrete livsændringer og funktionelle aspekter af tabet, for eksempel at lære nye færdigheder i forhold til opgaver, som den mistede tidligere tog sig af, ændre roller, finde nye fortrolige efter tabet og skabe tættere bånd til andre nærtstående. Den løbende meningsskabelse omkring tabet guider den efterladte til at forstå og håndtere sorgen. Den overordnede sorgproces er rettet mod at integrere tabet i selvforståelsen, og når sorgen er kompliceret, forstås den som en mangel på svingninger mellem og aktivering af begge processer. Hvis den efterladte kun bevæger sig i den ene proces, vil noget blive forsømt i den anden proces.

Nutidige holdning: Meningsrekonstruktions- og integrationsmodeller i en sorgkontekst

Ny litteratur søger at indarbejde den idiosynkratiske karakter af sorgforståelse med vægt på de meningsskabende processer, der er forbundet med oplevelsen af sorg, og som kan lette muligheden for posttraumatisk vækst, efter at tabet er blevet integreret (Tedeshi & Calhoun, 2004). Hertil argumenterer Neimeyer (2000; 2001; 2022), med afsæt i et konstruktivistisk perspektiv, for at sorgen som proces er en aktiv rekonstruktion af mening, der er blevet udfordret af tabet. Disse modeller bruger flere narrative, rituelle og ekspressive procedurer/strategier til at fremme genfortællingen af det traumatiske tab for at fremme integrationen af den overlevendes nye identitet, hvilket samtidig tillader, at den efterladtes personlige historie kan gå videre (Neimeyer, 2022). Meaning Reconstruction Therapy for Grief er en teoretisk konsistent konstruktivistisk terapiform, der integrerer bidrag fra tilknytningsteori, continuing bonds, the dual process model og således bør betragtes som eklektisk af natur (se Neimeyer og Sands, 2022).

Alba Payàs og Adrian Chaurand (2019) har foreslået en specifik interventionsmetode i sorgrådgivning, der indebærer at lette de fortsatte bånd til den afdøde ved at favorisere aktiveringen af minder om det tabte forhold. De tager udgangspunkt i en integreret proces med rekonstruktion af mening, hvorfra en ny personlig repræsentation af verden opstår efter traumet. Modellen bygger på princippet om, at relationelle erindringer vækker mere afbalancerede og mindre stressede tilstande ved at aflede de efterladtes opmærksomhed fra påtrængende tanker relateret til omstændighederne ved døden, følelsesmæssig

følelsesløshed, somatisk aktivering og traumatiske symptomer (Boelen & Huntjens, 2008). Disse overvældende dødsrelaterede minder bør behandles gennem specifikke traumeorienterede interventioner for at øge klientens evne til selvregulering (Shear et al., 2011). For at designe den integrative model med fokus på meningsrekonstruktion trækker forfatterne på kognitive og socialkonstruktivistiske modeller, hvor den efterladte sørger mening med deres tabsoplevelse for at kunne placere den i en ny struktureret fortælling, gør verden forudsigelig og sammenhængende (Folkman, 2001; Janoff-Bulman, 2010), at rumme de nye betydninger af forandringer i deres identitet (Gillies & Neimeyer, 2006), at opleve vækst og transformation (Calhoun & Tedeschi, 2014), at opretholde en følelse af formål i livet og at tildele værdier til oplevelsen af livet efter tab (Hershberger & Walsh, 1990). Alle disse forskellige teoretiske synspunkter understøtter modellen og operationaliseres i specifikke teknikker, der er nyttige for klinikere, der søger at lette deres klienters forandringsproces med deres idiosynkratiske oplevelser.

Denne korte oversigt over den konceptuelle udvikling af sorgprocessen og dens respektive modeller er ikke en udtømmende gennemgang af alle de tilgange og forfattere, der har bidraget til udvikling på dette område, men vores valg har til hensigt at give stemme til de tilgange, der hovedsageligt understøtter den intervention, vi vil præsentere i senere afsnit.

SORG I PRAKSIS: NÅR MENNESKER RAMMES AF SORG

Efter en introduktion til tidligere og nutidige forståelser af sorg og bagvedliggende teori, bevæger vi os et skridt tættere på praksis ved at fokusere på, hvordan sorg kan manifestere sig, hvordan naturlige sorgreaktioner udfolder sig, og hvad der kan ske, når sorgreaktioner bliver komplicerede og har brug for specialiseret behandling.

Sorgomsorgsmodel - niveauer af støtte og kompetencer

Vi starter med at introducere det, der i mere uformelt sprog kaldes "sorgpyramiden" eller "sorgtrekanten" afhængigt af land. Det er en model, der illustrerer behovsbaseret, trinvis sorgomsorg, som allerede anvendes og fremmes i nogle europæiske organisationer og lande.

Modellen er inspireret af den evidensbaserede folkesundhedstilgang til sorgbehandling, som er udviklet af NICE (2022), og anvendt i forbindelse med tabskontekster af Aoun (2020) og Aoun og andre (2017; 2018; 2019). Den firedelte tilgang anerkender, at selvom sorgreaktionerne varierer fra person til person, kan man generelt forestille sig, at behovene for sorgtilbud spænder fra et behov for grundlæggende information og støtte til yderligere støtte og vejledning og til et højt niveau af specialiseret pleje. En lignende tilgang anvendes i øjeblikket af European Association for Palliative Care (Guldin et al., 2015).

Sorgorganisationen i Dublin, Irish Hospice Foundation, har gennemført en national dialog og udviklet en komplet national ramme i form af en sorgpyramide for voksne, der skitserer behov, tjenester og kompetencer. Som de siger: "Den sætter de efterladtes behov i centrum og viser den passende støtte/service og kompetence, der kræves for at imødekomme basale til komplekse sorgbehov".

Det europæiske netværk, Bereavement Network Europe, har videreudviklet arbejdet fra Irish Hospice Foundation og har tilføjet et fjerde og yderligere niveau af "samfund" til sorgpyramiden i erkendelse af vigtigheden af samfundsmæssig sorgforståelse, afstigmatisering af sorg og politisk arbejde, der skal udvikles og implementeres på sorgområdet. Bunden af pyramidemodellen identificerer vigtigheden af generel offentlig

bevidsthed, uddannelse og information om sorg, der fører til et mere medfølende samfund. For reference gå til: https://bereavement.eu/

Den firedelte, behovsbaserede model for sorgbehandling blev promoveret og anvendt som struktur for den første europæiske sorgkonference, der blev afholdt i København i 2022 af Det Nationale Sorgcenter i samarbejde med Bereavement Network Europe, Irish Hospice Foundation og Psykologisk Institut ved Aarhus Universitet. Dette i håb om, at modellen med tid kunne udvikle sig til en bredt accepteret standard af sorgbehandlere, undervisere og politiske beslutningstagere osv. for på passende vis at vurdere og imødekomme sorgbehov, tjenester og kompetencer i Europa. For reference gå til: https://egc2022.dk/

Figur 4 - *Sorgpyramiden præsenteret på EGC*



Den trinvise tilgang til konceptualisering af behov for sorghjælp giver en effektiv struktur til at organisere og præsentere information om behov for sorghjælp og ressourcer. Sorgpyramidens terminologi "alle, nogle og få" henviser også til forskningsbaserede estimater af forskellige sorgbehov. Læs mere om dette i det følgende afsnit om sorgreaktioner.

Naturlige sorgreaktioner

Sorg er en naturlig, adaptiv proces. Det er en nødvendig tilpasningsproces efter tabet af en elsket person, som man har knyttet følelsesmæssige bånd til. Empiriske undersøgelser har vist, at sorg er kompleks og kan manifestere sig i en bred vifte af følelsesmæssige, kognitive, adfærdsmæssige og fysiske reaktioner samt eksistentielle tanker. Eksempler på disse er vist i tabel 3.

Figur 5 - *Eksempler på naturlige sorgreaktioner*

Følelsesmæssige reaktioner	Fysiske reaktioner	Adfærdsmæssige reaktioner	Kognitive reaktioner	Eksistentielle aspekter
Chok Længsel Tristhed Vrede Skyldfølelse/afla stning Frygt Angst Usikkerhed Følelsesløshed	Søvnproblemer Ændring i appetit Hovedpine Ondt i maven Hjertebanken Fysisk rastløshed Træthed	Social isolation Afhængighed af andre Undgåelse Agitation Angst Hyperaktivitet Ritualisering	Vanskeligheder med at koncentrere sig Sanseforstyrrelser Forvirring Rumination Selvmordstanker	Følelser af meningsløshed Identitetstab og forvirring Isolation Oplevelse af uretfærdighed "Hvorfor mig?"

Kilde: Stroebe et al. (2001); Guldin, 2019

Umiddelbart efter et tab er det naturligt, at den akutte sorg er præget af stærke følelser, herunder længsel, sorg og savn. Samtidig kan man opleve en række andre følelser og reaktioner, som kan virke overvældende og mærkelige, men som er typiske reaktioner på tab, f.eks. angst, hjertebanken og sanseforstyrrelser. Oplevelsen af sorg ændrer sig over tid, dvs. at de smertefulde følelser og overvældende reaktioner aftager i både intensitet og varighed. De efterladte begynder at forstå (og acceptere) tabets endegyldighed og at finde sig til rette i det nye liv uden den afdøde. De efterladte finder også en meningsfuld måde at opretholde forholdet til den afdøde på. Man kan sige, at de efterladte formår at integrere tabet og den afdøde i deres liv. De fleste vil sige, at sorgen ikke forsvinder, men at den ændrer sig og bliver integreret i en persons livshistorie. Omkring 80% af efterladte oplever en sådan naturlig og helende sorgproces (Bonanno & Malgaroli, 2020; Lenferink et al., 2020; Nielsen et al., 2019).

Det er vigtigt at bemærke, at sorgprocessen udtrykkes forskelligt fra person til person. Reaktionen vil afhænge af personlighed, livshistorie, kulturel kontekst, hvem man har mistet, og hvordan man har mistet.

Sorg i den akutte fase

Tiden umiddelbart efter et dødsfald er typisk præget af intense følelser som længsel, tristhed, tomhed, håbløshed, vrede osv. Intensiteten af disse følelser kan være fremmed for både de efterladte og dem omkring dem, og derfor kan denne oplevelse føles skræmmende og ude af karakter. For nogle føles akut sorg som en voldsom og kaotisk tilstand, der måske bedst kan sammenlignes med en tilstand af chok eller krise. Sorg i den akutte fase følger ikke et bestemt mønster. Nogle vil føle sig overvældet af følelser, og andre vil være ude af stand til at føle noget som helst på grund af det ufattelige tab, de har været udsat for (Dyregrov & Dyregrov, 2009).

Umiddelbart efter et dødsfald er der ofte mange samtidige krav, opgaver og overvejelser for mennesker i sorg. Det er en tid, hvor der skal træffes mange beslutninger, og for nogle bliver det en tid, hvor forskellige følelsesmæssige reaktioner og interesser skal håndteres. Når vi som professionelle møder mennesker i den akutte sorgfase, kan de efterladte føle sig overbebyrdede og opslugte af de praktiske opgaver, som de skal håndtere.

STØTTE SNARERE END TERAPI I DEN AKUTTE FASE
Terapeutisk intervention har typisk et udviklingsmål for øje. En proces, der ofte kræver, at klienten bevæger sig ind i perifere områder af det trygge og velkendte, og hvor eksisterende forsvars- og mestringsmekanismer og forståelser bliver udfordret. I akut sorg er der brug for selvbeskyttelse for langsomt at nærme sig og tilpasse sig den ubærlige nye virkelighed. Undgåelse af dødens realitet samt passivitet i forhold til at forstå tabets endelighed er hensigtsmæssige forsvarsmekanismer i akut sorg for at forhindre, at man bliver overvældet. Derfor vil det mere konfronterende aspekt af sorgintervention ikke være hjælpsomt på dette stadie af sorgprocessen. Desuden ved vi på dette tidspunkt ikke, om den efterladte er i en naturlig sorgproces, hvilket vil være tilfældet for omkring 80% af de efterladte (Bonanno et al., 2008; Lenferink et al., 2020). For efterladte med en naturlig sorgreaktion er der evidens for vigtigheden af støtte snarere end direkte terapeutisk intervention med konfrontation og verbalisering (Guldin, 2014).

Derfor er hovedopgaven, når vi som professionelle møder efterladte i den akutte fase, at støtte snarere end at intervenere terapeutisk. Efterladte kan befinde sig i en kaotisk tilstand, hvor de føler sig ude af sig selv og i frit fald. En professionel kan her hjælpe den efterladte med at finde tilbage til et mere sikkert sted. En måde at gøre dette på er ved at tilbyde følgende (Inspireret af Dyregrov, 2011; Guldin, 2014):

1. Psykologisk førstehjælp; søvn, spisning, reduktion af yderligere stressfaktorer, hvem gør hvad osv.
2. Nysgerrig på konteksten og den sociale støtte omkring de efterladte
3. Nærvær, medfølelse og omsorg
4. At lytte - ikke handle eller reparere
5. Det psykoedukative element og normalisering af oplevelsen

Den efterladte i den akutte fase af sorgen er ofte præget af en følelse af uvirkelighed. Det er en naturlig og sund forsvarsmekanisme at kræve, at tabet og dets implikationer forstås gradvist. For mange vil det simpelthen være for overvældende, hvis alt skal tages ind på én gang, og som professionel er vi nødt til at arbejde med dette i tankerne.

I løbet af de første seks måneder efter dødsfaldet vil omfanget og intensiteten af følelser og reaktioner langsomt begynde at finde et mere naturligt niveau. Sorgen ændrer sig gradvist over tid, efterhånden som de fleste efterladte begynder at forstå og acceptere, at tabet er endeligt (Bonanno et al., 2008).

Komplicerede sorgreaktioner
Det er dog ikke alle efterladte, der oplever en helende sorgproces. Omkring 10-20% oplever det, man kan kalde komplicerede sorgreaktioner, hvor følelser og sorgreaktioner ikke aftager, men forbliver intense og invaliderende (Bonanno et al., 2008; Lenferink et al., 2020). Det er, som om den efterladte er fanget, og sorgreaktionen udvikler og ændrer sig ikke over tid. Baseret på Dual-Process Model (DPM) kan dette ses som en indikation på, at den efterladte ikke svinger mellem de to tilpasningsprocesser på en hensigtsmæssig og adaptiv måde, men primært befinder sig i en af processerne. Som følge heraf kommer sorgen ikke ind i passende doser, som ellers ville hjælpe med accept og integration af tabet, men i stedet bliver den efterladte overvældet af følelser (og derved forbliver udelukkende i den tabsorienterede proces) eller har helt lukket af for sorg og andre følelser (og derved forbliver udelukkende i den rehabiliterende proces).

En kompliceret sorgproces kan bidrage til dårlig trivsel, nedsat funktionsevne og sociale/relationelle problemer samt psykologiske lidelser som langvarig sorg, depression og PTSD (Lenferink et al., 2020; Zisook et al., 2014).

Risiko- og beskyttelsesfaktorer
Der er faktorer, som kan øge risikoen for komplicerede sorgreaktioner (Guldin, 2018; Thomas et al., 2014; (se tabel 4). For det første kan

efterladte have individuelle sårbarheder, f.eks. en usikker tilknytningsstil, psykisk sygdom, dårligt selvværd, tidligere tab eller omsorgssvigt i barndommen. Derudover kan det have betydning, om forholdet til den afdøde var konfliktfyldt eller meget afhængigt. Omstændighederne ved dødsfaldet kan også spille en rolle, for eksempel hvis tabet var pludseligt og uforudsigeligt eller traumatisk (ulykke, selvmord eller drab). Der kan også have været et langt og opslidende sygdomsforløb, hvor den efterladte f.eks. har påtaget sig et omfattende plejeansvar. Endelig er store sociale forandringer og netværksstøtte (eller mangel på samme) en vigtig faktor efter tabet (Boelen et al., 2006; Burke & Neimeyer, 2013; Larsen et al., 2018).

Figur 6 - *Eksempler på risikofaktorer for udvikling af kompliceret sorg*

Faktorer før tab	Tabsrelaterede faktorer	Faktorer efter tab
• Køn Mænd: højere risiko for selvmordsadfærd efter tab. Kvinder: højere risiko for at udvikle depression og andre psykiske sygdomme efter tab. • Alder: Yngre voksne og ældre mennesker har generelt en højere risiko. • Tidligere psykisk sygdom • Tidligere betydelige tab, traumer eller omsorgssvigt • Højt niveau af sorgsymptomer før døden • Andre samtidige tab eller stressfaktorer	• Meget nært forhold til den afdøde (f.eks. barn, ægtefælle) • Kvaliteten af forholdet: forholdet var vigtigt for den efterladtes trivsel og funktion, involverede en grad af afhængighed. • Når tabet blev oplevet som traumatisk • Selvmord, mord, ulykker • Når reaktionen på tabet var voldsom, med høj arousal, frygt eller undvigelse • Efter stor omsorgsbyrde, f.eks. over for syg partner eller forælder	• Høj sårbarhed • Mangel på self-efficacy • Høj grad af sorgsymptomer 6 måneder efter tabet • Oplevelse af manglende støtte fra andre • Følelsesmæssig ensomhed efter tabet • Andre samtidige stressende begivenheder

Kilde. Guldin (2018); Thomas et al. (2014)

Heldigvis er der også beskyttende faktorer. Forskning tyder på, at en sikker tilknytningsstil, oplevelsen af at have et støttende netværk og at opsøge og være modtagelig for støtte kan virke beskyttende (Heeke et al., 2017; Levi-Belz & Lev-Ari, 2019). Derudover viser undersøgelser, at hvis den døende og dennes familie har modtaget palliativ pleje/støtte (f.eks. på hospice), kan det virke beskyttende (Levi-Belz & Lev-Ari, 2019; Mason et al., 2020). På samme måde kan mestringsstrategier, der fokuserer på problemløsning og inkluderer aktiv planlægning af positive/afslappende aktiviteter, samt mestring med et spirituelt formål, være med til at forhindre en kompliceret sorgproces (Parro-Jiménez et al., 2021).

Sorg, der kræver specialiseret behandling

For de 10-20% af voksne efterladte, der oplever et mere kompliceret, vedvarende og invaliderende sorgforløb, er der alvorlige og langvarige negative konsekvenser for de efterladtes generelle livskvalitet, velbefindende og funktionsevne (Shear, 2015; Stroebe et al., 2007). Efterladte i denne gruppe kan have brug for psykoterapi for at fjerne blokeringen af de faktorer, der hæmmer sorgens naturlige og helende proces (Boelen et al., 2007; Shear, 2017). Prolonged grief disorder (Killikelly & Maercker, 2017) er et eksempel på en sorgreaktion, men der findes andre typer sorg, som kræver behandling. Disse omfatter lidelser som depression, angst og posttraumatisk stresslidelse. Tabet af en elsket person kan også forårsage en eksistentiel krise, der er så stærk, at

man mister modet til at leve og har brug for hjælp. For efterladte med disse sorgreaktioner synes et trygt og meningsfuldt liv at være uden for rækkevidde (Neimeyer et al., 2010). Nogle efterladte udviser uhensigtsmæssige kognitive og adfærdsmæssige mønstre, der har tendens til at fastholde den efterladte i sorgen, f.eks. i form af tanker, der konstant kredser om den afdøde, eller adfærdsmæssig undgåelse af alt, der minder den efterladte om tabets realitet (Boelen et al., 2007). Det er ikke muligt at påvise, om disse mekanismer forårsager eller opretholder en fastlåst sorgproces. Men de synes at være forbundet med følelsesmæssig overvældelse, problemer med problemløsning og med at finde mening i tabet og i livet bagefter. Som diskuteret ovenfor, er det ikke altid selve begivenheden - dødsfaldet - der afgør, om sorgen bliver behandlingskrævende.

På trods af den store diskussion i de sidste 40 år om patologisering af sorg, har WHO og APA (American Psychiatric Association) for nylig inkluderet Prolonged Grief Disorder i deres respektive ICD-11[8] og DSM-5-TR[9] diagnosemanualer som en ny klinisk tilstand (Boelen & Lenferink, 2022; Prigerson et al., 2021). Uafhængigt af diskussionen, og da denne tilstand nu er repræsenteret i de respektive lærebøger på psykologernes grunduddannelse, vil vi henvise til de respektive diagnostiske kriterier i bilag 2 samt angive kilderne til yderligere konsultation. Som tidligere nævnt fokuserer denne træningsmanual desuden mere på en forebyggende rolle for psykologer, der beskæftiger sig med komplicerede sorgreaktioner, end på en afhjælpende kontekst til behandling af denne nye tilstand, hvor specialiserede psykologer skal handle, forudsat at psykologerne allerede er fortrolige med den.

[8] https://www.psychiatry.org/patients-families/prolonged-grief-disorder

[9] https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314

4. TERAPEUTISKE OVERVEJELSER OG FORSLAG

Forskning i psykoterapi har vist, at både klienten, terapeuten, deres relation samt behandlingsmetoden og konteksten alle bidrager til en effektiv behandling (Norcross & Lambert, 2019). I dette afsnit fokuserer vi på den terapeutiske alliance mellem klienten og psykologen og på psykologens terapeutiske holdning.

Alliance

Den terapeutiske alliance består af tre dele: 1) enighed om de terapeutiske mål, 2) enighed om de terapeutiske opgaver og 3) båndet mellem klient og psykolog. Alliancen kan siges at udgøre et samarbejde, der er aktivt og konsensusbaseret (Horvath & Greenberg, 1989; Norcross & Lambert, 2019). Alliancen kan svinge inden for og mellem sessionerne i forhold til, hvad der sker i terapien. For at opretholde en alliance er det afgørende, at psykologen forholder sig positivt til klientens ærlige evaluering af alliancen og ikke reagerer defensivt på negativitet, men opfatter uenighed som en markør for, at det kan være nyttigt at tale om den terapeutiske interaktion. Både psykologen og klienten bidrager til alliancen, men evnen til at skabe en alliance er en terapeutegenskab, og de, der formår at danne bedre alliancer med deres klienter, opnår bedre resultater (Norcross, 2011; Norcross & Lambert, 2019).

Alliancen er ikke det samme som det terapeutiske forhold, selvom disse udtryk ofte bruges synonymt. Det terapeutiske forhold er også vigtigt og består af mange andre elementer, f.eks. empati, som kan bruges til at fremme og pleje alliancen. Et trygt terapeutisk forhold, eller et sikkert bånd, mellem psykolog og klient er en nødvendig betingelse for at udforske smertefulde oplevelser med henblik på at reorganisere og revidere mentale repræsentationer og lette en sorgproces (Mikulincer et al., 2013). I sorgterapi arbejder psykologen på at etablere relationen/båndet ved at være særligt opmærksom på sin rolle som tilknytningens "sikre base" og "sikre havn". Psykologen lader sine sorginterventioner være styret af klientens specifikke type tilknytningsmønster og støtter klientens affektregulering og mentalisering.

Den terapeutiske relation er ikke en terapeutisk tilgang, men et udtryk for en bestemt måde at møde og forholde sig til de efterladte på. Psykologen er interesseret i at forstå de efterladte som et oplevende, intentionelt menneske på deres egne præmisser, i at forstå det materiale, der er relateret til sorg, og i at forstå og forholde sig til det, der foregår i det terapeutiske rum, herunder psykologens egne oplevelser og reaktioner.

Relationel holdning og mentalisering

Den terapeutiske relation er et grundlæggende aspekt af enhver psykologisk intervention. Men den terapeutiske relation er særligt relevant - og kan blive særligt udfordrende - for terapeuter, der arbejder med efterladte klienter på grund af den lidelse og angst, klienterne oplever. Desuden kan det blive endnu mere kompliceret at etablere en terapeutisk relation, hvis terapeuten har en personlig historie med tab og sorg.

For at kunne udvikle og håndtere den terapeutiske relation med efterladte klienter på en hensigtsmæssig måde, bør terapeuter opdyrke en relationel holdning, der bl.a. er kendetegnet ved følgende:

- *Autenticitet* og *kongruens* i den forstand, at man er åben og dybt modtagelig for alle aspekter af egen oplevelsesstrøm i relationen med klienten;
- *Empatisk forståelse* og *sansning* af klientens indre tilstande (oplevelse);
- *Ubetinget positiv respekt* og *accept af,* hvem klienten er, og hvad han/hun oplever;
- Evne til minimalt at *kommunikere* den ovennævnte autenticitet/kongruens,

empatiske forståelse og accept til klienten (Abass & Town, 2021).

At kultivere en sådan relationel holdning kræver et passende niveau af terapeutisk mentalisering, som er grundlæggende for selv- og samregulering, og som kan defineres som evnen til at opfatte sig selv og andre som karakteriseret ved mentale tilstande, dvs. antagelser, overbevisninger, intentioner og håb (Bateman & Fonagy, 2012). Dette begreb lægger stor vægt på repræsentativiteten af affekter, endda mere end af kognitive overbevisninger, som skaber et intersubjektivt forhold (Bateman & Fonagy, 2012). Det anerkender intersubjektive transaktioner i det her og nu, der finder sted i den kliniske intervention, som det vigtigste instrument til forandring (Karterud, 2015).

Men mentalisering er måske ikke altid let for terapeuten på grund af den store sorg og følelse af skrøbelighed, som en efterladt klient kan opleve. I det omfang sidstnævnte kan blive affektivt truende for terapeuterne, kan de opleve et fald i deres mentaliseringsevner med den konsekvens, at de bedrager sig selv og distancerer sig affektivt og følelsesmæssigt. Når dette er tilfældet, kan der opstå relationelle brud, som skal repareres. For at nå dette mål bør terapeuter være særligt opmærksomme på følgende:

De bør overveje, at relationelle brud repræsenterer en væsentlig mulighed for forandring for klienten (dvs. en korrigerende følelsesmæssig oplevelse) i det omfang, terapeuten kan reparere dem tilstrækkeligt (Abbass & Town, 2021). For at dette kan ske, bør terapeuter være i stand til det:

- At anerkende, at der er sket et brud i relationen ved at være sensitiv over for brudmarkører (ved konfrontationsbrud klager klienten f.eks. over manglende fremskridt eller er devaluerende; ved tilbagetrækningsbrud er klienten f.eks. verbalt uengageret, har manglende sammenhæng mellem affektivt udtryk og narrativt indhold eller gør brug af selvværdsforstærkende operationer);
- At sideløbende fokusere på og udforske både deres egen og patientens oplevelse af bruddet (forsøge at bevæge sig fra følelsen af vrede til følelsen af skuffelse og smerte i tilfælde af konfrontationsbrud; fra følelsen af utilfredshed, afvisning og sårbarhed til selvhævdelse og selvstændighed i tilfælde af tilbagetrækningsbrud);

Ovenstående kan give klienten en korrigerende følelsesmæssig oplevelse. Men da et relationelt brud i bund og grund skyldes et sammenbrud i mentaliseringsevnen hos både klient og terapeut, er det en meget vanskelig opgave at reparere det, og det kræver, at terapeuterne genvinder et passende mentaliseringsniveau:

- I tilfælde af milde til moderate (i forhold til intensiteten af) relationelle brud betyder det, at man skal forbedre evnen til (i) at lægge mærke til brudmarkørerne i sessionens her-og-nu og (ii) at aktivere den episodiske hukommelse om tidligere relationelle brud i sessionens her-og-nu;
- I tilfælde af moderate til svære relationelle brud betyder det, at man (i) skal aktivere eksplicit refleksion under/gennem (i) klinisk rapportering og (ii) behovet for at modtage supervision.

Hvordan påvirkes vi som psykologer, når vi arbejder med de efterladte?

Som nævnt i afsnittet ovenfor kan det være særligt udfordrende at skabe og opretholde en terapeutisk relation, når man som terapeut arbejder med efterladte. Dette kommer til udtryk i nedenstående citat:

"Der er en omkostning ved at vise omsorg. Professionelle, der lytter til klienters historier om frygt, smerte og lidelse, kan føle lignende frygt, smerte og lidelse, fordi de drager omsorg. Nogle gange føler vi, at vi mister vores egen selvfølelse

*til de klienter, vi hjælper" (*Figley, 1995, p.1, oversat til dansk).

Der er en risiko ved at arbejde med klienter, hvor arbejdet betragtes som meningsfuldt, at netop *fordi* arbejdet er meningsfuldt, er det svært at lægge til side. Compassion Fatigue, et begreb fremsat af Figley i 1995, startede en bevægelse inden for psykologisk forskning, der havde til formål bedre at forstå og fremhæve den psykologiske sårbarhed hos mennesker, der tager sig af andre, som har været udsat for traumer og lidelse.

Aspektet af compassion fatigue blev særligt relevant under COVID-19-krisen, hvor fagfolk blev udsat for en enorm mængde belastende arbejde (Frenza et al..2020; Serrão et al. 2021, Gilart et al. 2021; Franza et al. 2020). Der er blevet forsket i påvirkningerne af COVID-19 på sundhedspersonale og disse studier fremhæver hvilke følelsesmæssige belastninger sundhedspersonalet har været påvirket af og belastningernes indflydelse på det professionelle arbejde. For eksempel viste en onlineundersøgelse af italiensk sundhedspersonale, at COVID-19 havde en negativ indvirkning på deres humør og livsstil, karakteriseret af højere niveauer af rastløshed, bekymring, ensomhed, negativt humør og lavere niveauer af lykke (Mansueto et al., 2021). Der er stadig sparsom litteratur om konsekvenserne af sådanne forhold for kvaliteten og effektiviteten af det professionelle arbejde, men disse indledende overvejelser tyder på, at der er behov for at overvåge sundhedspersonalets psykosociale tilstand og dens indvirkning på deres professionelle arbejde. I Spanien blev der som reaktion på dette lanceret et gratis initiativ til at lytte til og støtte sundhedspersonale (https://sanitarios.noestassolo.es/).

Et andet aspekt, der skal tages i betragtning, når man arbejder som terapeut i kølvandet på pandemien, er den rolle, som terapeuten har fået i nogle samfund. I et studie af Cipolletta et al. (2021) undersøgte forskerne, hvordan interventioner fra sundhedsprofessionelle kan hæmmes af befolkningens syn på sundhedssystemet i Italien. Konklusionen var, at terapeuter bør bruge dette aktivt, når de arbejder med efterladte under COVID-19. For eksempel ved at være opmærksom på dette som en mulig barriere for klienten i starten af terapien og adressere dette åbent og nysgerrigt.

COVID-19-pandemien har haft en dyb indvirkning på alles liv, inklusiv professionelle terapeuter. De aspekter, der præsenteres i dette afsnit, fremhæver, at det at arbejde som terapeut med personer, der har mistet under pandemien, kræver en særlig holdning og bevidsthed om at overvåge både alliancen, det terapeutiske forhold og de personlige effekter af dette arbejde. Klinisk supervision og overvågning af en passende mængde sager er vigtige aspekter i arbejdet, som kan støtte terapeuten og hjælpe ham/hende med at balancere denne rolle succesfuldt.

5. TERAPEUTISKE METODER

Som beskrevet i de foregående afsnit peger forskningen på, at en stor del af de mennesker, der mister en nærtstående, genetablerer en hverdag med støtte fra deres familie og sociale netværk, mens en mindre del af de efterladte oplever, at sorgen ikke letter med tiden, og at de har brug for professionel behandling efter tabet. For at afgøre, om klienten har en behandlingskrævende sorg og er motiveret for en terapeutisk proces, anbefales det, at der gennemføres en vurderingssamtale, inden terapien påbegyndes.

VURDERINGSSAMTALE

I vurderingssamtalen foretages en psykologisk vurdering, hvor terapeuten spørger ind til

klientens livshistorie, og klientens aktuelle symptom- og funktionsniveau vurderes ud fra de oplysninger, klienten giver, samt ud fra klientens kliniske indtryk og/eller ved brug af objektive mål (se bilag 1). Der stilles specifikke spørgsmål om, hvem man har mistet, hvilken relation man havde, sorgreaktioner, nuværende og sædvanligt funktionsniveau: funktion i hverdagen, i hjemmet, i nære relationer, i sociale aktiviteter, på uddannelse/arbejde. Se appendiks 1 for et eksempel på et vurderingsinterview og et forslag til mulige resultatmål til vurdering af sorgkomplikationer.

Vurderingssamtalen afholdes som regel tidligst fire til seks måneder efter tabet, da det kan være svært at vurdere behovet for forebyggende terapeutisk intervention inden da. Hvis den efterladte henvises umiddelbart efter tabet, kan en kriseintervention iværksættes, eller der kan henvises til kriseintervention andetsteds og behovet for sorgbehandling vurderes senere.

Som nævnt ovenfor hjælper vurderingssamtalen terapeuten med at afgøre, om en klient er i risiko for at udvikle - eller har udviklet - en kompliceret sorg og har brug for professionel sorgterapi, eller om klienten har en normal sorg, som kan støttes tilstrækkeligt gennem hjælp fra familie, netværk og eventuelt andre frivillige fællesskaber.

En litteraturgennemgang af risikofaktorer af Burke og Neimeyer (2012) fremhæver, at en individuel sorgproces påvirkes af tilgængeligheden af passende støtte i netværket. I praksis ser vi, at kvaliteten af netværksstøtten, herunder støtte fra familie eller andre betydningsfulde relationer, har en betydelig indvirkning på klientens evne til at håndtere sorgen. Nogle af faktorerne er derfor familie og netværk. Andre faktorer er omfanget af ydre forandringer i hverdagen, som også påvirker klientens sorgproces. Og endnu andre faktorer er ressourcer og sårbarhed, symptomer og personlige egenskaber hos klienten.

Følgende faktorer fra forskningen indgår i den samlede vurdering:

Risikofaktorer

I klientens historie:

- Tilknytningsproblemer både tidligt i livet og i forholdet til den afdøde
- Misbrug og omsorgssvigt
- Meget afhængigt forhold til den afdøde
- Tidligere tab

I forbindelse med sygdom/død:

- Overinvolvering gennem en lang forudgående sygdom hos den afdøde og ingen hjælp undervejs
- Mangel på forberedelsestid før døden
- Manglende støtte i netværket efter tabet
- Store ændringer i hverdagen efter tabet
- Intensitet og varighed af sorgreaktioner
- Traumatiske oplevelser og ambivalente omstændigheder

Som forklaret i afsnittet om akut sorg, kan forventede reaktioner i de første måneder efter tabet være belastende for klienten, men er ikke i sig selv tegn på sorgkomplikationer. Derfor ser vi på intensiteten og varigheden af reaktionerne.

Intensitet

Hvis sorgreaktionerne ikke aftager med tiden og er så gennemgribende, at det bliver svært at genetablere sig selv i hverdagen efter tabet, kan det tyde på kompliceret sorg seks måneder efter tabet.

> *Eksempel: En ung voksen kan have svært ved at socialisere med jævnaldrende umiddelbart efter tabet. Hvis den unge flere måneder efter tabet stadig ikke er i stand til at gå i skole eller har trukket sig helt tilbage fra socialt samvær med jævnaldrende, kan det tyde på, at der er behov for professionel hjælp.*

Varighed

Hvis intense sorgreaktioner fortsætter ud over seks måneder efter tabet, eller er vedvarende intense i mere end seks måneder, kan det indikere kompliceret sorg.

> *Eksempel: Det er almindeligt, at en efterladt regelmæssigt føler sig trist eller vred i perioden umiddelbart efter tabet og oplever søvnproblemer. Hvis den efterladte seks måneder efter tabet stadig føler sig trist eller vred flere gange om ugen og har svært ved at falde i søvn, kan det være tegn på kompliceret sorg.*

I vurderingssamtalen vil psykologen således foretage en kvalificeret vurdering af den efterladtes behov for professionel sorgterapi. Det vil klinikeren gøre ved at bruge viden om risikofaktorer, vurdere intensiteten af sorgsymptomer over tid, behovet for selvmordsvurdering og mental fleksibilitet omkring tabet samt et klinisk indtryk af klientens følelsesmæssige nød og motivation for at gå i terapi.

INTERVENTIONER TIL FOREBYGGELSE AF KOMPLICEREDE SORGREAKTIONER

I de senere år er der kommet mere viden om effektiv intervention ved komplicerede sorgreaktioner. Nyere systematiske reviews og metaanalyser har fundet støtte til psykologisk intervention for efterladte voksne med langvarige eller vedvarende sorgreaktioner (Johannsen et al., 2019; Maass et al., 2020; Wagner et al., 2020). I 2020 afsluttede DNS en gennemgang af eksisterende national og international viden fra forskning (f.eks. Johansen et al., 2019) og praksis om psykologiske interventioner til voksne med komplicerede sorgreaktioner (Larsen et al., 2020). Reviewet resulterede i flere anbefalinger og forslag til psykologiske interventioner til voksne, der lider af sorgkomplikationer. Den fandt, at sorgspecifik psykologisk behandling til voksne med komplicerede sorgreaktioner (dvs. med et højt niveau af sorgsymptomer) var indikeret. "Sorgspecifik" betød behandling, der (a) fokuserer på sorgsymptomer, (b) inkluderer psykoedukation i relation til sorg, og (c) adresserer udfordringer forbundet med tabet, såsom undgåelse, manglende accept og eksistentielle temaer. I overensstemmelse med disse anbefalinger vil denne manual præsentere en række teoretiske tilgange og metoder, der fokuserer på at reducere sorgsymptomer hos voksne efter COVID-19. Det drejer sig om en emotionsfokuseret terapitilgang, en kognitiv adfærdsterapitilgang og en eklektisk tilgang. De metoder, der præsenteres her, tager specifikt fat på aspekter som manglende accept, undgåelse og eksistentielle udfordringer i sorg. Alle metoderne er beskrevet her med henblik på individuel terapi. Den eklektiske tilgang anvendes dog også i gruppeterapi, men det ligger uden for rammerne af denne manual at udforske det yderligere.

Manualen er udviklet med det formål at forebygge komplicerede sorgreaktioner hos voksne efter COVID-19-pandemien. For at fokusere interventionen på de specifikke aspekter af sorg efter pandemien er denne manual inspireret af, hvad vi har lært om effektiv sorgterapi generelt (som beskrevet ovenfor) og den nylige kvalitative undersøgelse af Menichetti-Delor og kolleger (2021) (se afsnittet "Implikationer for intervention" på side 9). Denne undersøgelse fremhæver fire aspekter, som kan være særligt vigtige at tage op med efterladte, der har mistet under pandemien.

- For det første behovet *for at give mening* til det, der skete, for at "sætte brikkerne sammen".
- For det andet behovet for at *udtrykke følelser* som tristhed, angst, vrede, men også følelsesmæssig følelsesløshed.
- For det tredje behovet *for at sige det sidste farvel* og søge efter alternative ritualer for at lette afslutningen, for eksempel i stedet for en traditionel begravelse.
- For det fjerde behovet for at finde måder *at mindes* den afdøde på sammen med andre familiemedlemmer og at dele minder fra fortiden med dem.

EMOTIONSFOKUSERET TERAPI TIL SORG EFTER COVID-19

Emotionsfokuseret terapi (EFT) inkorporerer principper, processer og teknikker fra den erfaringsbaserede terapitradition, der omfavner arven fra Carl Rogers og Fritz Perls' humanistiske forståelse af menneskelig forandring (Elliott & Greenberg, 2021; Greenberg & Goldman, 2019). Perspektivet opfatter følelser som et fundamentalt adaptivt signalsystem, der giver mennesker vigtig information om deres behov og mål (Elliott & Greenberg, 2021). Følelser symboliseres i sidste ende med narrativ meningsskabelse i et dialektisk-konstruktivistisk idiosynkratisk syn på selvet (Greenberg et al., 1993).

EFT foreslår forskellige principper for følelsesmæssig forandring (Greenberg, 2011): Følelsesbevidsthed, følelsesudtryk, følelsesrefleksion, følelsesregulering og følelsestransformation (at ændre følelser med følelser, at ændre følelser gennem en interpersonel oplevelse), der kan defineres som produktivt følelsesarbejde. Greenberg (2002) fremhæver, "hvordan smertefulde og ubehagelige følelser kan fremme heling, da de driver klienten ind på en sund selvorganiserede bane, der når sin afslutning som en meningsfuld, følelsesmæssigt differentieret og integrativ oplevelse" (s. 10, oversat til dansk).

Sorg er en udviklingsmæssig overgang i kølvandet på død og tab, hvor narrative processer og rekonstruktion af mening spiller en vigtig rolle i helingen. Faktisk kan tab fremme personlig vækst, og det indtager en central rolle i terapeutisk forandring (Sayar & Hjeltnes, 2021). EFT hjælper klienter med produktivt at bearbejde sorg og følelsesmæssig smerte (Paivio & Pascual-Leone, 2010; Rosner et al., 2011; Sharbanee & Greenberg, 2022; Kramer & Pascual-Leone, 2015). Den mest fuldstændige form for sorg involverer at integrere de gode aspekter af forholdet for at kunne bære kærligheden til den anden efter tabet (Elliott & Greenberg, 2021).

Ifølge Larson (2020) hjælper denne tilgang til de efterladte med at forklare den "paradoksale kliniske virkelighed, at smerten ved tab faktisk hjælper med at bearbejde tabet, med andre ord, for at ændre sorg, skal du opleve sorg" (s. 246, oversat til dansk). I forlængelse heraf foreslår EFT-modellen, at "den eneste vej ud er gennem den" [smerten] (Pascual-Leone & Greenberg, 2007, s. 875, oversat til dansk), naturen og principperne bag denne empirisk understøttede tilgang matcher de efterladtes behov og faciliterer integrationen af tabet.

På trods af denne tilpasningsdygtige, men smertefulde oplevelse, kan en kompliceret sorgreaktion opstå når oplevelsen af sorg og smerte afbrydes. Klienter kan være ude af stand til at håndtere et vigtigt tab og ude af stand til at komme videre. Ofte har de brug for at lære at udtrykke uforløst vrede eller skyldfølelse for at kunne komme videre. De kan også have brug for at udvikle en stærkere følelse af sig selv, så de tror på, at de kan klare sig uden den anden person (Greenberg, 2009).

Nogle gange kan sorg blive blokeret af andre følelsesmæssige tilstande, såsom skyld (f.eks. i selvevaluerende processer), frygt eller undgåelse/blokering af følelser (f.eks. i selvafbrydende processer). Nogle gange, under sorg og sorgarbejde, er der adgang til andre følelsesmæssige kernesmerter (dvs. primære maladaptive følelser) (Sharbanee & Greenberg, 2022), der skal heles. I disse terapeutiske processer spillede den afdøde en rolle i de skematiske følelsesmæssige erindringer (f.eks. at være den eneste person, der dulmede en dyb skam), som nu kan tilgås og transformeres. Skam, frygt eller tristhed kan således tilgås og transformeres (Timulak, 2015) og hjælpe med at integrere tabet.

Selvom der er udviklet EFT-tilgange til at arbejde med sorg (se en nylig gennemgang i Sharbanee & Greenberg, 2022), er dette et specifikt innovativt og tentativt forslag, der kan tilpasses med specifikke efterladte klienter i en specifik kontekst af covid-pandemien og de følelser, den udløser.

Adgang til og symbolisering af følelser er den centrale terapeutiske proces i EFT, men vi vil adressere disse følelser med specifikke oplevelsesmæssige opgaver, der kan tilpasses specifikke klienters proces. Interventionen følger den modultilgang, der er foreslået i transdiagnostisk EFT (Timulak & Keogh, 2022), og som hjælper klinikeren med at strukturere en kort behandling af sorg i en pandemisk kontekst.

Typer af følelsesudtryk

EFT arbejder forskelligt med forskellige typer af følelser. Man skelner mellem primære adaptive, primære maladaptive, sekundære og instrumentelle følelser (Elliott & Greenberg, 2021).

1.1. Primære adaptive følelser

Primære adaptive følelser er den første reaktion på en situation og denne mobiliserer personen med handlingstendenser, der hjælper dem med at opfylde deres behov i den aktuelle situation. For eksempel tristhed ved tab, der rækker ud efter trøst, sorg, der giver slip på det, der er uigenkaldeligt tabt, ensomhed, der rækker ud efter den anden, smerte/lidelse, der udtrykker et sår eller en følelse af brud, frygt ved trussel, vrede ved krænkelse eller håbløshed, der giver slip på et behov, der ikke længere kan opfyldes (Kramer & Pascual-Leone, 2015).

Det terapeutiske mål med disse følelser er at hjælpe klienterne med at bruge den information, de kommer med, til at guide deres handlinger. Dernæst vil vi se på nogle af de mest almindelige adaptive følelser i sorgarbejde.

TRISTHED

Den vigtigste og mest dominerende følelse i sorgarbejde er tristhed/sorg over tabet (Paivio & Pascual-Leone, 2010b; Pinto et al., 2021; Rosner et al., 2011). Denne kognitive-affektive tilstand er kvalitativt forskellig fra tristhed relateret til håbløshed (oftest sekundær) eller tristhed relateret til ensomhed (primært maladaptiv), idet den i højere grad er knyttet til følelsen af tab, og det smertende objekt er tydeligere. Som vi sagde, forstås denne type tristhed som en følge af adskillelse eller tab og giver os mulighed for at uddybe dette ved at pege på årsagen til sorg (Greenberg & Paivio, 1997; Pinto et al., 2021). At bearbejde sorg og leve med tabets virkelighed er tæt forbundet med de to sekventielt ordnede handlingstendenser (Paivio & Pascual-Leone, 2010; Pascual-Leone & Greenberg, 2005). Den første tendens er at råbe om hjælp, at søge trøst og at lede efter det tabte objekt. Når råbet om hjælp ikke virker, enten på grund af en dårlig respons fra omgivelserne eller et utilstrækkeligt udtryk for det (Timulak & Keogh, 2021), eller fordi søgen efter kontakt kolliderer med fraværet af det, der er mistet. Den anden handlingstendens er at trække sig tilbage og spare energi til de svære tider, der venter forude. Det er vigtigt at forstå, at selvom det er relativt lineært i sin karakter, er det naturligt og forventeligt, at der vil være bevægelse mellem disse to tendenser, og hvad de indebærer.

I forbindelse med pandemien fremhævede Manicheti-Delor og kolleger (2021), hvordan familier havde brug for muligheden for at kunne udtrykke sorg i disse ekstraordinære sammenhænge med relationelle og følelsesmæssige barrierer og indeslutninger på grund af fysisk isolation. En undersøgelse blandt britiske efterladte under pandemien beretter om intense følelser af sorg over ikke at kunne besøge eller sige farvel til deres døende slægtning (Selman et al., 2022). Breen et al. (2021) tilføjer, at den sorg, der opstår i forbindelse med pandemitab, sandsynligvis vil forringe de efterladtes funktionsevne, især for dem, der udviser separationsbesvær og posttraumatisk stress.

VREDE

Vrede er en meget vigtig følelse i sorg, da det kan være en primær adaptiv følelse, der kan lette sorgbearbejdningen (Sayar & Hjeltness, 2021): Når den først er aktiveret, kan den fremme

selvsikkerhed og undgå de intense og modstridende følelser ved at finde en balance mellem dem.

Nogle gange tager vreden form af afvisning af den anden (Pascual-Leone & Greenberg, 2007). For eksempel kan personen bebrejde den elskede for ikke at have truffet beskyttende foranstaltninger mod COVID-19, eller bebrejde lægerne for ikke at have forsøgt nok eller ikke at have givet tilstrækkelig pleje til at forhindre tabet (Selman et al., 2022). I disse tilfælde er det almindeligt, at denne vrede er sekundær og slører andre primære følelsesmæssige oplevelser, såsom sorgen over tabet eller frygten for manglen på kontrol i lyset af døden.

Andre gange kommer vreden til udtryk som en assertiv eller beskyttende vrede før en overskridelse af grænserne. I dette tilfælde forsvarer vreden autonomien, ens egne grænser, når der har været dårlig behandling af læger eller sundhedsregler, der opleves som dybt uretfærdige. Denne vrede, der typisk primært er adaptiv, guider personen, når den bekræftes og valideres, og gør det muligt for dem at styrke selvfølelsen (Rosner et al., 2011) og opleve fordelene ved at sætte grænser og forsvare deres behov (Sayar & Hjeltness, 2021).

NOSTALGISK GLÆDE

Hvis vi nu ser på de forandringsprocesser, der er forbundet med et godt resultat i tilfælde af sorg, er det almindeligt, at patienter begynder at føle nostalgisk glæde, når de mindes deres elskede og husker meningsfulde og særlige øjeblikke, der indfanger personens og relationens unikke karakteristika. Disse følelsesmæssige udtryk for glæde har vist sig at være en prædiktor for bedring efter sorg (Bonanno & Keltner, 1997).

Denne adaptive følelse har en positiv kvalitet i forhold til tristhed, og kan almindeligvis komme til udtryk i glæde og morskab, såsom smil og latter (Sharbanee & Greenberg, 2022). Disse minder om tidligere positive oplevelser bringer en følelse af vitalitet til selvet og fejring af det tabte selv.

TAKNEMLIGHED

Følelsen af taknemmelighed er almindelig i sorgprocessen og udtrykker en påskønnelse af det gode, man har modtaget fra den afdøde. At udtrykke taknemmelighed gør det muligt at udleve forbindelsen til forholdet, at udholde båndet ved at nyde og være taknemmelig for det, man har modtaget (Sharbanee & Greenberg, 2022). Mens sorg gør det muligt at acceptere tabet, gør taknemmelighed det muligt at leve de nye former for den indre relation ved at føle, at man har indarbejdet aspekter i sig selv, som varer ved.

MEDFØLELSE

Medfølelse er en nøglefølelse i emotionelt arbejde, det er den adaptive respons på sårbarhed (Neff, 2003; Timulak, 2015). Efterladte oplever medfølelse fra andre i deres interpersonelle miljø og fra terapeuten, men i mange tilfælde kommer medfølelsen fra dem selv, når de udtrykker smertefulde følelser, som f.eks. sorg. Medfølelse kan være transformerende (Timulak, 2015) i bearbejdningen af sorgen (Harris, 2021; Sayar & Hjeltnes, 2021; Sharbanee & Greenberg, 2022). Noget forskning fremhæver selvmedlidenhed som en beskyttende faktorer i komplicerede sorgreaktioner, da den fremmer kvaliteten af det fortsatte bånd og en overordnet global funktion (Bussolari et al., 2021).

1.2. Primære maladaptive følelser

Primære maladaptive følelser beskrives som smertefulde kernefølelser, som personen har følt på en velkendt og noget rigid måde i løbet af sit liv.

Følelserne udgør en vanemæssig sårbarhed og konstruerer en forringet selvfølelse (typisk en følelse af at være utilstrækkelig eller skrøbelig).

I det terapeutiske arbejde søger vi at få adgang til, symbolisere og transformere disse typer følelser. De mest almindelige primære maladaptive følelser er skam ("jeg er ikke værdig, jeg er ikke det værd"), frygt for ikke at blive beskyttet, eller for at blive forladt ("ingen er der for mig, jeg er alene og ubeskyttet"), samt tristhed/ensomhed ("jeg længes efter kontakt, som aldrig kommer") (Timulak, 2015).

FORLADTHED/TRISTHED/ENSOMHED

I sorgarbejde dukker der nogle gange gamle smertefulde kernefølelser op, som forværres og udløses af tabet og behovet, og som kan transformeres. For eksempel kan personen have en historik af at have savnet større påskønnelse, større beskyttelse eller større hengivenhed fra den afdøde. Disse følelser af tristhed og ensomhed, der er forbundet med disse behov, har en historie, der går forud for døden, og de kan have brug for længere tids behandling.

Andre gange var den afdøde person den eneste kilde til påskønnelse, beskyttelse eller kontakt, hvilket efterlader den efterladte i dyb hjælpeløshed. I andre processer var den afdøde den eneste kilde til trøst, når personen følte sin kernesmerte, så sorgprocessen blokeres af aktiveringen af denne smerte, der ikke længere føles reguleret (Gamoneda & Jódar, 2022).

SKAM/SKYLD

Utilstrækkelighed, selvnedvurdering og skam kan opleves, når efterladte internaliserer samfundets uudtalte antagelser om sorg og savn med hensyn til, hvad der forventes af "passende" måder at udtrykke følelser på, deres varighed eller endda deres legitimitet. Hvis disse følelser varer ved, kan det føre til, at de efterladte isolerer sig og efterfølgende øger de komplicerede sorgreaktioner. Harris (2021) beskriver hvordan, at skam skaber et behov for at trække sig tilbage, hvilket bringer den proces af betydningsfuld forbindelse, der var mest nødvendig, i fare. Et andet vigtigt aspekt ved skam er den indre følelse af sikkerhed, som hæmmes og trues, når en hård selvkritik og overdreven perfektionisme fører til en følelse af ikke at være værdig, eller at man på en eller anden måde mangler noget.

I konteksten for pandemien var skam og skyld normalt til stede, fordi folk ikke kunne besøge, trøste og støtte deres døende slægtninge (Selman, et al., 2022).

FRYGT/ANGST

Frygt (relateret til nutiden) og angst (relateret til fremtiden) er udtryk for faresignaler, der fortæller os, at vi eller nogen, vi elsker, er truet (Elliott & Greenberg, 2021). Selvom COVID-19-pandemiens uvidende natur i de tidlige stadier, samt antallet af dødsfald forårsaget af sygdommen, drev disse frygtbaserede adaptive reaktioner frem, blev den generelle og vedvarende/kroniske følelse af trussel, for nogle, problematisk. Mens frygt motiverer os til at flygte fra truslen eller til at fryse for ikke at tiltrække opmærksomhed, motiverer angst os til at undgå adfærd, der er præget af bekymring. Det underliggende behov er sikkerhed, hvilket klart er i fare når tilknytningsbåndet er truet af den fysiske adskillelse ved tab. Selvom forventningsangst kan fungere beskyttende faktor, idet angsten forhindrer kontakt med smerte og lidelse, forhindrer den også en vellykket og sund følelsesmæssig bearbejdning (Timulak & Pascual-Leone, 2014), hvilket kan intensivere de komplicerede sorgreaktioner.

Tabet af en nærtstående kan opleves meningsløs og i nogle tilfælde føles som en traumatisk oplevelse (Harte et al., 2020), og hvis tabet sker i en pandemisk kontekst, kan det potentielt øge følelsen af traumatisk tab (Reitsma et al., 2021). En oplevelse af traumerelateret frygt kan udløse følelsesmæssig undgåelse og endda blokere

adgangen til de smertefulde følelser (se nedenfor, hvordan man håndterer selvforstærkende processer), hvilket kan forstyrre sorgprocessen. Disse traumatiske frygtbaserede skemaer kan opfattes som maladaptive følelser, der bør adresseres i komplicerede sorgreaktioner.

Sekundære følelser

Sekundære følelser er følelser, der i bevidstheden tilslører oplevelsen af andre primære følelser. De dækker over tidligere følelser, og personen er ikke i stand til at opfatte, hvad han eller hun primært føler og har brug for. Disse følelser valideres i terapien, men i stedet for at facilitere gennemarbejdning og italesættelse af disse følelser, søger terapeuten at uddybe dem for at få adgang til den underliggende primære følelse. Med andre ord, at facilitere oplevelsen af følelsesmæssig transformation (Elliott & Greenberg, 2021).

Håbløshed, angst, irritation, der bebrejder andre (dækker over kernesmerten) som en afvisende vrede, er almindelige sekundære følelser (Timulak, 2015). Disse sekundære emotionelle processer skal valideres og symboliseres, men også omgås for at få adgang til kernesmerten. Skyld, håbløshed, angst, mistro og konstant ruminering, en "følelse af uretfærdighed og 'meningsprotest', der stammer fra en tro på, at tingene burde have været anderledes" (Sharbanee & Greenberg, 2022, s. 5, oversat til dansk) er almindelige sekundære følelser i sorgprocessen. Disse sekundære symptomer og undgåelsesstrategierne til at håndtere dem er en meget stor kilde til ubehag, som personen er nødt til at håndtere, før han eller hun kan fordybe sig i de mere centrale følelser, der er beskrevet ovenfor (Timulak & Keogh, 2021).

Instrumentale følelser

Instrumentelle følelser udtrykkes for at opnå relationelle mål, som f.eks. tristhed, der udtrykkes for at søge trøst, eller vrede, som udtrykkes for at opnå intimidering og lydighed hos andre. Når disse følelser dukker op i den terapeutiske proces, skal terapeuten facilitere erstatning af disse udtryk gennem ærlige og direkte anmodninger om de mål, som personen forsøger at opnå (Greenberg, 2011).

Følelsesprocesser i kompliceret sorg

De forskellige symptomatiske psykologiske vanskeligheder forstås i EFT ud fra forskellige følelsesmæssige processer: manglende følelsesmæssig bevidsthed, manglende regulering, tilstedeværelse af maladaptive følelser eller utilstrækkeligt udtryk for følelser i interpersonelle sammenhænge (Greenberg, 2011). EFT skelner mellem typer af sorg baseret på den underliggende følelsesmæssige ætiologi, snarere end på udtrykket af symptomer (Sharbanee og Greenberg, 2022). I den typiske eller ukomplicerede proces er sorg således en adaptiv følelse på tabet (Sharbanee & Greenberg, 2022). Men i de komplicerede sorgreaktioner dukker der andre følelsesmæssige processer op, såsom skyld (f.eks. i selvevalueringsprocessen) eller frygt/blokerende følelser (f.eks. i selvafbrydelsesprocessen), som blokerer for den naturlige sorg. Nogle gange, under sorg- og tabsarbejde, er der andre grundlæggende følelsesmæssige smerter (dvs. maladaptive primære følelser), der dominerer, og sorgprocessen blokeres.

Ændring af følelser

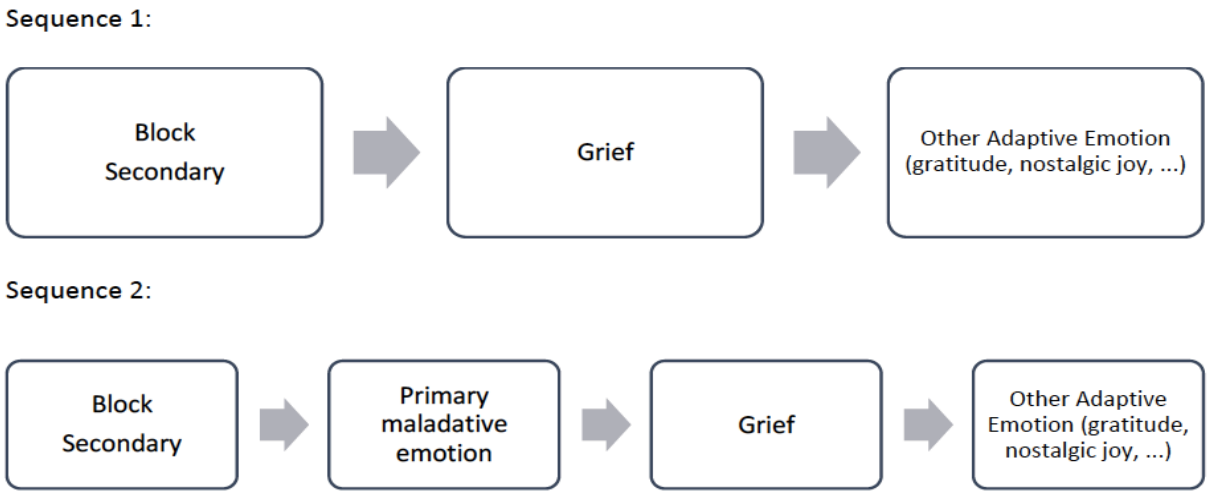
EFT foreslår forskellige principper for følelsesmæssig forandring (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2011), der er designet til at hjælpe folk med at acceptere, udtrykke, regulere, forstå og i sidste ende transformere vanskelige følelser. Et andet kendetegn ved EFT er faciliteringen af disse følelsesmæssige processer gennem opgaver, der foreslås, når en specifik problematisk tilstand viser sig hos klienten (f.eks. ville man nærme sig den selvkritiske tilstand med forslaget om dialogopgaven med to stole).

Følelsesmæssig forandring kræver både, at den primære maladaptive følelse vækkes (Warwar, 2005), og at den behandles på en produktiv måde. Produktiv bearbejdning indebærer, at klienten oplever opmærksomhed på og accept af følelsen, udtrykker den på en kongruent måde, symboliserer den med ord, og at oplevelsen differentieres, reguleres og udleves med en følelse af agency (Auszra & Greenberg, 2007). Primære adaptive følelser opleves som et resultat af denne produktive bearbejdning og transformerer tidligere maladaptive følelser gennem rekonsolidering af hukommelsen (Greenberg, 2021). Som en sidste konsolideringsproces har indkodning af følelserne til et narrativ en stærk funktion i forhold til at *skabe mening* og endeligt, at regulerer smerten og gøre den mindre desorienterende (Sharbanee & Greenberg, 2022; Kennedy-Moore & Watson, 1999).

Følelsessekvenser i kompliceret sorg

Det er vigtigt at bemærke, at selvom vi nu vil tale om sekvenser, svarer de ikke til de stadier eller opgaver, som andre sorgmodeller foreslår. Følelsesmæssige sekvenser opstår øjeblik for øjeblik i arbejdet med de forskellige opgaver i sessionen og følger et dynamisk flow af følelsesmæssig bearbejdning, der er karakteristisk for klientens oplevelse (Sharbanee & Greenberg, 2022). Disse sekvenser præsenteres på en lineær måde, fordi nogle følelser normalt går forud for og giver anledning til andre. Vi må dog ikke glemme, at det naturlige forløb af de følelsesmæssige bearbejdningssekvenser, der fremgår af klientens oplevelse, normalt forekommer på en rekursiv måde, da klienter normalt svinger mellem følelsesmæssige tilstande, og nogle gange kan skridt tilbage give mulighed for efterfølgende at tage skridt fremad (Pascual-Leone, 2009).

Vi kan fremhæve to typer sekvenser i kompliceret sorg (se figur 7): I den første sekvens består den primære proces i at overvinde den følelsesmæssige blokering og de sekundære følelser for at kunne bearbejde sorgen fuldt ud. Efter bearbejdningen og italesættelsen af sorg og differentieringen af vrede og sorg (om nødvendigt), kan andre adaptive følelser dukke op, såsom medfølelse, taknemmelighed, nostalgisk glæde. I denne første sekvens er adgangen til sorg den vigtigste forandringsproces, en proces, der er bredt observeret i klinisk erfaring ("Mange mennesker for udbytte af at sørge ved at åbne op og lade tårerne flyde" i Sharbanee & Greenberg, 2022, s. 5, oversat til dansk).



Figur 7. To følelsessekvenser i kompliceret sorgarbejde (Sharbanee & Greenberg, 2022)

I den anden sekvens får man normalt adgang til sorgen efter at have arbejdet med historiske sår (dvs. primære maladaptive følelser), hvor den afdøde spillede en rolle. I disse sekvenser er det efter validering og overvindelse af blokeringer og sekundære reaktioner nødvendigt at arbejde med kerneskam, frygtbaseret sårbarhed eller ensomhed/forladthed. Efter adgang til og symbolisering af disse primære følelser vil sorg og andre adaptive følelser sandsynligvis dukke op (Timulak, 2015), da "det er den smerte, der fremkalder medfølelsen og rummer minderne om glæde og den deraf følgende taknemmelighed" (i Sharbanee & Greenberg, 2022, s. 8, oversat til dansk).

Dvs. "produktiv bearbejdning af kompliceret sorg kræver således, at klienterne guides fra deres sekundære reaktioner til deres primære maladaptive følelser, såsom skam, uværdighed, usikkerhed og sårbarhed, og derefter videre til den fulde italesættelse af både den assertive vrede over fortidens svigt og deres sorg over tabet, og deres medfølelse og nostalgiske glæde" (i Sharbanee & Greenberg, 2022, s. 10, oversat til dansk). Fremskridt gennem denne sekvens af følelsesmæssig bearbejdning er blevet forbundet med fordybelse i sessionen (Pascual-Leone & Greenberg, 2007) og forbundet med positive kliniske resultater på tværs af flere kliniske lidelser og terapier (se Pascual-Leone & Kramer, 2019, for en gennemgang). Følelsesmæssig bearbejdning er forbundet med: a) ændring af maladaptive sorgrelaterede følelser, b) evnen til at tilpasse sig det nye liv uden den afdøde baseret på de sunde input, som deres følelser giver, og c) de overordnede symptomforbedringer i casen med det godt outcome (se den kliniske vignet i Pinheiro et al., 2021).

At arbejde med sorg inden for EFT i tider med COVID-19-pandemi

Selvom der er udviklet EFT-tilgange til at arbejde med sorg (Sharbanee & Greenberg, 2022), er vores mål her at præsentere et innovativt og foreløbigt forslag, der er tilpasset efterladte klienter i en specifik kontekst af covid-19-pandemien. Interventionen følger de moduler, der er foreslået i transdiagnostisk EFT (Timulak &

Keogh, 2022), med formål om at hjælpe klinikeren med at strukturere en kort behandling for sorg under de specifikke omstændigheder og udfordringer, der præger pandemikonteksten.

Opbygning af en produktiv arbejdsalliance: medfølelende, terapeutisk nærvær, empatisk indtoning. Disse elementer udgør de grundlæggende relationsprincipper en produktive alliance (Elliott & Greenberg, 2021).

Caseformulering af sorgprocessen i følelsesmæssige termer: guide terapien mod den centrale blokering for adaptiv sorg (Shabernee, & Greenberg, 2022, s.10). "... en uløst blokerende følelsesmæssig proces er det, der adskiller en kompliceret sorgproces fra en normal sorgproces" (s.5, oversat til dansk). At forstå den følelsesmæssige blokering og transformere den vil derfor være det afgørende punkt for case-formuleringen (se de sekvenser, der er skitseret ovenfor).

Lyt til markørerne (tegn på problematiske følelsesmæssige tilstande hos klienten):

Selvkritik: Nogle gange kan den følelsesmæssige blokering være en indre form for kritik (selvkritik). Denne selvkritik kan lægge vægt på frygten for at have smittet den afdøde, for ikke at have fjernet familiemedlemmet fra plejehjemmet, for ikke at kunne sige farvel, for ikke at kunne deltage i ritualerne osv.

Afbrydende proces: Processen med at afbryde oplevelsen gennem tanker som "det nytter ikke at føle denne smerte" eller undgå scenarier "jeg vil ikke tage hen til hans kvarter, jeg vil ikke have det dårligt, det er for meget for mig".

Markører for uafsluttede aspekter: En følelse af ufuldstændig eller undertrykt sorg eller uforløste problemer i forhold til den afdøde.

Meningsprotest: Personen sidder fast og er ude af stand til at bearbejde en oplevelse, der har brudt med grundlæggende overbevisninger.

Problematiske reaktioner: Personen forstår ikke betydningen af sine reaktioner og er forvirret over sine følelser.

Narrativt pres relateret til det traumatiske tab: Der er traumatiske elementer, som en person er nødt til at forholde sig til.

LYT TIL TEMAERNE OG FØLELSERNE: OPLEVELSEN AF SORG I COVID-19 GENNEM EFT'S OPTIK

A) DEN UKENDTE KARAKTER AF DØDSFALDET

Forskellige aspekter relateret til dødens ukendte karakter (såsom manglende evne til at afgøre betydningen af sygdomsrelaterede begivenheder, uforudsigelige symptomer, manglende klarhed over behandlingsmulighederne eller stor generel misinformation) kan udløse en masse vrede og meningsprotestmarkører (f.eks. over for lægerne og over for regeringens politikker). Dette kalder på en opgave med meningsrekostruktion, der skal hjælpe klienterne med at udtrykke specifikke omstændigheder ved deres tab og de betydninger, der er knyttet til det, få adgang til og specificere værdsatte overbevisninger, der blev krænket, og genskabe mening, når værdsatte overbevisninger bliver knust af de omstændigheder, der er involveret i tabet.

Der er meget vrede og frygt, der skal bearbejdes. Empatisk afstemning er nøglen til at hjælpe med at skelne mellem disse stærke og vigtige følelser, som kan fremstå som en kompleks blanding af frygt og vrede.

B) IKKE I STAND TIL AT SIGE FARVEL

Noget af den dybe smerte som følge af tab under COVID-19 stammer fra ikke at kunne sige farvel. Nogle klienter udviser en form for chok og frygt/angst relateret til mistro. Ikke at vide, hvordan kroppen blev begravet, eller ikke at have en erindring om kontakten med kroppen, kan udløse disse følelser, som skal symboliseres og uddybes, mens de aktiveres. Denne proces vil

fremme accepten af døden (Sayar & Hjeltnes, 2021; Sharbanee & Greenberg, 2022).

Nogle aspekter af oplevelsen er mere traumatiske og overvældende (f.eks. den pludselige død, hvor der ikke er nogen kister til rådighed). Derfor vil det være vigtigt at hjælpe folk med at genfortælle historien og samtidig fokusere og skabe rum (Elliott & Greenberg, 2021) for at hjælpe folk med at regulere underregulerede følelsesmæssige reaktioner og få adgang til oplevelsen med en følelse af agency.

C) FYSISK ISOLATION OG MANGEL PÅ STØTTE

Nogle af de mest unikke oplevelser i forbindelse med tab under COVID-19 er relateret til den fysiske isolation og manglende støtte til den efterladte. Sårbarhedsmarkører forventes (Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021), når klienter udtrykker nød over stærke negative selvrelaterede følelser (normalt med håbløshed og en følelse af isolation). Empatisk bekræftelse og medfølende selvberoligelse er tilgængelige opgaver, der kan facilitere processen.

Nogle klienter kan udtrykke smerte ved at forestille sig den fysiske isolation og mangel på støtte hos den afdøde elskede. Denne proces kan forstås som en uafsluttet sag, og stolearbejde vil hjælpe klienter med at bearbejde denne smerte (Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021).

Forståelse og fælles konstruktion af sorgens hovedelementer

Nogle gange er den afdøde knyttet til den primære maladaptive følelse, idet han eller hun var den person, der var afvisende, opgivende eller ydmygende. I andre tilfælde var den afdøde den eneste person, der var en kilde til trøst i lyset af kroniske smertefulde følelser. I dette tilfælde er sorgen kompliceret, fordi personen føler sig mere ubeskyttet i mødet med familiens egen smerte.

FACILITERING AF FØLELSESREGULERING

Det er meget vigtigt at overveje evnen til følelsesmæssig regulering, da aktivt følelsesmæssigt arbejde kun bør faciliteres, når vi ved, at personen besidder adaptive reguleringsevner. I tilfælde af stofmisbrug, selvskade eller meget skrøbelige processer er det meget relevant at arbejde med følelsesregulering på forhånd (Greenberg, 2011). Den terapeutiske alliance er det grundlæggende redskab, der vil facilitere en stigning i klientens emotionelle reguleringskompetence. Ud over relationen har vi forskellige opgaver, der fremmer følelsesmæssig regulering i forhold til specifikke problematiske tilstande:

1. Empatisk bekræftelse af sårbarhedstilstande
2. Selvberoligelse
3. At give plads

ARBEJDE MED SKYLDFØLELSE OG ANDRE ALMINDELIGE SYMPTOMER

Hvis vi ikke gennem empatisk afstemning kan overvinde sekundære følelser og blokerende processer, har vi opgaver til rådighed, som kan facilitere processen. Vi arbejder med to-stols-dialogen til arbejde med skyldfølelse og andre symptomatiske processer, som blokerer for sorgens uddybning (Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021). I denne opgave inviteres klienten til at udøve den indre stemme, der bebrejder, fremkalder angst, afbryder eller lancerer tvangstanker eller grublerier. En af styrkerne ved denne opgave er, at klienten får en oplevelse af handlekraft i processen med at generere denne symptomatologi. Ved at invitere personen til at skifte stol, kan primære maladaptive oplevelser komme frem, blive symboliseret og udtrykt. I denne proces er det meget vigtigt at udtrykke erfaringsmæssige behov til stemmen. Det muliggør en transformationsproces i den stemme, der tidligere bebrejdede, afbrød eller skræmte. Transformative

adaptive følelser kan dukke op i denne proces. EFT tilbyder forskelligt stolearbejde til hver proces:

4. Skyldfølelse: arbejde med to stole
5. Selvbekymring (angstspaltning)
6. Selvafbrydelse
7. Rumination/obsessiv proces (se Elliott et al., 2004; Elliott & Greenberg, 2021)

ARBEJDE MED PRIMÆRE FØLELSER

Stolearbejde med den betydningsfulde anden er den mest symbolske opgave for kompliceret sorgarbejde i EFT (Sharbanee & Greenberg, 2022). I en tom stol faciliteres tilstedeværelsen af den betydningsfulde anden, så klienten kan få adgang til og udtrykke de følelser, der opstår, når klienten er i kontakt med den afdøde (Elliott & Greenberg, 2021). Målet er at få adgang til og differentiere adaptive følelser, og om nødvendigt at arbejde med primære maladaptive følelser. Til dette formål, hvis det er i overensstemmelse med formuleringen af casen, foreslås det normalt, at klienten momentvis indtager den andens stol og fra denne position iscenesætter og agerer den negative anden ved at udtrykke budskab (f.eks. at udskamme eller forlade) til det oplevelsesmæssige selv i den anden stol. Når klienten skifter stol, letter dette adgangen til kroniske kernefølelser. På dette tidspunkt er det afgørende at symbolisere og udtrykke disse følelser, så de kan bearbejdes produktivt. I de senere stadier af opgaven faciliterer vi fremkomsten af adaptive følelser (Elliott & Greenberg, 2021).

KONSOLIDERING I NARRATIVER*:*

Den terapeutiske proces med at få adgang til adaptive primære følelser og transformere maladaptive primære følelser kan konsolideres til narrativer, der integrerer elementer af personlig historie, fortid og forventet fremtid, hvilket resulterer i en ny følelse af identitet (Cunha et al., 2016). Men refleksionen og den narrative rekonstruktion kræver, som tidligere nævnt, at man føler smerten ved sorgen.

Når personen føler sin primære følelse fuldt ud, er personen i stand til at formulere det behov, der er indlejret i den, og føler sig berettiget til at få dette behov opfyldt eller opdage, hvad de har længtes efter. Denne artikulering af behov giver os mulighed for at føle nye adaptive følelser, typisk medfølelse og assertiv vrede. For at sige farvel er vi nødt til at sige og føle alt det, der var uartikuleret og implicit i vores følelser. Alle betydningsfulde øjeblikke af forandring er forankret i erfaringsmæssigt levet møder med sig selv og andre, snarere end i terapeutiske kommentarer, fortolkninger eller instruktioner, selv om disse vil spille en vigtig rolle i en efterfølgende fase af konsolideringen af en ny, integreret selvfortælling (Neimeyer et al., 2009).

I processen med at konsolidere gennemarbejdningen af sorgen og konstruere nye identitetsfortællinger kan vi følge meningsrekonstruktionsopgaven (Elliott & Greenberg, 2021) og den empatiske udforskningsopgave (Elliott et al., 2004).

Afsluttende bemærkninger

Som en humanistisk, proces- og erfaringsbaseret model kræver EFT-tilgangen udvikling af et specifikt relationelt miljø, der er kendetegnet ved en terapeut, som er fuldt til stede for den anden og indstillet på den dynamiske flow-emotionelle bearbejdning, der er karakteristisk for klientens oplevelse. EFT hjælper efterladte klienter med at fjerne blokeringer og komme i kontakt med de primære følelser. I denne proces faciliterer terapeuten adgang til, symboliseringen af, italesættelse og reguleringen af klienternes kernefølelser. Nogle gange involverer denne proces transformation af kernesår som f.eks. frygt for traumer, skam eller ensomhed og forladthed. I

de fleste processer er terapeuten vidne til den ødelæggende smerte ved det uigenkaldelige tab, som døden medfører. Men terapeuter er også vidne til patienternes ressourcer, hvilket også fremkalder dybe adaptive følelser hos terapeuten: sorg og medfølelse i mødet med sårbarheden, glæde ved heling eller beundring over udfoldelsen af de ressourcer, som klienterne samler og lader sig guide tilbage til livet af.

KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI VED SORG EFTER COVID-19

Grundlæggende for den kognitive model er, at mennesker er styret af kognitive processer. En kognitiv-adfærdsmæssig konceptualisering af kompliceret sorg (CG) præsenterer tre *kerneprocesser* som afgørende for udviklingen og vedligeholdelsen af CG: a) utilstrækkelig integration af tabet i den selvbiografiske vidensbase, b) negative globale overbevisninger og fejlfortolkninger af sorgreaktioner og c) brugen af ængstelige og depressive undgåelsesstrategier (Boelen et al., 2006b). Disse tre processer er vigtige, da de hver især bidrager til de forskellige kliniske udfald, der udgør CG. En utilstrækkelig forbindelse mellem tabets virkelighed og den abstraherede selvbiografiske vidensbase antages at generere centrale CG-symptomer såsom mistro, ufrivillig erindring og søgende adfærd. Negative globale overbevisninger er forbundet med længsel, vrede, skyld og andre følelser, der er forbundet med CG, og fejlfortolkninger af sorgreaktioner skaber ubehag og frygt. Den sidste kerneproces, ængstelige og depressive undgåelsesstrategier, giver næring til følelsesløshed, løsrivelse og vanskeligheder med at forestille sig et meningsfuldt liv (Boelen et al., 2006b; 2007). Denne konceptualisering af CG tilbyder en ramme for generering af hypoteser om de mekanismer, der ligger til grund for CG, som efterfølgende kan informere en terapeutisk intervention.

Maualen vil vi bruge denne konceptualisering af CG. Derudover anvendes elementer fra den hollandske psykolog Paul Boelens forskning i kognitiv adfærdsterapi til transdiagnostisk kompliceret sorg til behandling af voksne i individuel terapi (Boelen et al., 2006b; 2007). Dette arbejde vil danne udgangspunkt for en uddybning af, hvordan CBT kan bruges til at gennemføre terapi med personer, der har mistet under COVID-19-pandemien, og hvor der er behov for at arbejde terapeutisk for at forebygge kompliceret sorg. Som det fremgår af kapitel 2 i denne manual, har de særlige omstændigheder og restriktioner omkring død og døende under COVID-19-pandemien haft stor indflydelse på oplevelsen af sorg og savn i Sydeuropa. Derfor skal en CBT-tilgang til forebyggelse af kompliceret sorg efter pandemien tage hensyn til disse specifikke aspekter af sorg relateret COVID-19-pandemien. Kognitiv adfærdsterapi eller CBT-interventioner, herunder eksponering, kognitiv omstrukturering og gradueret aktivering, har tidligere vist sig at være effektive til at lindre komplicerede sorgreaktioner i forskning udført før COVID-19-pandemien (se Johannsen et al., 2019; Bryant et al., 2017; Currier et al., 2010; Boelen et al., 2007).

Utilstrækkelig integration af tabet i den selvbiografiske vidensbase

Et centralt træk ved kompliceret sorg er, at de efterladte konstant bliver mindet om den person, de har mistet, men den absolutte adskillelse og tabets endegyldighed virker uvirkelig, og påmindelser om denne virkelighed fortsætter med at skabe intens smerte og lidelse (Boelen et al., 2006b). I CBT forklarer man dette fænomen ved at foreslå, at adskillelsen ikke er tilstrækkeligt forstået og integreret i den selvbiografiske vidensbase. Informationen om tabet er ikke blevet inkorporeret i den eksisterende hukommelse, hvilket forklarer, hvorfor den følelsesmæssige smerte ikke aftager med tiden. Når man arbejder med at forebygge udviklingen af kompliceret sorg, kan det være nyttigt at hjælpe klienter med at forstå, acceptere og integrere deres tab i deres eksisterende vidensbase og livsfortælling. Dette aspekt kan dog være særligt udfordrende for de efterladte under COVID-19. For mange efterladte var usikkerhed om begivenhederne omkring dødsfaldet et centralt træk, hvilket gjorde tabsfortællingen særlig vanskelig at forstå og indarbejde i den eksisterende viden (Boss et al., 2021). Når dødsfaldet er traumatisk, er erindringerne desuden per definition meget vanskelige at inkorporere i eksisterende selvbiografisk viden (Boelen et al., 2006b), hvilket igen gør sorg under COVID-19 i risiko for at være særlig vanskelig at bearbejde (Testoni et al., 2021).

Et centralt aspekt ved patienter, der lider af komplicerede sorgreaktioner, er brugen af undgåelse som en strategi til at holde de smertefulde følelser og tabets virkelighed på afstand. Derfor kræver behandling af dette aspekt af kompliceret sorg, at man ser tabets virkelighed i øjnene og beskæftiger sig med indre og ydre tegn på dødens virkelighed (Boelen et al., 2007). I CBT er eksponering metoden, der bruges til dette formål. Når man arbejder på at forebygge udviklingen af kompliceret sorg, kan klienter, der synes at være afhængige af at bruge undgåelse som en mestringsstrategi, drage fordel af en lignende tilgang.

Eksponering indebærer (gradvis) konfrontation med specifikke interne og eksterne tabsrelaterede stimuli såsom minder, genstande og situationer, som den efterladte har undgået (Boelen et al., 2021). Målet er at integrere tabet i den selvbiografiske hukommelse og øge sammenhængen i personens livsfortælling. Generelle eksponeringsøvelser omfatter, at den efterladte genfortæller omstændighederne ved tabet, formulerer og uddyber konsekvenserne af tabet for sig selv, fremtiden og forholdet til den afdøde, og at opleve og udtrykke den

separationsangst, der er forbundet med denne virkelighed (Boelen et al., 2021). Interventioner og metoder, der anvendes i denne fase, har til formål at hjælpe de efterladte med at forholde sig til og forstå, med både hjerne og hjerte, at den afdøde er død og ikke kommer tilbage. Målet er her at blive i stand til at acceptere tabets endelighed. I terapien er det yderst vigtigt, at psykologen er empatisk og omsorgsfuld og skaber et trygt rum, som gør det muligt for de efterladte at udforske disse smertefulde og vanskelige aspekter (Boelen et al., 2007).

AT INDLEDE INTERVENTIONEN

Eksponeringsterapi er baseret på forestillingen om, at det at undgå påmindelser om tabet er en vigtig medvirkende og vedligeholdende faktor i kompliceret sorg, og at det er vigtigt, at patienterne gradvist konfronteres med disse påmindelser og uddyber tabets konsekvenser, hvis de skal komme sig (Boelen et al., 2007). Når terapien påbegyndes, er det vigtigt at forklare dette rationale for de efterladte, så de forstår formålet med den ofte smertefulde konfrontation. I nogle CBT-sorginterventioner bliver de efterladte bedt om at fortælle historien om deres tab i de første sessioner, så terapeuten kan identificere de aspekter af tabet, som er særligt belastende. Både indre stimuli, såsom minder og tanker, og ydre stimuli, såsom steder og mennesker, som de efterladte havde tendens til at undgå, bliver identificeret.

Denne indledende fortælling af tabshistorien giver information om de tre kerneprocesser

a) utilstrækkelig integration af tabet i den selvbiografiske vidensbase
b) negative globale overbevisninger og fejlfortolkninger af sorgreaktioner
c) brugen af ængstelige og depressive undgåelsesstrategier

Det gør det muligt for terapeuten at skabe hypoteser om, hvad der er de mest kritiske aspekter i sorgprocessen, og hvad der bør være fokus i terapien (Boelen et al., 2006b, Boelen et al., 2007).

I terapien kan imaginær eksponering for relevante samtaleemner, der kan fremme accept af tabets virkelighed, omfatte:

DEN EFTERLADTES ÆNDREDE SELVBILLEDE OG IDENTITET

Samtalerne i terapien kan fokusere på, hvordan den efterladte nu ser sig selv, og hvem det "nye jeg" er. For at de efterladte kan acceptere, at der er en ny version af dem selv, skal de acceptere, at de har mistet en vigtig person i deres liv og derfor acceptere dødsfaldet. Dette kan gøres ved at udforske det ændrede selvbillede og identificere sig i forhold til roller og ansvar i familien eller i forhold til det bredere sociale netværk. Hvad betyder det at gå fra at være en del af et par til nu at være alene i en social sammenhæng? Efterladte siger ofte, at de føler, at de har mistet en del af sig selv - det kan være en hjælp at sætte ord på det og at validere oplevelsen. For personer, der har mistet under COVID-19, kan der være en oplevelse af, at pandemien havde en grundlæggende indvirkning på deres liv og identitet. Som følge af tabet af en elsket person, men herudover også på grund af andre tab, f.eks. deres job, økonomiske stabilitet, tillid til myndigheder og ændringer i sociale netværk (Kokou-Kpolou et al., 2020), hvilket øger kompleksiteten i at acceptere et ændret selvbillede.

PLANER OG FORVENTNINGER TIL FREMTIDEN

I terapien kan de efterladte reflektere over bristede drømme og planer for fremtiden, mulige ændringer i økonomiske og praktiske omstændigheder og situationer, hvor den afdøde vil være "savnet". At tale om fremtiden betyder at acceptere, at det bliver en fremtid uden den elskede, og derfor acceptere døden. Der kan også være behov for at tale om "det, vi ikke nåede at gøre", "det, vi ikke fik at vide" og/eller uløste

konflikter. I forbindelse med sorg under COVID-19-pandemien mistede mange deres afdøde uden meget varsel eller tid til at sige farvel. Dette aspekt af "uafsluttede sager" kan komplicere sorgprocessen alvorligt og give følelser af skyld for ikke at være ved den elskedes side eller vrede over at være blevet forhindret i at være det (Albuquerque et al., 2021; Cipolletta et al., 2022; Mencacci & Salvi, 2021; Testoni et al., 2021).

FORHOLD TIL DEN AFDØDE

Terapien kan handle om, hvem den afdøde var som person, hvad der savnes mest, og hvad der måske ikke savnes. Ved at tale om personen og minderne i datid konfronterer man den efterladte med at være i nutiden uden den elskede. Terapeuten kan spørge om eksempler på hverdagsøjeblikke, og hvordan den afdøde kan have en rolle i den efterladtes liv, f.eks. gennem ritualer, minder, samtaler med andre om den afdøde osv. Omstrukturering af forholdet kræver en form for accept, og det kan være svært, hvis sorgen føles tvetydig, f.eks. fordi man ikke har fået sagt farvel til sin elskede på grund af pandemirestriktioner. Dette skal anerkendes, og måske kan et ritual eller en ceremoni, der markerer dødsfaldet på dette senere tidspunkt, være en hjælp for klienten til at sige det sidste farvel (Menichetti-Delor et al., 2021).

SMERTEFULDE FØLELSER

Smertefulde følelser kan søges undgået af efterladte, der lider af kompliceret sorg, fordi de minder dem om tabet. I terapien kan samtalerne fokusere på de følelser, der plager den efterladte. Hvordan opleves de, og hvordan kan de efterladte håndtere dem? Er det muligt for den efterladte bare at "blive ved" følelserne, vente og lade dem passere? Er der følelser, som den efterladte er bange for eller måske flov over? Er følelserne knyttet til minder, frygt for fremtiden, måske eksistentielle temaer som ensomhed og meningsløshed? Undersøgelser af efterladte under COVID-19-pandemien viste, at højere niveauer af psykologisk stress som vrede, skyld og skam var sammenflettet med deres syn på pandemien (Gullo et al., 2022). Hvis de efterladte kan få en bedre forståelse af deres følelser og mulighed for at udtrykke dem, i stedet for at lukke dem ned, kan det hjælpe med at igangsætte en yderligere tilpasningsproces.

For at arbejde med eksterne stimuli, såsom at undgå fysiske steder, genstande og mennesker, kan in vivo-eksponering introduceres sammen med den imaginære eksponering gennem samtale. For de efterladte under pandemien kan det være at besøge det hospital, hvor deres nærtstående døde, eller søge viden fra hospitalspersonale, der var sammen med den afdøde i de sidste timer. Det kan være at besøge steder, der minder de efterladte om den person, de har mistet, og som de har undgået. In vivo-eksponering kan være overvældende for de efterladte, og der opfordres kraftigt til en gradueret tilgang, hvor man konfronterer de mindst bekymrende aspekter først og gradvist nærmer sig de mere bekymrende steder og genstande. Oprethold tæt kontakt og "tjek ind" løbende med klienten for at sikre, at eksponeringen ikke forårsager for meget stress (Boelen et al., 2006b). Gradvist bør eksponeringsterapien gøre det muligt for de efterladte at forstå og konfrontere tabets virkelighed og inkorporere tabet i deres livshistorie.

Negative globale overbevisninger og fejlfortolkninger af sorgreaktioner

At miste en nærtstående kan føles som at få vendt op og ned på sin forståelse af verden - verden giver ikke længere mening, og ens eksistentielle fundament er blevet rystet. Det kan skabe negative globale overbevisninger om en selv, andre og fremtiden, som anses for at være særligt kritiske i udviklingen og vedligeholdelsen af komplicerede sorgreaktioner. Når man arbejder på at forebygge udviklingen af komplicerede

sorgreaktioner, kan det være nyttigt at udforske og adressere potentielle negative overbevisninger og fejlfortolkninger. Katastrofale fejlfortolkninger af sorgreaktionerne bidrager til, at de efterladte føler tab af kontrol og angst, og som følge heraf bruger de efterladte ofte ængstelige undgåelsesstrategier for at minimere følelser og tanker om tabet. Disse to kognitive processer fremkalder igen stærke negative følelser som vrede, skyld og frygt (Boelen et al., 2006b). Under pandemien kan det have været en særlig udfordring for de efterladte at tilpasse sig negative globale overbevisninger. Mange oplevede flere tab og stressfaktorer. Ikke alene mistede de en nærtstående, de kan også have mistet deres levebrød, deres tro på myndighederne, deres sociale netværk osv. (Cipolletta et al., 2022; Gullo et al., 2022). For at tilpasse sig disse tab og hverdagen uden den afdøde er det vigtigt at arbejde på at genskabe en følelse af selvtillid og tillid til andre mennesker, livet og fremtiden ved at engagere sig i tabet og acceptere de tanker og følelser, der er forbundet med det (Boelen et al., 2006).

Ved hjælp af CBT er kognitiv omstrukturering (CR) en måde at arbejde på at genetablere den globale tillid. CR har til formål at identificere og udfordre maladaptive kognitioner, som forhindrer konfrontation med tabets virkelighed og engagement i fremtiden, og som opretholder negative følelser og uhensigtsmæssig coping-adfærd (Boelen et al., 2006b; Boelen et al., 2021). Maladaptive kognitioner omfatter negative kognitioner om selvet, livets mening og fremtiden samt katastrofale fejlfortolkninger af sorgreaktioner. Specifikt efter traumatiske tab (som mange af dem, der fandt sted under COVID-19-pandemien) udfordres ens følelse af verden som et sikkert, forudsigeligt og nogenlunde kontrollerbart sted (Boelen et al., 2021). Målet med terapien bliver at øge tilliden til den efterladtes evner til at håndtere livet og f.eks. mestre nye opgaver, som den afdøde plejede at udføre, eller etablere nye relationer. Derudover kan terapien fokusere på at opmuntre den efterladte til at søge trøst i relationer med andre, samt acceptere oplevelser af svigt og skuffelse fra venner og familie efter tabet, så disse negative oplevelser ikke skaber tilbagetrækning og social isolation. Målet med kognitiv omstrukturering er ikke at hjælpe patienterne med at tænke positivt eller overbevise dem om, at deres kognitioner er forkerte. I stedet er målet at hjælpe patienterne med at acceptere, at tabet har ødelagt nogle aspekter, som tidligere var sikre, og at det er vigtigt at ændre maladaptive overbevisninger til hjælpsomme overbevisninger, der afspejler selvtillid, tillid og håb for at kunne acceptere tabet og komme videre (Boelen et al., 2021).

I den første kerneproces blev imaginær eksponering introduceret, hvor den efterladte starter med at fortælle historien om tabet. Imaginær eksponering er også et vigtigt aspekt ved at målrette og behandle negative kognitioner. Ved at lytte til den efterladtes tabsfortælling får man vigtig information om negative kognitioner omkring den begivenhed, der førte til dødsfaldet, eller en manglende evne til at håndtere sin nye livssituation (Boelen et al., 2006b). Det kan f.eks. være en efterladts overdrevne ansvar for, at en slægtning blev ramt af COVID-19 og efterfølgende skyldfølelse for at hypotetisk set at have forårsage deres død (Boelen et al., 2021).

I terapisessioner kan den efterladte og terapeuten udforske og adressere negative kognitioner og antagelser, der bidrager til problemer med selvtillid, tillid til andre og negative syn på livet og fremtiden. Det kunne for eksempel være:

MANGEL PÅ SELVTILLID OG NEGATIVT SELVBILLEDE

Nogle efterladte tror og frygter, at de ikke vil være i stand til at håndtere deres sorg eller livet uden den afdøde. De tror ikke, at de vil kunne klare at leve videre, eller at de vil kunne være til gavn for andre. Derudover kan de kæmpe med følelser af

sorg, som er for overvældende til, at de kan håndtere dem.

MANGEL PÅ TILLID TIL ANDRE

Manglende tillid til andre kan handle om at bebrejde læger og andre i lægestanden for ikke at gøre deres arbejde godt nok under COVID-19. Det kan også handle om skuffende episoder med familiemedlemmer og netværk. Følelser af at være blevet glemt under pandemien og at deres tab ikke anerkendes af netværket, efter at restriktionerne er blevet ophævet.

MANGLENDE TRO PÅ LIVET OG HÅB FOR FREMTIDEN

Nogle efterladte synes, at livet nu er meningsløst, og at fremtiden er dyster og mørk. Pandemien kan have bragt flere stressfaktorer ind i deres liv, og det er svært at se, hvordan deres liv på nogen måde kan blive godt og meningsfuldt igen. Håb og planer for fremtiden var knyttet til livet med den afdøde, og det liv er ikke længere muligt.

I støttende samtaler kan negative tanker udfordres og ændres gennem sokratisk dialog, identifikation af negative forvrængninger og ændres til alternative, mere hjælpsomme tanker.

SOKRATISK DIALOG

Sokratisk dialog handler om at sætte spørgsmålstegn ved negative og uhensigtsmæssige tanker på en nysgerrig og undersøgende måde, der fremmer refleksion over, i hvor høj grad disse tanker er sande og hjælpsomme. For eksempel:

Spørg efter beviser, der understøtter de negative tanker

> "Hvad er det helt præcist, der får dig til at tro, at det er din skyld, at __ døde af COVID?
>
> "Du siger, at du aldrig vil blive lykkelig igen, er den tanke sand? Hvad er beviset for det?"

Spørg efter beviser, der går imod de negative tanker

> "Du taler om, at det var din skyld, at __ døde. Er der nogen beviser mod det?"
>
> "Livet har ingen mening længere. Er der noget, der kan modsige den tanke?"

Stil spørgsmål om logik

> "Du er overbevist om, at du skulle have været hos __'s, da han døde alene på hospitalet. Fortæl mig lidt om, hvordan du kunne have gjort det."
>
> "Du siger, at du ikke kan regne med nogen, men du siger også, at din søn har været der for dig hele tiden. Har jeg ret i begge dele?"

NEGATIVE FORVRÆNGNINGER

Negative kognitive forvrængninger er tankemønstre, der fastholder misforståelser og antagelser, som ikke er logiske eller hjælpsomme. I samtaler med terapeuten undersøger terapeuten og klienten sammen, om disse er til stede i klientens tankemønstre:

Overgeneralisering: at drage generelle konklusioner på et spinkelt grundlag.

> "Intet kan gøre mig lykkelig nu"

Personalisering: at forklare udfaldet af en situation ud fra ens egne fejl eller mangler.

> "Det er min skyld, hun døde"

Katastrofetænkning: Ekstrem negativ evaluering af ubehagelige situationer

> "Jeg vil bryde helt sammen, hvis jeg møder en, jeg kender"

Hvis terapeuten og klienten bliver opmærksomme på negative kognitive forvrængninger, kan disse udfordres ved hjælp af sokratiske spørgsmål (som beskrevet ovenfor). Det er vigtigt, at terapeuten fortsætter med at være undersøgende, nysgerrig og reflekterende samt støttende. Terapeuten skal vise accept af de negative kognitive forvrængninger, eftersom de er blevet udviklet som følge af en livsomvæltende oplevelse, der har vendt op og ned på tidligere visheder om livet (Boelen et al., 2006b).

IDENTIFICERING AF ALTERNATIVE TANKER

Når negative, uhensigtsmæssige tanker eller tankemønstre er blevet identificeret og diskuteret, er det næste skridt at hjælpe klienten med at finde alternative, mere hjælpsomme tanker. Det vil sige tanker, som ikke fastholder den efterladte i en stagnerende og lidende sorg, men som er mere nuancerede, og som formår at være både beskrivende for, hvordan klienten har det, men også håbefulde. Det er vigtigt, at de alternative ideer er realistiske og troværdige. Eksempler kunne være:

Før: "Jeg bliver aldrig lykkelig igen."
Alternativ: "Jeg er stadig meget ked af det, men vælger at tro på, at jeg kan blive glad igen en dag."
Før: "Jeg skulle have forhindret hans død." Alternativ: "Jeg ville ønske, at der var mere, jeg kunne have gjort."
Før: "Jeg kan ikke klare at leve uden ham."
Alternativ: "Det bliver svært at leve videre uden ham. Jeg vil gøre det bedste, jeg kan."

De alternative tanker konstrueres af klienten og terapeuten i fællesskab. Det kan være en vanskelig opgave, og det er vigtigt ikke at gå for hurtigt frem. Målet er at finde alternative tanker, der er mindre negative og mere hjælpsomme. Det er ikke et spørgsmål om bare at tænke mere positivt, det handler om at finde tanker, der er realistiske, logiske og hjælpsomme til at reducere negative følelser og give håb for fremtiden. Med øvelse lærer den efterladte at blive opmærksom på og i stand til at udfordre uhensigtsmæssige tanker og antagelser fremadrettet.

Brug af ængstelige og depressive undgåelsesstrategier

Eksponeringsprocedurer, som er introduceret i tidligere afsnit, er nyttige, så de efterladte kan engagere sig i stimuli, som gør tabet til en realitet, og derved konfrontere ængstelige undgåelsesstrategier. Når ængstelige undgåelsesstrategier manifesterer sig i et forsøg på at opretholde en uændret forbindelse til den afdøde, kan dette bringes op i samtale med terapeuten. En hypotese kunne være, at usikkerheden omkring dødsfaldet, manglen på ritualer og social støtte efter et tab under pandemien kan få det til at virke uvirkeligt og øge ængstelige undgåelsesstrategier (Fisher et al., 2022). Sammen med terapeuten kan den efterladte undersøge, hvad de kort- og langsigtede virkninger af at undgå tabet kan være for klienten. For eksempel kan den efterladte på kort sigt undgå at føle smerten, og på lang sigt kan den efterladte ikke tilpasse sig et liv uden den person, de har mistet, med alle de konsekvenser, det kan have (Boelen et al., 2006b). Langsomt, trin for trin, opfordres de efterladte til at reducere den tvangsprægede adfærd (f.eks. ikke at sove i den seng, som den afdøde mand delte). At reducere indsatsen for at opretholde et uændret forhold til den afdøde vil højst sandsynligt forårsage smerte og lidelse for de efterladte, hvilket terapeuten skal være opmærksom på og tage højde for i terapien (Boelen et al., 2006b).

For efterladte, der lider af depressiv undgåelse, opfordres der til adfærdsmæssig aktivering, der øger humøret og livskvaliteten (Boelen et al., 2021). Under pandemien forhindrede social distancering social interaktion og fritidsaktiviteter, hvilket gjorde det vanskeligt for efterladte at få adgang til social støtte, som er en vigtig moderator

for virkningen af sorg (Burke & Neimeyer, 2012; Stoebe et al., 2005). Der kan derfor være et endnu større behov for at hjælpe patienter med gradvist at øge deres engagement i sædvanlige aktiviteter, der gav glæde, mening og tilfredsstillelse, før tabet indtraf. Hvis den gensidige afhængighed af den afdøde var stærk, bør der lægges vægt på at finde nye aktiviteter og engagere sig i nye roller, der ikke er relateret til den afdøde. For at hjælpe de efterladte med at komme videre, bør de hjælpes til at blive bevidste om personlige værdier og efterfølgende mål, som de ønsker at opnå, og sætte delmål til at opnå dem (Boelen et al., 2021).

Aktiviteterne kunne omfatte:

- Social kontakt med venner og familie
- At komme tilbage på arbejde eller i uddannelse, finde frivilligt arbejde
- Sports- og fritidsaktiviteter (f.eks. klubber og foreninger)
- Hobbyer og andre interesser (f.eks. læse, lytte til musik, spille musik, gå ture osv.)

Terapeuten kan forklare, at aktivitet og humør hænger sammen. Det vil sige, at hvis man deltager i en aktivitet, som man nyder, vil man typisk føle sig bedre tilpas og i mindre dårligt humør, end hvis man ikke foretager sig noget (f.eks. bare sidder derhjemme alene). Terapeuten kan spørge, om klienten kan genkende dette fra tidligere erfaringer.

Når man taler med klienten om at deltage i aktiviteter, kan det være nyttigt at tale om nogle af de mulige forhindringer, klienten oplever ift. at deltage i hverdagen igen. Det kan være alt fra oplevelsen af manglende energi, koncentrationsproblemer, manglende lyst, bekymring for, om man kan klare det eller føler sig trist, til usikkerhed om, hvordan andre vil reagere, og frygt for at skulle tale med andre om tabet. Det kan afspejle manglende selvtillid og tillid til andre samt pessimistiske antagelser om, hvor gavnligt det vil være at deltage i aktiviteter. Livet kan have ændret sig dramatisk som følge af pandemien, og terapeuten er nødt til at opmuntre den ramte til at genoptage sit engagement i verden. Det er her, man skal vende tilbage til opgave to og fokusere på at tage en problemløsende tilgang til forhindringerne. Det kan være godt at starte i det små med overskuelige aktiviteter og så se, hvordan det går, og om det føles gavnligt. For eksempel at mødes med en ven alene, før man vender tilbage til hele bridgeklubben eller at starte på arbejdet et par dage om ugen, før man vender tilbage til en fuld arbejdsuge.

At forsøge sig med aktiviteter efter et stort tab kan opleves som udmattende, meningsløst og trivielt. Vær forstående over for dette, men prøv også at motivere klienten til at prøve aktiviteter alligevel, som en distraktion fra sorgen og tristheden, og i et forsøg på at integrere sorgen i livet fremover.

Hvis klienten har svært ved at komme i tanke om en aktivitet eller ikke helt kan overskue at skulle i gang igen, kan enkle spørgsmål som disse hjælpe:

> Hvilke interesser/hobbyer havde du, før __ døde?
>
> Hvilke aktiviteter plejede at gøre dig glad?
>
> Hvilke interesser deler du med andre i dit netværk?
>
> Hvis du ikke følte dig så trist og træt, hvad ville du så have lyst til at gøre, tror du?
>
> Er der nogen, der kan hjælpe dig med at komme i gang igen?
>
> Hvad tror du, ___ ville opmuntre dig til at gøre?

Nogle klienter tror, at de skal have det bedre og have mere energi, før de kan genoptage deres aktiviteter, men det er faktisk ofte omvendt. At begynde at gøre noget, dvs. deltage i en aktivitet,

uanset hvor lille den er, kan hjælpe dem med at få det bedre.

Strategien er som sagt at starte i det små og dermed øge chancen for, at oplevelsen af aktiviteten bliver positiv. Så styrkes klientens selvtillid og tillid til andre, og modet til at engagere sig yderligere vokser. Hvis oplevelsen ikke er positiv, kan man diskutere årsagen til dette og implementere og afprøve en anden aktivitetsøvelse.

Adfærdsaktiveringsøvelser finder sted mellem sessionerne, og det kan være nyttigt at bede klienten om at skrive ned, hvordan øvelserne er gået. Klienten kan f.eks. skrive en kort beskrivelse af aktiviteten ned, hvornår og hvor den fandt sted, hvordan det gik, og hvordan klienten havde det før, under og efter aktiviteten.

At øge sund adfærd er rettet mod alle tre kerneprocesser, da det konfronterer adskillelsens irreversibilitet, genererer oplevelser, der går imod negative globale overbevisninger, og stopper den nedadgående spiral af depressiv undgåelse (Boelen et al., 2006b).

EN EKLEKTISK TERAPEUTISK TILGANG TIL SORG EFTER COVID-19

Effektive sorgbehandlingsmetoder er typisk baseret på kognitiv adfærdsteori, men bruger ofte en eklektisk tilgang til valg af terapeutiske metoder og værktøjer (f.eks. Boelen & Smid, 2017; Bryant et al., 2017; M. K. Shear et al., 2014, 2016; Wagner et al., 2006). Disse metoder og værktøjer omfatter psykoedukation om sorg, f.eks. ved hjælp af Dual Process Model of Coping with Bereavement (DPM; Stroebe & Schut, 1999, 2010), eksponering, kognitiv omstrukturering, adfærdsaktivering, genfortælling af dødsøjeblikket og imaginær samtale med den afdøde.

Det følgende afsnit er inspireret af en terapeutisk intervention, der udføres i Det Nationale Sorgcenter (DNS). DNS har over 20 års erfaring med at udføre sorgterapi med børn og unge (op til 28 år). Centret gør brug af en integreret eklektisk psykoterapeutisk tilgang, som består af en integration af teoretiske og terapeutiske modeller, der adresserer forskellige områder af en sorgproces. I praksis bygger terapien bro mellem DPM, psykodynamiske, tilknytnings-, narrative, kognitive og eksistentielle teoretiske tilgange. Den trækker også på nøgleelementer fra mentaliseringsbaseret og emotionsfokuseret terapi og fokuserer på den terapeutiske holdning. Tilgangen gør det muligt at adressere komplekse problemstillinger og tilpasse interventionerne til klienternes individuelle behov.

Dual Process Model (DPM) udgør en hjørnesten i interventionens sorgspecifikke teoretiske fundament. Den bruges også aktivt i terapien gennem psykoedukation. Hvordan DPM bruges til at forstå den individuelle sorgproces og målrette behandlingsbehov, vil blive præsenteret i det følgende. Efter dette afsnit følger en kort introduktion til nogle af de mest centrale teoretiske tilgange.

The Dual Process Model: Sorg som en dynamisk og kompleks proces

Som nævnt ovenfor hviler det sorgspecifikke teoretiske fundament for behandling på DPM (Stroebe & Schut, 1999, 2010). I overensstemmelse med denne model, tager psykologerne udgangspunkt i, at sorg, i sin kerne, er en dynamisk og kompleks proces. Den sørgende person har brug for både tabsorienterede og genoprettende processer for at kunne tilpasse sig og integrere tabet i sit liv. Det vil sige, at den efterladte på den ene side skal konfrontere og opleve de svære smertefulde følelser, der er forbundet med tabet; lære at acceptere, at den afdøde faktisk er død; og etablere en ny og anderledes form for vedvarende bånd til den afdøde - det tabsorienterede arbejde (Stroebe & Schut, 1999). Samtidig skal de efterladte finde en måde at omfavne og tilpasse sig ændringer i hverdagen, der er forbundet med tabet. Det inkluderer blandt andet at lære nye ting, finde løsninger på praktiske udfordringer, etablere nye roller, identitet og relationer uafhængigt af den afdøde og fortsætte deres personlige udvikling - genoprettelsesarbejdet (Stroebe & Schut, 1999). DPM forklarer, at den efterladte ideelt set svinger mellem de to processer. Det giver en doseringsmekanisme, der gør det lettere at konfrontere de forskellige processer og udfordringer i håndterbare portioner, så den overordnede tilpasning kan finde sted lidt efter lidt. I løbet af terapien bliver denne vigtige proces med at tilpasse sig tabet forklaret for klienterne gennem psykoedukation. Det har en tendens til at øge klienternes forståelse af deres egne oplevelser og påpege, hvor de måske er kørt fast i sorgprocessen. Det virker også nyttigt for klienterne at lære, at sorg ikke har nogen udløbsdato, men at deres sorg vil blive mere håndterbar med tiden.

Det faktum, at sorg finder sted i en kulturel kontekst med normer og forventninger til,

hvordan man sørger, og at dette påvirker den efterladtes oplevelse, bliver også eksplicit adresseret i løbet af vores behandling. Det er klart, at klientens personlige kontekst, den efterladtes personlighed, tilknytningsmønster, mestringsstrategier, forsvarsmekanismer samt familiære og sociale omstændigheder også påvirker deres arbejde med både tabs- og genoprettelsesprocesser (Guldin, 2019).

Inden for denne forståelse af sorgprocessen arbejder psykologer fleksibelt med klienterne og bruger terapiteknikker fra forskellige terapeutiske tilgange (se detaljer i et senere afsnit) for bl.a. at fremme accept af dødsfaldet, gøre det lettere at skabe et fortsat bånd til den afdøde og samtidig hjælpe klienten med at fungere bedre i livet og etablere relationer til støttende andre med henblik på at styrke håbet for fremtiden. I det følgende vil nogle af de mest centrale psykoterapeutiske modeller kort blive præsenteret, før vi introducerer tre vigtige områder af sorgarbejdet inden for denne tilgang.

DEN PSYKODYNAMISKE MODEL

Når smertefulde oplevelser og komplekse sorgrelaterede tanker og følelser er blevet fortrængt og måske udelukket fra bevidstheden, kan det have en fastholdende kraft, som kan skabe forskellige intrapsykiske og interpersonelle problemer for de efterladte (Rubin, 1999). Terapiens opgave er at gøre det ubevidste i forbindelse med den afdøde og sorgen bevidst, så de efterladte får større indsigt og bedre kan rumme de følelser, de har undgået, og acceptere tabet. På den måde gives der plads til sorgprocessen. Dette gøres bl.a. ved at fokusere på personens objektrelationer, dvs. personens model af selv/anden, gennem opmærksomhed på overføringsoplevelsen i terapien og ved at undersøge indre konflikter og forsvar hos de efterladte (Gullestad & Killingmo, 2007; Larsen et al., 2021;).

Med hensyn til objekt-relationsperspektivet er de relationelle mønstre, som den efterladte har indgået i, og erfaringerne med betydningsfulde anden i fokus for den terapeutiske forståelse. I terapien undersøges den mening, den efterladte tillægger forholdet til den afdøde, samt de tanker og følelser, der er forbundet med tabet. Når mennesker har komplekse følelser efter et tab (f.eks. skyld, skam eller vrede), er det i den psykodynamiske model, at sorgterapien bevæger sig ud over normaliseringen af disse følelser og giver mulighed for en mere nuanceret, dybere forståelse af følelser af tab.

Når terapien indebærer at nærme sig undgåede oplevelser, tanker og følelser relateret til sorg, kan det være angstprovokerende og derfor vække forsvar. Forsvarene, såvel som de underliggende konflikter og følelser, adresseres eksplicit i terapisessionerne. Hensigten er at forsøge at løse op for disse, ofte relationelle, knuder og hjælpe de efterladte med at udvide deres bevidsthed og narrativ for at reducere behovet for forsvar (Larsen et al., 2021; Rubin, 1999). Vrede følelser rettet mod de utilstrækkelige reaktioner fra myndighederne under COVID-19 kan for eksempel blive forværret i et forsøg på at forsvare sig mod mere underliggende, langvarige følelser af magtesløshed og hjælpeløshed, der er blevet udløst.

Som et eksempel på at arbejde med overføringsoplevelser i sorgterapi, vil den psykodynamiske tilgang bruge overførings- og modoverføringsoplevelserne til at forstå klientens underliggende personlige dynamikker og udforske, hvordan de påvirker klientens reaktion (tilpasning) på tabet. For eksempel beskriver Rubin (1999) terapeutiske situationer, hvor psykologen kan opleve at være i konkurrence med en idealiseret afdød person eller kan opleve ikke at "eksistere" for klienten, hvilket kan bruges til at forstå den efterladtes mentale repræsentation af den afdøde og den afdødes funktion for klientens selvbillede - og reaktion på tabet (som for at kommunikere "min mor var perfekt, jeg kan ikke

leve uden hende, og du kan ikke hjælpe mig, fordi du ikke er perfekt").

FORSTÅELSE AF SORG UD FRA ET TILKNYTNINGSPERSPEKTIV

Voksnes tilknytningsmønstre kan defineres som kognitive, affektive og adfærdsmæssige mentale modeller, der involverer affektreguleringsstrategier, og som udfolder sig i nære intime relationer (George et al., 1996; Main et al., 2003). Det betyder, at ens barndomserfaringer med tilknytningsfigurer fører til bestemte ubevidste mønstre i ens opmærksomhed, forventninger, affektregulering og handlingsstrategier i forhold til nære andre.

Mennesker med tryg tilknytning er bedre rustet til at håndtere tab, fordi dette mønster gør dem i stand til at tolerere adskillelse. Sorgprocessen er typisk også mindre kompliceret, fordi de sandsynligvis selv kan omforme det følelsesmæssige bånd til den afdøde på en adaptiv måde. I modsætning hertil kompromitterer utryg tilknytning sorgprocessen. Det skaber problemer for den måde, hvorpå den usikre tilknytning opretholder et følelsesmæssigt bånd til den afdøde (Kosminsky, 2018; Stroebe et al., 2010). Klienter med utryg tilknytning er oftest præget af mistillid til andres intentioner, og de har et mere negativt selvbillede. De har enten et stærkt behov for bekræftelse fra andre eller er ekstremt forsigtige med at danne tætte relationer, hvilket gør det meget sværere for dem at opbygge og vedligeholde en terapeutisk relation og etablere enighed om terapiens mål og opgaver (Diener & Monroe, 2011). En forståelse af den efterladtes tilknytningsmønster bidrager således med en vigtig nøgle til, hvordan personen sandsynligvis vil reagere på terapi og terapeuten (Levy et al., 2011; Larsen et al. 2021).

I tilknytningsinformeret sorgterapi fungerer psykologen som en midlertidig tilknytningsfigur, der hjælper den efterladte med at komme overens med og tilpasse sig et stort tab. I den terapeutiske proces støttes den efterladte i at udforske, opleve og tolerere følelser af sorg og adskillelse fra den afdøde. Problemer med at mentalisere tabet adresseres, hvilket betyder evnen til at forstå sin egen og andres mentale tilstand. Terapien opfordrer til fleksibel opmærksomhed på både tabet og det liv, der venter forude, så de efterladte kan begynde at engagere sig i livet igen uden at opgive båndet til den afdøde.

Generelt tager tilknytningsbaserede tilgange til sorgterapi fat på den efterladtes livshistorie og forhold til den mistede person i en kontekst af en "sikker base og tryg havn" skabt af psykologen. Derudover tillader psykologen, at terapiprocesserne styres af klientens tilknytningsmønster/affektreguleringsstrategi og selv/andre-modeller (Bowlby, 1988; Daniel, 2015; Mikulincer & Shaver, 2013; Stroebe et al., 2010; Larsen et al., 2021).

DEN NARRATIVE MODEL

Den narrative model fokuserer på tabets indvirkning på den efterladtes identitet og selvfortælling. Narrative processer skaber en følelse af mening for den enkelte og kan dermed inddrages til at assistere tilpasningsprocessen efter tabet (Neimeyer & Milman, 2020; Sayar & Hjeltnes, 2021). Neimeyer og Hooghe (2018) påpeger, at det kan være svært at "finde mening" i et tab, især når et dødsfald sker for tidligt, eller når det er skræmmende eller voldeligt, eller hvis vores identitet og sikkerhed afhang af den afdøde - flere af disse risikofaktorer kan være relevante, hvis dødsfaldet skete under COVID-19-pandemien. Vigtigheden af at skabe mening efter et dødsfald understøttes af en undersøgelse foretaget af Menichetti-Delor et al. (2021) om behovene hos familier til COVID-19-patienter, der døde på hospitalet i Italien.

Ifølge Neimeyer og Hooghe (2018) forløber forsøget på at tilpasse sig tabet ved at bekræfte eller rekonstruere mening gennem to typer historiefortælling: for det første, de efterladtes behov for at forholde sig til selve døden og dens betydning; og for det andet, de efterladtes forsøg på at få adgang til baggrundshistorien om den efterladtes forhold til den afdøde - dette for at

afklare uafsluttede spørgsmål og (gen)skabe tryghed i tilknytningen (Neimeyer & Hooghe, 2018).

Gennem historiefortælling konstruerer vi vores identitet ved at integrere dele af os selv sammen til en meningsfuld helhed, der definerer, hvem vi er, hvem vi var, og hvem vi ønsker at blive. Fortælleren knytter mening til delelementer og knytter dem sammen til et plot, men eksistentielle kriser, tab eller traumatiske begivenheder kan føre til narrative sammenbrud, som når man mister en elsket under COVID-19 (Riber & Lindvig, 2011; White, 2004). I relation til sorg kan tabets betydning og den måde, en identitet eller selvfortælling er blevet påvirket af dødsfaldet på, udforskes gennem en række spørgsmål, der kan tages op igen mange gange i en sorgproces for at integrere tabsoplevelsen i en sammenhængende fortælling: *Hvordan har du det nu? Kan du fortælle mig om, hvornår din partner døde? Kan du fortælle mig om din partners livshistorie? Hvad er det, du har mistet? Hvem er du nu? Hvad har du brug for at holde fast i? Er der kommet noget godt ud af denne oplevelse for dig? Hvordan ser den fremtid ud, som du ønsker dig?* (Kosminsky & Jordan, 2016; Neimeyer, 2012).

Specifikke mål for terapien

Baseret på den tidligere gennemgang af det teoretiske grundlag for sorgterapi kan vi definere konkrete overordnede mål for den eklektiske sorgintervention.

Målene med terapien er at skabe:

- En bedre regulering af følelser og en bedre mentalisering
- Bevidsthed om og evne til at beskrive følelser, tanker og handlinger
- Emotionel coping - evnen til at reagere på stærke følelser på adaptive måder.
- Fleksibel vekslen mellem den tabsorienterede og den restitutionsorienterede mestringsproces
- Evne til at udforske og acceptere dødens realitet
- En sammenhængende fortælling om tab og selv/identitet
- En reorganisering af tilknytning - Continuing Bond
- Bedre relationer/relationelle færdigheder

Nu vender vi os mod tre eksempler, som introducerer mere praktiske måder at arbejde på i terapi.

Brevskrivning som metode i sorgterapi

Siden 1980'erne er såkaldt ekspressiv skrivning blevet brugt og undersøgt som en metode til at bearbejde stressende og traumatiske oplevelser (se Pennebaker et al., 1988, 1990). Det har vist sig at have en positiv effekt på både fysisk og psykisk velbefindende (Frattaroli, 2006), blandt andet på grund af øget indsigt (Pennebaker, 1997), konfrontation med det, man ellers har forsøgt at undgå (Frattaroli, 2006; van der Houwen et al., 2010), og øget følelsesmæssig accept af det, der er sket (Baum & Rude, 2013). Arbejdet med ekspressiv skrivning er forløberen for brevskrivning i sorgterapi og involverer beskrivelse af dybe følelser og tanker forbundet med en stressende eller traumatisk oplevelse og en vigtig persons død.

Brevskrivning som metode giver en enkel og let anvendelig ramme for sorgarbejde. Det er en måde at strukturere det terapeutiske arbejde på, som involverer hjemmearbejde, dvs. fordybelse mellem sessionerne, og en metode, som giver klienten en følelse af kontrol over terapiens fokus, da de bestemmer indholdet af brevene. Det er også en fleksibel metode, som gennem brevenes specifikke fokus tilpasses den enkeltes terapeutiske behov.

Opgaven med at sidde hjemme og reflektere over oplevelser, tanker og følelser omkring et tema og skulle formulere et brev om det, kan hjælpe

klienten til at arbejde med at strukturere oplevelser og følelser, der ellers har virket kaotiske og uorganiserede. Traumatiske oplevelser fra den elskedes sidste tid kan brydes ned og bearbejdes i små, mindre overvældende portioner ved at lade klienten skrive en række breve om forskellige temaer. Brevene gør det muligt at bearbejde individuelle oplevelser og mindre bidder i stedet for at skulle forholde sig til hele tabshistorien på én gang. Over tid kan dette fokus på delelementerne i oplevelserne hjælpe med at skabe et bedre overblik for klienten og støtte følelsen af accept af tabet samt kontrol over deres egen historie.

Rammerne for brevskrivning

Brevene skrives til den person, klienten har mistet, eller til andre vigtige personer, hvis det er relevant. Det er ikke vigtigt, hvor lange brevene er, men at de er personlige, relevante og meningsfulde for klienten. Terapeuten kan forklare, at brevskrivning bruges som et redskab til at bearbejde oplevelser med tab og sorg og til at fremkalde følelser og tanker, der er forbundet med at have mistet en vigtig person i sit liv og den sorg, der følger med. Terapeuten kan forklare, at breve kan hjælpe med at skabe større klarhed og perspektiv i situationer, der har været overvældende, forvirrende og traumatiske. De kan også hjælpe med at adskille de ofte sammenfiltrede følelser i sorgen.

Brevet læses op i sessionen, og efterfølgende udvikler der sig en dialog mellem klienten og terapeuten, hvor terapeuten kommenterer, undersøger og stiller spørgsmål til det, klienten har sagt. Terapeuten fremhæver de dele af brevet, som virkede særligt vigtige. Terapeuten kan tale om og spejle klientens følelsesmæssige og kropslige reaktioner under oplæsningen og i den efterfølgende dialog. Det er her, i samtalen mellem klienten og terapeuten, at det kliniske sorgarbejde udfolder sig. I slutningen af dialogen beslutter terapeut og klient i fællesskab fokus for det næste brev, et fokus, der ofte aftales i form af en overskrift for brevet til næste session.

Overvejelser ved brug af brevskrivning i en klinisk kontekst

Ekspressiv skrivning kan lette både processen og resultaterne af psykoterapi, som diskuteret ovenfor. Det giver klienterne mulighed for at arbejde privat og kontrollere deres egen interventionsdosis. Det er billigt og nemt at implementere. Desuden har ekspressiv skriveintervention vist sig at være lettere at gennemføre og mere tålelig i en række vanskelige situationer, som det f.eks. ses i WET-programmet for personer med PTSD (Sloan et al., 2021), i brugen af historiefortælling hos nyligt efterladte omsorgsgivere (Barnato et al., 2017), hos efterladte efter narkotikarelaterede dødsfald, der reagerer på skriveprompts (Thatcher, 2021), og det korte "Writing for Recovery"-program, der blev testet hos efterladte afghanske unge flygtninge (Kalantari et al., 2012). Endelig, selvom det ikke er testet ekspressivt, vurderes det på baggrund af den gentagne brug på tværs af effektive behandlinger af PGD muligt at bruge ekspressiv skrivning i form af breve i forbindelse med sorgterapi (f.eks. Boelen et al., 2013; Bryant et al., 2017).

Men at bruge brevskrivning som et klinisk værktøj har også sine begrænsninger. For eksempel kan ekspressiv skrivning resultere i umiddelbar stress og ubehag (Smyth, 1998). Derfor kan nogle klienter vælge at stoppe og ikke fuldføre brevopgaven, hvis de overskrider deres tolerance for følelsesmæssig stress. Nogle klienter kan have svært ved at forstå værdien af at skrive breve til den afdøde om oprivende oplevelser. Her kan det være nyttigt at gennemgå nogle af de potentielle fordele, der er diskuteret ovenfor i dette afsnit.

Praktiske overvejelser bør også tages i betragtning, når man skal afgøre, om brevskrivning kan være et godt værktøj at bruge med en bestemt klient. For eksempel kan klienter med indlæringsvanskeligheder, kognitive eller fysiske handicap eller læse- og skrivevanskeligheder have svært ved at skrive breve og mangle motivation for at deltage i skriveaktiviteter. Klienter, der kæmper med begrænset selvbevidsthed, og for hvem det er svært at reflektere over oplevelser, har måske heller ikke gavn af skriveopgaverne beskrevet i denne artikel, og det kan være bedst at fokusere på at udforske klinisk materiale gennem traditionel samtale i sessionen. Endelig kan klienten i nogle situationer mangle tid, privatliv derhjemme eller motivation til at udføre hjemmeopgaver. Hvis terapeuten ikke er i stand til at hjælpe klienten med at løse disse problemer, er brevskrivningsopgaver ikke gennemførlige (Larsen, 2022).

Tidslinje

En anden metode, der bruges i DNS, er udarbejdelse af en tidslinje over vigtige begivenheder i sygdomsforløbet eller omkring dødsfaldet. Dette bruges ofte som en ramme for brevskrivning og vil blive præsenteret i det følgende afsnit.

I terapien er det et godt udgangspunkt for klienten at udfylde en tidslinje for at få et overblik over begivenhederne omkring tabet og sygdommen, hvis det er relevant. Dette kan gøres i starten af terapien eller senere i behandlingsforløbet, hvor der kan være behov for et større overblik over, hvad der er sket. Som nævnt var sorg under COVID-19 kendetegnet ved en følelse af forvirring, løsrivelse og usikkerhed (Cipolletta et al., 2022; Freeston et al., 2020; Mortazavi et al., 2021). At lave en tidslinje kan hjælpe med at skabe et overblik over, hvad man ved, og hvad der stadig er usikkert. Dette vil give de efterladte en stærkere fortælling over, hvad der skete, og hjælpe med den rationelle accept af tabet. Tidslinjen bruges desuden til at beslutte, hvilke breve klienten skal skrive, da begivenheder, der fremhæves på tidslinjen, indikerer særligt vanskelige episoder, som i øjeblikket komplicerer sorgprocessen. Tidslinjen bruges fleksibelt og i overensstemmelse med den efterladtes behov.

For nogle klienter var deres opvækst og liv op til tabet præget af sygdom, familiemæssige og/eller personlige belastninger, hvilket betød, at minderne kunne være fragmentariske og usammenhængende, og selve identitetsfølelsen blev oplevet som usikker. Under COVID-19-pandemien er aspekter og begivenheder omkring dødsfaldet måske ikke kendte, og håndtering af denne "uvished" er en vigtig del af at acceptere dødsfaldet (Cipolletta et al., 2022.) Ved at åbne op for en dialog om tiden op til den elskedes død eller selve dødsfaldet, kan der dukke nye minder eller detaljer op. De efterladte kan også opfordres til at tale med nogen tæt på dem eller søge viden fra sundhedspersonale på det hospital eller

plejehjem, hvor deres elskede døde under pandemien, for at hjælpe dem med at skabe en mere sammenhængende fortælling. Tidslinjen giver de efterladte mulighed for at sætte ord på, reflektere over og genoverveje oplevelser, følelser og handlinger, som kan give nye indsigter og forklaringer på deres egne handlinger og reaktioner indtil nu.

Med et bedre overblik kommer muligheden for at kunne integrere en mere komplet repræsentation af, hvad der skete, mens en forælder var alvorligt syg eller (pludselig) døde. Det er vigtigt, at personen fokuserer på sine egne oplevelser af den afdødes sygdom, når man arbejder med tidslinjen, i stedet for at fokusere på, hvad den syge gennemgik. For mange har det været naturligt at være mere opmærksom på, hvordan den syge havde det, end hvordan de selv havde det.

Tidslinjen laves i den enkeltes notesbog eller på et stykke papir. Den kan udformes på forskellige måder. Nogle laver en tidslinje som en streg eller en illustration. Andre skriver punkter eller laver en liste. Deltagerne bestemmer selv formen, men bliver vejledt i, at tidslinjen kan indeholde specifikke begivenheder og deres betydning for personen. For eksempel kan man skrive konkrete begivenheder på den ene side af linjen og betydningen af begivenhederne på den anden side af linjen. Du kan også vælge at skrive konkrete begivenheder på den ene side og på den anden side en beskrivelse af, hvad der skete i dit liv i den periode, f.eks. hvem der var de vigtigste personer i deres liv gennem social isolation, hvornår de begyndte at vende tilbage til livet igen efter pandemien osv.

Efter udarbejdelse af tidslinjen, evt. som en hjemmeopgave, taler klienten tidslinjen igennem med terapeuten. Først taler klienten om baggrunden for udvælgelsen af punkterne, og hvordan det har været at udarbejde tidslinjen. Det kan være øjenåbnende at genkalde sig omstændighederne omkring en nærtstående død, og det kan reaktivere følelser relateret til perioden med sygdom og følelser op til og omkring dødsfaldet.

Efterfølgende arbejdes der mere i dybden med klientens punkter på tidslinjen. Det er vigtigt at holde fokus på klientens egen oplevelse af de stressende omstændigheder. Der kan være traumatiske oplevelser, som klienten ikke har bearbejdet, alvorlige følelser af magtesløshed og utilstrækkelighed over ikke at kunne gøre noget, da den elskede blev syg, eller en følelse af skyld over ikke at være til stede, da deres elskede døde alene på hospitalet (Cipolletta et al., 2022; Testoni et al., 2021).

At arbejde med tidslinjen behøver ikke nødvendigvis at ske i kronologisk rækkefølge. Der kan være punkter, som har en særlig vægt, og som forhindrer den efterladte i at føle vigtigheden af andre punkter. Man bør derfor overveje, om det ville være mere hensigtsmæssigt at starte med det, som klienten synes er sværest, og så arbejde videre med de andre punkter derfra.

Brug af fotos

En anden tilgang til at arbejde med at acceptere tabets realitet er at arbejde med fotos af den afdøde i terapien. Til at begynde med introducerer klienten den person, de har mistet, ved at vise og tale om et foto af personen til terapeuten. Den afdøde er omdrejningspunktet for det terapeutiske arbejde, så det giver mening at "invitere" dem ind i det terapeutiske rum og være visuelt til stede gennem fotos. I forbindelse med brevskrivning instrueres klienten i at se på billedet af den afdøde, før brevet skrives og læses. Formålet med at se på fotos er blandt andet at skabe en følelse af at være "tættere på" og mere forbundet med den afdøde person. At arbejde med fotos kan desuden være med til at stimulere følelser, tanker og minder, som er vigtige for det terapeutiske arbejde.

Nogle klienter nyder at se på fotos og kan opleve gode minder og positive følelser relateret til den afdøde ved at relatere fra fotos. Andre har svært ved at se på billeder af deres afdøde kære. De synes, det er svært at konfrontere døden og de følelser, der følger med. Når de ser på et foto af den person, der er død, er de nødt til at se tabet i øjnene, og de føler betydningen af, at den afdøde nu kun er på et billede og ikke længere en fysisk realitet. Her kan man opmuntre klienten til først at se kort på billedet, og derefter kan terapeuten hjælpe med en gradvis eksponering og tilvænning af de smertefulde følelser, som klienten kommer i kontakt med. Nogle mennesker taler i nutid, når de ser på billedet og taler om deres afdøde kære. Her kan terapeuten guide ved at sige "var" i stedet for "er". Det opleves ofte som en konfrontation med en virkelighed, som klienten modsætter sig, men det kan være en hjælp til at anerkende tabet.

BRUG AF FOTOS I KLINISK PRAKSIS

Arbejdet med fotos sigter mod at gøre det muligt for klienterne at se på fotos over tid, så de i højere grad bliver en kilde til glæde og samhørighed frem for en kilde til fortvivlelse og ensidig påmindelse om alt det, der er gået tabt.

Nu vender vi os mod tre almindelige aspekter i sorgterapi og giver eksempler på, hvordan arbejdet med brevskrivning kan bruges som en metode i terapeutiske sammenhænge, når man arbejder med sørgende mennesker.

ACCEPT

Undgåelse er ofte til stede i både naturlige og problematiske sorgreaktioner. Som beskrevet ovenfor i forbindelse med DPM, veksler efterladte mellem den tabsorienterede og den reetablerende orienterede proces. Problemer opstår, hvis den efterladte udelukkende fokuserer på den ene proces og bevidst eller ubevidst forsøger helt at undgå den anden proces. For eksempel når den efterladte er så overvældet af svære følelser, at det bliver næsten umuligt at klare hverdagen. Eller når personen har så travlt med at "komme videre", at følelser og tanker forbundet med tabet bliver lukket ned og undgået. Det er her, undgåelse og i sidste ende manglende accept af dødsfaldet, kan blive problematisk i det lange løb.

Vanskeligheden ved at acceptere dødsfaldet kan forårsages og vedligeholdes af en række faktorer. F.eks. kan tabet føles så voldsomt, at det er for smertefuldt og skræmmende at konfrontere det. Den efterladte kan føle sig ude af stand til at forholde sig til disse intense følelser og frygte at miste kontrollen, hvis han eller hun begynder at forholde sig til konsekvenserne af dødsfaldet. Eller der kan være en følelse af "uafsluttede sager", som står i vejen for accept, og som er relateret til oplevelsen af, at noget ikke blev gennemført, afsluttet eller håndteret, før personen døde. Det er noget, som mange, hvis ikke alle, efterladte sidder tilbage med i en eller anden form efter en nærtstående persons død. En række komplicerede følelsesmæssige reaktioner kan ledsage dette, for eksempel følelser af skyld, vrede og fortrydelse samt overvældende sorg over, hvad der ikke blev opnået med deres elskede. Som tidligere udforsket i kapitel 2 har sorg under COVID-19-pandemien været særligt præget af "uafsluttede sager", da mange ikke havde mulighed for at sige farvel eller endnu ikke er kommet overens med tabet, fordi så mange aspekter af dødsfaldet stadig er ukendte. Undgåelse kan derfor være et væsentligt komplicerende aspekt ift. dødsfald under COVID-19.

AT SKABE EN SAMMENHÆNGENDE FORTÆLLING GENNEM BREVSKRIVNING

En måde at arbejde med accept på er gennem brevskrivning, som gør det muligt for de efterladte at samle en sammenhængende fortælling om tabshistorien, før og efter. En persons oplevelser af den afdødes sygdomsforløb, da de blev indlagt på hospitalet, og tiden omkring deres elskedes død beskrives ofte som kaotisk, forvirrende og "uvirkelig". Det er i høj grad tilfældet for de efterladte under pandemien, hvor der er mange historier om at et nærtstående familiemedlem er

blevet kørt på hospitalet og derefter aldrig er blevet set igen. Mange aspekter af deres nærtstående sidste dage og timer kan være uforklarlige, og klienter kan have svært ved at sammenfatte rækkefølgen af begivenheder, og hvad deres oplevelse var i forhold til det, der skete. Det faktum, at disse betydningsfulde oplevelser og begivenheder var så forvirrende og svære at forstå, gør det svært for en person at forholde sig til, forstå og i sidste ende acceptere det, der skete (Menichetti-Delor et al., 2021).

Brevskrivningsmetoden kan være en effektiv måde at arbejde på at skabe en mere organiseret fortælling om tabsoplevelsen. Personen kan instrueres i at skrive en række breve, der relateret til den tid, der virkede særligt kaotisk. På den måde kan der udfolde sig en fortælling, som bliver tydeligere for de efterladte, så de kan begynde at forstå og acceptere, at den person, de elsker, er død (Larsen et al, 2020).

EN REORGANISERING AF TILKNYTNINGEN - FORTSÆTTENDE OBLIGATIONER

Begrebet ”continuing bonds” (vedvarende bånd) blev introduceret af Klass og kolleger i 1996. Med det fulgte et paradigmeskift i forståelsen af sorg. Sorg forstås nu som en livslang proces, der ikke slutter, når den sidste fase er nået, den sidste opgave er løst, eller båndet til den afdøde er blevet brudt. Tværtimod skal tabet, den efterfølgende sorg og et meningsfuldt, vedvarende bånd til den afdøde integreres i selvet og blive en del af den efterladtes fortsatte liv. Derfor handler sorgprocessen ikke om at bryde båndet til den afdøde, men i stedet at internalisere relationen, så de efterladte kan tage personen med sig ind i fremtiden på en fantasifuld måde (Klass et al., 1996; Worden, 2018). Ideen om vedvarende bånd ses af mange som en udvidelse af tilknytningsteoriens grundlæggende idé. I stedet for at opretholde en fysisk nærhed til tilknytningsfiguren, skabes der en psykologisk nærhed, som kan give en følelse af tryghed (Field et al., 2005). For eksempel kan det være betryggende for en enkemand at tænke på, hvad hendes elskede mand ville have rådet hende til at gøre i en vanskelig situation, og derved fortsætte deres bånd i en ny form.

Når fortsatte bånd er fokus for sorgen, forsøger man at fremme en fleksibel opmærksomhed på både tabet og det kommende liv, så de efterladte kan begynde at engagere sig i livet igen uden at opgive tilknytningen til den afdøde.

AT STYRKE DET VEDVARENDE BÅND GENNEM BREVSKRIVNING

Terapeutisk brevskrivning kan bruges som en måde at få en afslutning på og sige farvel til den afdøde i fysisk form, men også til at fremme et fortsat bånd med den afdøde på en psykologisk, symbolsk eller spirituel måde. At skrive direkte til den elskede er en måde at bringe dem inden for rækkevidde og muliggøre løbende kommunikation, om end en symbolsk en af slagsen. Den efterladte er ofte i stand til at forestille sig, hvordan den afdøde ville have reageret, og kan endda skrive det som en del af brevet. Således kan den efterladte instrueres i at skrive om problemer, men også om, hvordan den afdøde ville have kunnet hjælpe. Hvis klienten forestiller sig, at den afdøde ville have svaret med råd eller opmuntring, kan det være betryggende for klienten at blive mindet om dette og måder at have den afdøde med sig, når de bevæger sig fremad i deres liv. De efterladte kan også opfordres til at skrive om situationer, hvor den afdøde vil blive savnet, og beskrive, hvordan den afdøde vil være "til stede", for eksempel gennem ritualer på særlige dage (f.eks. fødselsdage og helligdage), ved at tale om den afdøde (f.eks. med børnebørn), dele minder, skabe en arv og så videre (Larsen, 2022).

AT SKABE HÅB FOR FREMTIDEN

Ud over at arbejde på at acceptere tabets realitet og etablere et fortsat bånd, kan et andet relevant fokus i behandlingen være at arbejde på at genoptage engagementet i livet og finde håb for

fremtiden. Hvis man tænker på DPM, hører denne del af sorgprocessen hjemme i den reetablerende proces. At genoptage hverdagslivet såsom at gå på arbejde, se venner og genoptage gamle fritidsaktiviteter kan hjælpe med at tilpasse sig til livet og efterfølgende finde håb om, at et liv og en fremtid uden den afdøde kan være mulig. Hvad der kan komplicere denne genindtræden, kan variere fra person til person. Eksempler kan være lav energi eller humør, skyldfølelse over stadig at være i live, frygt for andres reaktion. I terapien er det vigtigt at udforske, hvad der kan motivere den efterladte til at genoptage sit tidligere liv, men også hvad der kan være barrierer for at gøre det.

AT SKABE HÅB FOR FREMTIDEN GENNEM BREVSKRIVNING

Når man i terapi bruger terapeutisk brevskrivning til at skabe en følelse af håb for fremtiden, bliver fokus at hjælpe klienten med at finde måder at engagere sig i meningsfulde aktiviteter og overvinde barrierer for at gøre det. Terapeuten kan bede klienten om at skrive et brev om de tanker og følelser, der er forbundet med at påbegynde en bestemt aktivitet. Brevene kan bruges til at udforske, hvordan man kan identificere kilder til bekymring og måder at håndtere dem på. Hvis livet har ændret sig på flere måder efter pandemien, kan dette også udforskes i breve. Hvilke tanker og følelser er forbundet med igen at engagere sig i verden, hvad opmuntrer dem måske, og hvad holder dem tilbage. Efter at have udforsket følelserne og tankerne, kan klienten udføre små adfærdseksperimenter. Måske kunne et møde med en betroet kollega uden for arbejdet være et udgangspunkt, før man vender tilbage til arbejdet. Når klienten har gennemført aktiviteten, kan det være en hjælp for klienten at skrive om den faktiske oplevelse. Var der noget, der overraskede dem i oplevelsen? Måske var der et sekund, hvor de næsten mistede modet, eller skete der noget, som gjorde oplevelsen lettere? Hvis klienten måske ikke kom på arbejde som planlagt eller gik glip af træningen i fodboldklubben, kan det at skrive et brev om den oplevelse være en nyttig måde at få en større indsigt for både klient og terapeut i, hvad der forhindrede dem i at engagere sig i den meningsfulde oplevelse. Terapeuten kan på midlertidigt give den støtte og opmuntring, som tidligere måske blev givet af en partner eller forælder som reaktion på udfordrende situationer.

Andre meningsfulde aspekter ift. at arbejde med i brevskrivning, når det handler om at vende tilbage til livet efter tabet, kan være breve om at skulle "invitere" andre mennesker ind i den efterladtes liv, dvs. at skulle skabe nye eller ændre gamle relationer. For eksempel et brev til moderen, hvor den unge forklarer, hvad han nu har brug for fra hende efter faderens død. Det kan også være breve om, at den efterladtes identitet nu er anderledes, om at skulle gøre nye ting uden en død partner, samt breve om, hvordan det er for manden at skulle rydde ud i sin afdøde kones kæreste ejendele og yndlings tøj osv. Målet her er at fokusere på de relationelle, identitetsmæssige og praktiske konsekvenser af tabet.

Dette var en kort introduktion til nogle af aspekterne ved den eklektiske tilgang til sorgterapi, der bruges i DNS. Dette afsnit er stærkt inspireret af DNS' terapeutiske manual om åbne grupper, som i øjeblikket bliver brugt i DNS. For at lære mere om DNS' sorgintervention for unge og dens effektivitet, se Larsen, Guldberg og Kring, 2021; Harresen, Tølbøll og Larsen, 2022.

GRUPPETERAPI

Denne manual har præsenteret tre teoretiske tilgange til arbejdet med efterladte med henblik på at forebygge komplicerede sorgreaktioner efter COVID-19-pandemien. De tre tilgange er blevet præsenteret med henblik på at gennemføre individuel terapi. Dette følger op på metaanalysen af Johannesen et al (2019), som fandt, at effekten af sorginterventionen var højere i individuel terapi end i gruppeterapi. Dette kan dog skyldes manglen på RCT-studier af gruppeintervention, og derfor er der stadig behov for mere forskning for at kunne konkludere på effektiviteten af individuel terapi versus gruppeterapi.

Historisk set har sorggrupper været brugt i årtier som en måde at arbejde med efterladte på, da det giver unikke muligheder for afsløring, empatisk forbindelse, fælles mål og psykologisk tilpasning såsom reduktion af stress og følelser af social isolation i mødet med livets udfordringer (Davison et al., 2000). Der er også en hypotese om, at gruppeterapi kan være særligt gavnligt for mennesker, der har mistet under pandemien, da det er mere sandsynligt, at de har lidt i isolation og manglet sociale rammer, hvor deres sorg har kunne udtrykkes og bearbejdes. Derfor følger her et kort afsnit om vigtige aspekter, man skal have blik for, når man arbejder med sorggrupper.

Først og fremmest er det vigtigt at sikre tilstrækkelig professionel træning i at arbejde med sorg og med grupper. Gruppeterapierne forventes at blive udført af en erfaren uddannet kliniker på grund af de specifikke kompetencer, der kræves for at udføre de psykologiske funktioner, og kompleksiteten af den følelsesmæssige proces. Arbejde af denne art kræver, at terapeuten kan håndtere intimitet og repræsentere og opfordre til den refleksive-analytiske holdning i gruppen (Karterud & Bateman, 2012). Desuden skal instruktøren være i stand til at anvende specifikke funktioner relateret til håndtering af gruppedynamik, som er forankret i gruppeanalyse og psykodynamisk gruppeterapi (Anthony & Foulkes, 1965; Karterud & Bateman, 2012): f.eks. sætter instruktøren procesnormerne, opmuntrer til turtagning og gruppeinteraktion og fremmer den interpersonelle gruppeproces som et middel til forandring.

Gruppens indstilling

I sorggruppen har alle medlemmer lidt et betydeligt tab, hvilket øge muligheder empatisk forbindelse, fælles mål og psykologiske tilpasninger til livets udfordringer (Davison et al., 2000). Forskning indikerer, at gruppeinterventionen kan være mere effektiv, når den tager højde for niveauet af sorgreaktioner, sorgens karakteristika, forholdet til den afdøde og konteksten for dødsfaldet (Johannesen et al., 2019; Jordan & Neimeyer, 2003). Det primære mål med gruppesammensætning er at forsøge at skabe de muligheder, der øger og opretholder gruppens samhørighed. Terapeuten kan støtte dette med struktur, interventioner og det følelsesmæssige klima i selve gruppen, samt have gruppen som helhed for øje, når gruppen oprettes og nye medlemmer integreres i gruppen.

For at opnå anerkendelse i en gruppe og samtidig undgå, at en deltager "skiller sig ud" og føler sig alene med sin tabssituation, foreslår nogle forskere, at det er tilrådeligt at sammensætte gruppen, så der er mindst to personer med samme problem, for eksempel tab af partner, tab efter selvmord, tab efter sygdom osv.

Samtidig skal terapeuten ikke kun stræbe efter størst mulig homogenitet i gruppen, men også være opmærksom på, at forskellighed i f.eks. personlighed, relationelt og i måden at håndtere følelsesmæssige situationer på, får plads i gruppen. Gruppen er et spejl - et socialt mikrokosmos - hvor mennesker interagerer på en eksemplarisk måde og kan lære af deres udfordringer, løse konflikter og håndtere deres sorg på en måde, der styrker gruppens sammenhængskraft, og hvor der sker en udvikling i det potentiale, der ligger i at være en del af netop denne gruppe.

Hvor mange mennesker skal der være i en gruppe? Som i andre typer af kliniske grupper er sorggrupper normalt sammensat af mindst 5 og højst 12 personer for at fremme et effektivt engagement og kommunikation mellem deltagerne. Erfaringen har vist, at selv om det ikke er optimalt, kan det være acceptabelt at køre en gruppe med 13-14 personer.

Tidspunkt. Uanset typen af gruppe (f.eks. støttende eller terapeutisk gruppe; henvendt til sørgende, der ikke er i risiko for langvarig sorgforstyrrelse eller til sørgende i risiko eller med kompliceret sorg), er faste sessionstider og -længder et vigtigt aspekt af interventionsrammen og giver konsistens, stabilitet og forsikring til deltagerne om grænserne, begrænsningerne og mulighederne inden for gruppesammenhængen.

Rekrutteringsprocedurer. De bør lægge vægt på at tiltrække deltagere, der er motiverede (Schut & Stroebe, 2005). Individuelle screeningssessioner anbefales normalt til potentielle gruppemedlemmer for at evaluere deres egnethed til gruppearbejde. Det vil sige deres evne til at arbejde tilstrækkeligt sammen med andre samt deres grad af stress. Klienter, der virker meget skrøbelige eller traumatiserede, er måske ikke bedst hjulpet i en gruppe, men vil i starten kræve tættere individuel overvågning. Endelig bør deres mål og forventninger til gruppen i det store og hele være forenelige med den terapi, der tilbydes (Neimeyer et al., 2022). Desuden er det nyttigt at bede om en kort beskrivelse af interviewpersonens livsomstændigheder og tabserfaring for at få større forhåndsviden om medlemmernes omstændigheder, kampe og styrker.

Gruppemetoder

Det ligger uden for rammerne af denne manual at give en manual til gruppeinterventioner. Interesserede klinikere kan finde yderligere information i det følgende:

- Hedtke, L. (2012). Bereavement support groups: Breathing life into stories of the dead. Taos Institute Pub.
- MacNair-Semands, R. R. (2004). Theory, Practice, and Research of Grief Groups. In J. L. DeLucia-Waack, D. A. Gerrity, C. R. Kalodner, & M. T. Riva (Eds.), Handbook of group counseling and psychotherapy (pp. 518–531). Sage Publications Ltd.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Weideman, R. (2011). Short-term group therapies for complicated grief: Two research-based models. American Psychological Association.
- Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2012). Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved.
- Darrow, L. S., & Childs, J. (2020). Experiential action methods and tools for healing grief and loss-related trauma: Life, death, and transformation. Routledge.
- Inspiration i bilag 5 til, hvordan man kan arbejde med sorg ved hjælp af psykodrama i en gruppe setting.

ONLINE TERAPI

Dette afsnit vil kort berøre online terapi for efterladte. Afsnittet introducerer nogle af de vigtigste aspekter af onlineterapi, man skal have blik for, og henviser til yderligere læsning.

Et aspekt, der skal tages i betragtning, når man udfører terapi i en post COVID-19-setting, involverer den øgede brug af telepsykologi til at yde professionel assistance (Boelen et al., 2020; Barker & Barker, 2022). Det er værd at fremhæve, at det online, internetbaserede eller webbaserede leveringsformat omfatter en mangfoldighed af kontaktformer, fra fuldt online, synkrone sessioner mellem en klient og en terapeut, til blandede behandlinger (dvs. kombination af ansigt til ansigt-sessioner med online, psykoedukative moduler) eller asynkrone kommunikationsformer (såsom e-mailudveksling, beskeder, blandt andre former), som alle skal analyseres omhyggeligt og sammenlignes med hensyn til effektivitetsresultater (se Andersson et al., 2019).

Før COVID-19-pandemiscenariet havde metaanalytiske undersøgelser fremhævet, at dette format til levering af interventioner generelt var effektivt og positivt, med et flertal af klienter, der havde gavn af dette format, især sammenlignet med en ventelistebetingelse; se for eksempel metaanalysen af Andersson & Cuijpers (2009), vedrørende behandling af depression). Men undersøgelser, der analyserer klientens perspektiver eller resultater af internetinterventioner, kan også give modstridende resultater: For eksempel viste Rozental et al (2015), at nogle klienter oplevede negative effekter som resultat af internetleverede interventioner (omkring 9% af klienterne rapporterede negative effekter eller forværring), mens Treanor (2017) fandt, at klienter oplevede vigtig relationel dybde og dyb forbindelse med deres terapeuter i onlineinterventioner. Nogle klienters beskrivelser af disse øjeblikke er f.eks. "ubeskrivelige" og "befriende" øjeblikke. Derfor er det bedst at være forsigtig med hensyn til den nuværende evidens og være opmærksom på mulige mindre ideelle situationer eller klienter, for hvem dette måske ikke er den foretrukne eller gavnlige terapimetode.

Online og webbaserede interventioner. En nylig metaanalyse har vist, at der er indledende beviser for effekten af webbaserede interventioner til efterladte klienter (Wagner et al., 2020). Alle webbaserede interventioner i den indsamlede stikprøve (*N* = 7) fulgte en kognitiv adfærdsmæssig tilgang, og seks af dem var manualiserede. De gjorde brug af minimal terapeutisk støtte, individualiseret feedback efter behandlingsmoduler og inkluderede hjemmeopgaver over e-mail, skriftlige eksponeringsopgaver, adfærdsaktiveringsmoduler og kognitiv reappraisal. Fem af dem var udledt af en tilpasning af protokoller for online behandling af posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Resultaterne viste, at alle de web-baserede interventioner viste moderate til store effekter (i sammenligning med kontrolgrupper) for symptomer på sorg og PTSD, men mindre for depression.

I Italien blev der udviklet en smartphone-app-baseret psykologisk gruppeintervention (*"Italia Ti Ascolto"* [ITA] - *"Italien, jeg lytter til dig"*) (Parolin et al., 2021). Målet var at yde psykologisk støtte til mennesker, der oplevede psykologiske problemer under COVID-19-pandemien i 2020 i Lombardiet (Italien). Med henblik på hurtigt at reducere følelsesmæssig stress, reducere bekymring over pandemien og forbinde berørte personer til lokale og nationale mentale sundhedstjenester. Appen indeholdt flere online-rum, der hver har et specifikt tema; et specifikt temarum blev inkluderet for dem, der oplevede sorg på grund af COVID-19. Online-interventionsgruppen blev undervist i tre måneder af professionelle psykoterapeuter, som fik ugentlig supervision. Resultater fra en foreløbig undersøgelse viser en sammenhæng mellem dysfunktionelle følelsesreguleringsstrategier (ekspressiv undertrykkelse), depressions- og angstsymptomer, stressniveauer og oplevelsen af reduceret social støtte (Parolin et al., 2021). I Spanien er der gennemført lignende initiativer, såsom Sperantia-appen (Halty et al., 2020), som tilbyder forskellige psykologtjenester, når resultaterne af brugerens spørgeskemaer afslører kliniske scorer eller tilbyder forebyggende anbefalinger i tilfælde af subkliniske niveauer.

I Portugal blev SNS 24 Psychological Counseling Line lanceret i 2020 gennem et partnerskab mellem National Health Care, Calouste Gulbenkian Foundation og Portuguese Psychologists' Association. Mere end 148.000 mennesker, herunder 9.500 sundhedsprofessionelle, modtog støtte, primært relateret til problemer og symptomer forbundet med angst, forværring af tidligere psykopatologi, håndtering og tilpasning i en krisesituation. Psykologerne i denne service identificerede også behovet for henvisning til SNS 24 Triage, Counseling and Referral service, hvis de mener, at brugerens situation ikke er blevet løst inden for denne korte psykologiske rådgivning (https://www.inem.pt/2022/04/06/linha-de-apoio-psicologico-do-sns-24/).

Et forhold, der skal overvejes, er håndteringen af den terapeutiske relation. I telepsykologi udspiller den terapeutiske relation sig i et miljø, der for mange er usædvanligt og forskelligt fra mere traditionelle miljøer, med den konsekvens, at der kan opstå problematiske spørgsmål i udviklingen og håndteringen af den terapeutiske relation. Litteraturen om dette emne er stadig sparsom (se Geller, 2021; Poletti et al., 2021; Sucala et al., 2012). Det kan dog være vigtigt at understrege, at vi alle i det mindste ikke bør tage for givet, at de sædvanlige måder, vi har lært at opbygge og styre en passende terapeutisk relation på i mere traditionelle ansigt-til-ansigt settings, kan være lige så anvendelige i online-settings. Det kræver, at terapeuten er bevidst om og selvreflekterende i forhold til sin relationelle holdning i sådanne sammenhænge. På et meget generelt plan er de langsigtede virkninger af en sådan ændring (fra kontor til online) stadig ukendte. Det ser i hvert fald ud til, at mange fagfolk overvurderer deres kompetencer ift. at yde psykologisk hjælp i online-sammenhænge (Sammons et al., 2020).

Online tilstedeværelse

Terapeutisk nærvær er en proces, der finder sted mellem terapeuten og klienten, og som er relateret til deres tilgængelighed og åbenhed. Det er en måde at være sammen med klienten på, som forbedrer udførelsen og anvendelsen af teknikkerne i terapien (Geller, 2017).

Den polyvagale teori præsenterer en bioadfærdsmæssig forklaring på, hvordan terapeutisk nærvær kan fremme en følelse af tryghed hos både terapeut og klient (Geller & Greenberg, 2015; Porges, 2017, 2021). Denne teori hævder, at neuronale mekanismer kommunikerer terapeutens oplevelse af sikkerhed ved at mindske klientens ufrivillige defensive undersystemer. Tillid er resultatet af synkroniseringen af fysiologiske rytmer og kropsbevægelser udtrykt ved øjenkontakt og mimik af klientens bevægelser og udtryk, hvilket letter klientens følelsesmæssige regulering og sikrer en følelse af ro og sikkerhed, der fremmer den sociale interaktion.

Figur 8 – Kropslige signaler til at kommunikere tilstedeværelse

Tilstedeværelse
Prosodisk tonefald (accentuering, intensitet i udtalen)
Foroverbøjet
Harmoniske bevægelser (i spejling)
Åben kropsstilling
Harmonisk og roligt ansigtsudtryk

Terapeuten bruger sig selv og sin kropsbevidsthed som et redskab til at forstå klienten og til at forstå, hvordan deres reaktioner fremmer den terapeutiske proces. Det er som en antenne/radar, der gør det muligt for psykologer at aflæse oplevelsen, moment for moment, og genkalde og afstemme deres egen oplevelse. Terapeuten leder efter spor i det nonverbale udtryk og lytter internt efter en kombination af a) resonans med klienten; b) sin forståelse af klientens historie og mål; c) klinisk og teoretisk visdom. Dette er en meget krævende proces for terapeuter, fordi deres indre ressourcer og aktive tilgængelighed altid er stærkt mobiliseret, og derfor er deres egenomsorg og en praksis med at dyrke nærvær i hverdagen og interpersonelle relationer grundlæggende for at opbygge de neurale veje til nærværstræning og til det terapeutiske nærvær (Geller, 2017).

Under pandemikrisen blev psykologer, især under den første bølge af COVID-19, ligesom mange andre hjælpeprofessionelle, forhindret i at fortsætte deres kliniske praksis med ansigt-til-ansigt-interventioner. Telepsykologi eller e-sundhed var pludselig den eneste måde, hvorpå de kunne fortsætte med at levere deres ydelser. Selvom nogle allerede var fortrolige med onlinetjenester, blev retningslinjer gjort tilgængelige for at fremme god praksis, formidlet af professionelle organisationer som American Psychological Association (https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf) eller British Association for Counseling and Psychotherapy (https://www.bacp.co.uk/media/10850/bacp-online-and-phone-therapy-user-guide-feb21.pdf) og, i Italien, National Council of the Orders of Psychologists (https://www.psy.it/wp-content/uploads/2020/04/LINEE-DI-INDIRIZZO-PER-LINTERVENTO-PSICOLOGICO-A-DISTANZA-A-FAVORE-DELLA-POPOLAZIONE-NELLEMERGENZA-COVID-19-1.pdf).

Ikke desto mindre er der nogle udfordringer i online-settingen eller leveringsformatet, som kan forstyrre de relationelle ingredienser såsom terapeutisk nærvær og relationel dybde. Den største forhindring er de tekniske problemer med onlineforbindelsen, herunder dårligt internetsignal, som kan forvirre klienten. Et andet vigtigt aspekt er manglen på nonverbale signaler, der gør det sværere at være opmærksom på klientens kropslige signaler (Cooper, 2020; Geller, 2020). Cooper (2020) tilføjer den distraktion, det giver at se sig selv på skærmen, og Geller supplerer med terapeuternes modoverføring (deres egne bekymringer, frygt for usikkerhed og sorgprocesser aktiveret af pandemien) og en øget træthed, da det at være på computeren i mange timer gør facilitere frakobling og udmattelse hos terapeuten.

Men terapeutens personlige og professionelle egenskaber, såsom at være autentisk, "holde grænser" og være kompetent, kan mindske disse vanskeligheder. Treanor (2017) siger, at den fysiske afstand, som onlinekonteksten medfører, muliggør en mere ærlig dialog og dermed et dybere kommunikationsniveau mellem klienten og terapeuten, ud over at mødet er bekvemt, og at det er nemt at være hjemme et sikkert sted og tage imod den følelsesmæssige uddybning af oplevelsen ved slutningen af sessionen. Se venligst appendiks 4 for mere information om at kultivere online tilstedeværelse.

Dette afsnit om online-terapi har introduceret ny forskning, der er formet af pandemien, samt vigtige aspekter, som terapeuter skal huske på, når de arbejder med klienter i en online-setting. Onlineterapi, der dækker over en mangfoldighed af kontaktformer online, giver mulighed for at nå klienter, som på grund af helbredsproblemer eller geografiske eller økonomiske begrænsninger måske ikke er i stand til at mødes ansigt til ansigt med terapeuten. Af hensyn til tilgængelighed og retfærdighedsprincipper er onlineterapi et vigtigt aspekt at huske på, når man planlægger fremtidige kliniske tjenester.

Afsluttende bemærkninger

Denne manual er blevet til i fællesskab for yderligere at styrke terapeutiske interventioner for komplicerede sorgreaktioner hos voksne som en reaktion på COVID-19-pandemien. Manualen kombinerer ny viden fra forskning i COVID-19-pandemien, og hvordan den har påvirket sorg i Sydeuropa, med tre teoretiske tilgange til sorginterventioner. Målet med manualen er at hjælpe psykologer og psykoterapeuter i hele Sydeuropa i deres arbejde med efterladte. Som denne manual har uddybet, udgør det at miste en nærtstående under COVID-19 en særlig risiko for at udvikle komplicerede sorgreaktioner. Denne manual er et bidrag og et afsæt for yderligere at forstå disse specifikke aspekter af sorg og give passende klinisk behandling til efterladte i risikogrupper.

Bilag 1 - Supplerende litteratur og andre ressourcer

Kognitiv adfærdsterapi, læs mere fra Paul Boelen og kolleger på Cognitive Behavioural Therapy for transdiagnostic complicated grief.

- 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 and Clinical Psychology, 75*(2):277-84. 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*: 109-128.

- Boelen, P. A., Eisma, M. C., Smid, G. E., Keijser, J., & Lenferink, l. (2021). Remotely deliverd cognitive behavior therapy for disturbed grief during COVID-19 crisis: challenges and opportunities. Journal of Loss and Trauma, 26, 3, 211-219. https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1793547

Emotionsfokuseret terapi

- Elliott, R., & Greenberg, L. (2021). *Emotion-Focused counseling in action*. SAGE.

- Greenberg, L. (2022). *Emotion-Focused Therapy. Coaching clients to work through their feelings*. APA.

- Timulak, L., & Keogh, D. (2021). Transdiagnostic Emotion-Focused Therapy. A clinical guide for transforming emotional pain. APA

Den eklektiske tilgang og brevskrivning og i sorgterapi

- Larsen, L. H. (2022). Letter Writing as a Clinical Tool in Grief Psychotherapy. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, doi: 10.1177/00302228211070155

- Franza, F., Basta, R., Pellegrino, F., Solomita, B., & Fasano, V. (2020). The role of fatigue of compassion, burnout and hopelessness in healthcare: Experience in the time of COVID-19 outbreak. *Psychiatria Danubina*, *32*(suppl. 1), 10-14.

- Neimeyer, R. & Sands, D. (2022). Meaning Reconstruction in Bereavement. From principles to pactice. In R. Neimeyer, D. Harris, H. Winokuer, & G. Thornton. Grief and Bereavemnet in Contemporary Society. Routeledge.

- Payàs, A. P., & Chauraud, A. M. (2019). Unfolding Meaning From Memories: An integrative Meaning Reconstruction Method for Counseling the bereaved. *Ilness, Crisis and Los, 27* ,3, 209-225. DOI: 10.1177/1054137316687954

Andre ressourcer:

Larson, D. (2020). *The helper's journey. Empathy, compassion and the challenge of caring*. Research Press.

Bilag 2 - Forlænget sorglidelse

ICD 11 PGD Narrativ definition

Criterion	Details
A. Event	Death of someone close at least six months ago
B. Core items	At least one of persistent and pervasive longing for the deceased, or persistent and pervasive preoccupation with the deceased
C. Accessory items	Accompanied by at least one example of intense emotional pain, e.g. Sadness Guilt Anger Denial Blame Difficulty accepting the death Feeling one has lost a part of one's self An inability to experience positive mood Emotional numbness
D. Impairment criteria	Substantial impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning as a result of the symptoms
E. Cultural features	The grief response has persisted for an atypically long period (≥6 months) and clearly exceeds norms for the individual's social, cultural, or religious context

PGD, prolonged grief disorder.
Kilde: Killikelly et al, 2021, tilgængelig på https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.10.034

Table 3 Essential (required) features for prolonged grief disorder in the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements (CDDR)

- History of bereavement following the death of a partner, parent, child, or other person close to the bereaved.
- A persistent and pervasive grief response characterized by longing for the deceased or persistent preoccupation with the deceased accompanied by intense emotional pain. This may be manifested by experiences such as sadness, guilt, anger, denial, blame, difficulty accepting the death, feeling one has lost a part of one's self, an inability to experience positive mood, emotional numbness, and difficulty in engaging with social or other activities.
- The pervasive grief response has persisted for an atypically long period of time following the loss, markedly exceeding expected social, cultural or religious norms for the individual's culture and context. Grief responses lasting for less than 6 months, and for longer periods in some cultural contexts, should not be regarded as meeting this requirement.
- The disturbance results in significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning. If functioning is maintained, it is only through significant additional effort.

Kilde: Read et al., 2022

Kriterier for langvarig sorglidelse i DSM-5-TR (2022)

A. The death, at least 12 months ago, of a person who was close to the bereaved (for children and adolescents, at least 6 months ago).

B. Since the death, there has been a grief response characterized by one or both of the following, to a clinically significant degree, nearly every day or more often for at least the last month:
1. Intense yearning/longing for the deceased person
2. Preoccupation with thoughts or memories of the deceased person (in children and adolescents, preoccupation may focus on the circumstances of the death)

C. As a result of the death, at least 3 of the following 8 symptoms have been experienced to a clinically significant degree since the death, including nearly every day or more often for at least the last month:
1. Identity disruption (e.g., feeling as though part of oneself has died)
2. Marked sense of disbelief about the death
3. Avoidance of reminders that the person is dead (in children and adolescents, may be characterized by efforts to avoid reminders)
4. Intense emotional pain (e.g., anger, bitterness, sorrow) related to the death
5. Difficulty with reintegration into life after the death (e.g., problems engaging with friends, pursuing interests, planning for the future)
6. Emotional numbness (i.e., absence or marked reduction in the intensity of emotion, feeling stunned) as a result of the death
7. Feeling that life is meaningless as a result of the death
8. Intense loneliness (i.e., feeling alone or detached from others) as a result of the death

D. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

E. The duration and severity of the bereavement reaction clearly exceeds expected social, cultural, or religious norms for the individual's culture and context.

F. The symptoms are not better explained by major depressive disorder, posttraumatic stress disorder, or another mental disorder, or attributable to the physiological effects of a substance (e.g., medication, alcohol) or another medical condition.

Bilag 3 - Vurderingssamtale

Nedenfor er der forslag til overskrifter, som kan hjælpe med at strukturere vurderingssamtalen og tilsammen danne grundlag for en vurdering af, om en efterladt bør komme i betragtning til terapi. Under hver overskrift finder du en række hjælpespørgsmål. Det er ikke meningen, at alle oplysninger altid skal indhentes.

Overvejelser i forbindelse med forespørgslen:

(Baggrund for henvendelsen, ønsker om hjælp, motivation)

Sygdommen:

(Hvilken sygdom, varighed, ændringer i fysiske og mentale evner over tid, især voldelige episoder, involvering, ansvar, indvirkning på hverdagen, f.eks. ting, de ikke kunne gøre, hvordan der blev talt om sygdommen i familien, forberedt på alvorlighed, herunder mulig død. Fokus: sygdommens indvirkning på personen, herunder eventuelle traumatiske oplevelser og fortrydelse).

***Den nærtståendes død*:**

(Hvornår, omstændigheder ved døden, herunder om personen var til stede og/eller så den døde, om de var forberedt på døden og kunne sige farvel. Fokus: eventuelle traumatiske omstændigheder ved dødsfaldet, f.eks. fundet død, selvforskyldt, voldelig død og opfattelser osv.)

***Den efterladtes reaktioner*:**

(Følelsesmæssige, kognitive, adfærdsmæssige, fysiske, eksistentielle, ændringer, funktionsniveau, efterbilleder, selvmordstanker, selvskade)

***Familiesituation*:**

(Familiemedlemmerne, samlivet, kommunikationen i familien om den afdøde og sorgfølelserne, familiens funktion før og nu, herunder andre nære familiemedlemmers sorgproces, centrale konsekvenser af sygdomsforløbet, f.eks. flytning, familienetværk.

***Andre sociale faktorer*:**

(Boligsituation, funktionsniveau på arbejdet før og nu, socialt funktionsniveau før og nu, netværk uden for familien, afhængighed, niveau af støtte på studie/arbejde, større ændringer i hverdagen)

Baggrund:

(Opvækst, forhold til forældre, andre vanskelige omstændigheder, herunder eventuelle tidligere tab og håndtering, eventuelle egne psykologiske vanskeligheder)

***Tidligere behandling*:**

(Særlige interventioner omkring klienten og deres virkning)

***Klinisk indtryk*:**

(F.eks. udseende, kontakt, mentaliseringsniveau, følelsesmæssig tone, fornemmelse af klientens sorgproces med undgåelse/overvældelse, motivation)

***Samlet vurdering*:**

(Kort resumé af de vigtigste fund, herunder sorgtilstand, funktionsniveau, risiko- og beskyttelsesfaktorer, plan (herunder gruppe/familie/individ og fokus, hvis relevant) for barnet/den unge i BØRN UNGE &SORG og eventuelle andre interventioner, information givet til klienten)

Andre ressourcer tilgængelige online på forskellige sprog

Forlænget sorglidelse (PG13-skala)

https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/pg-13.pdf

Forlænget sorgforstyrrelse revideret (PG13-R)

https://endoflife.weill.cornell.edu/sites/default/files/pg-13.pdf

Bilag 4 - Online terapi

Tips til at opdyrke en online tilstedeværelse (Tilpasset af Geller, 2020)			
	Før sessionen	**Under** sessionen	**Efter** sessionen
Terapeuter	*Skabe onlinesikkerhed*: grundlæggende færdigheder inden for cybersikkerhed, privatliv og databeskyttelse ved hjælp af sikre platforme med datakryptering, der sikrer alles fortrolighed og sikkerhed; *Konsistens og konfiguration*: - At finde et passende sted i hjemmet/på kontoret, der altid er det samme, for at sikre en følelse af forudsigelighed. - Tilskynd klienternes privatliv ved at forsøge at bede dem om at være et privat sted, bære hovedtelefoner og ikke blive forstyrret af familiemedlemmer. *Optimal* afstand - Cirka en meter væk fra skærmen, men vi kan bede klienterne om at finde den afstand, der er behagelig for dem. - Hold kameraet i øjenhøjde for at fremme øjenkontakt. Belysning - Tilstrækkelig, uden vinduer i baggrunden Tøj - Bevar den samme tøjstil, som hvis du var i ansigt-til-ansigt-situationen. Giv disse skrevne anbefalinger før sessionerne for at hjælpe dem med at skabe et sikkert miljø. Selvomsorg: - Gå en tur eller gør noget fysisk, forlad konsultationslokalet, gå på toilettet. - Brug 5-10 minutter på at fokusere på her og nu, f.eks. en meditationsøvelse, dyb vejrtrækning, yogastilling (træ), og lad først derefter klienten komme ind i sessionen.	*At kommunikere nærvær, empati og* resonans - Ansigtsudtryk, vokal prosodi (rytme, klang, volumen og metrik), øjenkontakt, non-verbale signaler, gestik, er mange måder at kommunikere vores tilstedeværelse og afstemning med klienter på). At være samtidig indstillet på vores indre oplevelse: opmærksomhed på vores tolerance for affekt og tilstedeværelsessignaler - Opretholdelse af øjenkontakt Inviter til synkronisering - Tillad dig selv at co-regulere med klienterne ved at spejle deres udtryk, øjenkontakt, rytme og tonefald og træne diafragmatisk vejrtrækning sammen. Modtagelighed: åbenhed over for oplevelsen, skubbe distraktioner væk Tuning ind på den indre oplevelse - At være i kontakt med indre oplevelser og følelsesmæssige tilstande på en medfølende måde for at kunne genkende vigtige følelsesmæssige tilstande hos klienter (hvordan klientens oplevelse manifesterer sig i vores krop) og modoverføringsreaktioner (afbrydelse, triggere osv.). Spor klientens respons - Vær opmærksom på nuancerne i klienternes mikroudtryk, vær opmærksom på, hvornår de er åbne og tolerante eller overvældede og uengagerede. Juster kropsholdning eller tonefald for at fremme en følelse af samregulering. - Få adgang til ansigtets mikro-ekspressioner Kontakt: Vær opmærksom på dine svar, så de afspejler klientens oplevelse og behov. Tjek ind med klienten Håndter modoverførings- og nærværsudfordringer: Hvis vi invaderes af klientens angst, kan vi selv blive angste. Derfor er det vigtigt at praktisere PNR (Pause, Notice and Return), eller en kort øvelse i selvmedfølelse, eller tre lange dybe indåndinger, med Grounding (at mærke fødderne på jorden) for at hjælpe os med at centrere os igen. Dette giver også klienten en følelse af menneskelighed og mulighed for at kunne modellere. Hvis teknologien fryser/dårlig forbindelse: Hav medfølelse med os, anerkend problemet og prøv igen.	Selvpleje efter sessionerne - Bevæg kroppen og/eller lav nogle strækøvelser. Afsluttende sessioner - Find ud af, om du har brug for mere tid mellem sessionerne til at tage notater, holde pauser, strække ud osv. Afslutning med intentionalitet: - Afslut dagen, luk computeren, ryd op på kontoret - Før du "går hjem", så brug også et par minutter på at stoppe op.
Klienter	*Optimer klienternes* tilstedeværelse - Sikre, at klienter har et privat miljø - Bed klienterne om bevidst at minimere distraktioner, f.eks. ved at slukke for deres telefoner, slukke for computerprogrammer som e-mailnotifikationer osv. - Bed om at beholde kameraet tændt - Mind klienterne om at have lommetørklæder i nærheden - Hvis der er behov for at bruge specifikt materiale: f.eks. i EFT: hav stole i nærheden; i CBT: notesbøger i nærheden; DBT: dagbogskort og værktøjer til følelsesregulering.		Hjælpe klienterne med at forstå, hvad de har brug for efter sessionen (i ansigt-til-ansigt-format går nogle klienter på toilettet eller kører hjem i bilen). I onlineformat kan de have brug for lidt tid efter konsultationen til at absorbere eller bearbejde den, før de åbner døren og går ind i deres hjemmemiljø igen.

Bilag 5 – At udtrykke og dele følelser gennem psykodramatiske teknikker i grupper

De fleste efterladte har brug for hjælp til at udtrykke deres følelser omkring sorg, til at vide, at deres sorg er legitim, at de intense følelser, de oplever, kan mærkes af andre, og at andre mennesker kan lytte til dem, forstå dem og acceptere, hvordan de har det. Dickson (2002), som introducerede værdien af dramatiske teknikker i en gruppe for efterladte, bemærkede, hvordan de efterladtes nære netværk kort tid efter dødsfaldet ikke synes at være i stand til at støtte dem: Når den døde er en bekendt, er hvert medlem ofte bange for at overvælde de andre medlemmer yderligere ved at påføre/overføre deres egen sorg til det, de andre allerede oplever; nogle venner undgår bevidst at nævne den døde; andre undgår aktivt de efterladte eller ønsker, at de efterladte skal være lige så glade, som de plejede at være, og kritiserer dem for stadig at sørge efter flere måneder. På mange arbejdspladser og skoler forventedes de efterladte at præstere som normalt, på trods af kendte virkninger af sorg som manglende koncentration, lav energi og intense omskiftelige følelser, som fører til lavere skolekarakterer og til, at arbejdspræstationen falder til under den tidligere standard.

I pandemiscenariet blev der til de sociale og kulturelle vanskeligheder ved at komme i kontakt med dødens lidelser pålagt isolation i forbindelse med anti-covid-foranstaltningerne. De fleste mennesker levede deres sorg på en privat måde, hvilket efterlod dem med intense, overvældende og forvirrende følelser, også relateret til den traumatiske karakter af tabsoplevelsen (se kapitel 2): umuligheden af at være sammen med deres nærtstående i deres sidste øjeblikke, den hurtige og uventede karakter af døden, en mangel på klar forståelse af, hvordan de nærtstående døde, manglen på afsked og muligheden for at se kroppen.
Psykodrama-teknikker (eller spil) kan repræsentere valgfrie strategier til at håndtere overvældende affekt, favorisere kontakten med dybt følelsesmæssige elementer og lette følelsesmæssigt udtryk og deling relateret til smertefulde følelsesmæssige oplevelser (Margherita, 2009; McVea & Gow, 2006).

Psykodrama er i høj grad forbundet med effektiv behandling af traumeoverlevere, f.eks. for at øge selvafsløring og oplevelsesdybde hos personer med PTSD (McVea, Gow & Lowe, 2011). Få erfaringer med at bruge psykodrama til at håndtere sorg er også beskrevet i litteraturen (f.eks. Dayton, 2005; Dickson, 2002; Figush, 2009; Istvan, 2014; Testoni et al., 2019).

I dette afsnit vil vi først introducere psykodramaets nøgleprincip som handlingsmetode og dets klassiske struktur; derefter vil vi præsentere de vigtigste teknikker med den idé, at de kan udgøre et værktøj i den kliniske praksis, som kan integreres med forskellige psykoterapeutiske metoder, og som også kan omfatte samtale ved hjælp af tegning, breve og andre kreative udtrykksteknikker.
Da psykodrama kan udløse en intens følelsesmæssig oplevelse, kræver det i alle tilfælde høj metodisk og rådgivende/terapeutisk kompetence at styre processen, vælge passende teknikker eller også udvikle nye teknikker i forhold til situationen, klienterne, emnet og målet med mødet. I en procesorienteret tilgang skal instruktøren også være bevidst om niveauet af gruppedynamik, være opmærksom på integrationen af gruppen, kræve overholdelse af elementære normer og grænser og hjælpe med at afklare konflikter (von Ameln & Becker, 2020).

X1. Psykodrama som handlingsmetode

Psykodrama er en handlingsmetode, der blev udviklet af Moreno (1946-1993), en af grundlæggerne af gruppepsykoterapi, hvor "mennesker iscenesætter scener fra deres liv, drømme eller fantasier i et forsøg på at udtrykke uudtrykte følelser, opnå ny indsigt og forståelse og praktisere ny og mere tilfredsstillende adfærd" (Garcia & Buchanan, 2000, s. 162, oversat til dansk).
Genopførelsen af en smertefuld oplevelse i en gruppe, muligheden for ved hjælp af de andre medlemmer at identificere mere adaptive måder at tænke, føle og handle på i forhold til oplevelsen, rolleombytningen, der

giver et andet perspektiv, eller feedback fra andre, der deler det samme problem, den samme kritiske begivenhed eller de samme livsudfordringer, er grundlæggende begreber i psykodrama.
Mens Freud betragtede "acting out" som modstand mod psykoterapi, betragter Moreno (1969) den handling, der finder sted i relationen (f.eks. det sikre og støttende miljø i en gruppesession) som en nøglefaktor i helingsprocessen (Nolte, 2020). I dag anbefales psykodrama af flere europæiske regeringer som en god sundhedspraksis (Cruz et al., 2018).

Selvom psykodrama historisk set har været baseret på psykoanalytiske og interpersonelle rammer, har flere forfattere fra slutningen af det 20. århundrede integreret den oprindelige psykodramatiske teori med andre teorier eller foreslået nye teoretiske grundlag for metoden (Cruz et al., 2018). For eksempel blev psykodrama brugt inden for rammerne af kognitiv adfærdsterapi (f.eks. Somov, 2008) og familieterapi for at øge empatien, give mulighed for at ændre misforståelser og etablere forbindelse (Farmer et al., 2018; Homes & Kirk, 2014).
Så faktisk anvendes specifikke psykodramatiske teknikker som uafhængige interventioner inden for den mere traditionelle, verbale psykoterapi (Kipper, 1997). De har en omfattende anvendelse i sundhedsmiljøer, herunder hospitaler og psykiatriske afdelinger, og også i uddannelses- og arbejdsmiljøer (von Ameln, F., & Becker, 2020; Bendel, 2017; Lipman, 2003).

Struktur
Psykodrama bruges primært som en gruppemetode og involverer normalt mindst én psykodramaterapeut, kaldet instruktøren, og cirka fem til femten klienter eller deltagere, der skal udforske individuelle eller gruppemæssige problemer ved hjælp af iscenesættelse og feedback (Holmes & Kirk, 2014).
I det hovedpersoncentrerede psykodrama er et af gruppemedlemmerne - hovedpersonen - i fokus for legen, og deltagerne repræsenterer "hjælpejeg'er", der skal legemliggøre hovedpersonens relationer eller repræsentere abstrakte enheder og ting (von Ameln & Becker, 2020). Der er ingen hovedperson i sociodrama, hvor stykket fokuserer på hele gruppen, og hvert medlem er et hjælpe-jeg.
Sessionen begynder på samme måde ved hvert møde med procedurer, der er designet til at give gruppemedlemmerne en følelse af forudsigelighed og sikkerhed, samtidig med at de giver medlemmerne en vis grad af kontrol. Medlemmerne sidder i en cirkel, hvilket forstærker den bogstavelige og symbolske følelse af sikkerhed og omsorg. Deltagerne bliver introduceret til formålet med sessionen, og procedurerne og gruppens forventninger bliver delt. Det er vigtigt, at fortroligheden gennemgås.

I arbejdet med efterladte kan gruppen præsenteres som et tidsrum, hvor folk kan tale med hinanden om, hvordan deres elskedes død påvirkede deres liv, og hvor relaterede følelser kan udtrykkes og deles. Folk får lov til at græde frit, udtrykke vrede og tale åbent om den elskede, der er død (Dickson, 2002).

Efter at have skabt det støttende miljø indebærer en standard psykodramagruppe tre vigtige faser: opvarmning, handling og deling (Kellermann, 1987).

Opvarmningsfasen:
Den tjener både til at varme deltagerne op til fysisk handling og internt til at varme op til et psykodrama (Giacomucci, 2021). Denne fase er designet til at bringe kritiske begivenheder eller belastende oplevelser ind i sessionens nutid ("her og nu"). Opvarmningsaktiviteter har til formål at hjælpe gruppemedlemmerne med i) at identificere, hvad de har brug for at arbejde med, ii) at lade et gruppetema opstå og iii) at lette gruppemedlemmernes selvudfoldelse og selvudforskning. Lederen kan bruge fysiske øvelser (f.eks. inviteres deltagerne til at gå rundt i lokalet), mentale øvelser (f.eks. invitere deltagerne til at tænke over, hvordan de har det i det øjeblik) og check-ins (hvert gruppemedlem fortæller om vigtige begivenheder, de har oplevet) (Nolte, 2019). I opvarmningsfasen vælges et gruppemedlem som hovedperson i den følgende handlingsfase. Gruppemedlemmerne angiver, hvilket af de foreslåede emner der ville hjælpe dem mest; emnet og

hovedpersonen vælges demokratisk for at sikre, at gruppens emne samlet set repræsenterer gruppen som helhed, og at hvert gruppemedlems historie er relateret til emnet.

Et eksempel på en teknik, der kan bruges i begyndelsen af en session med efterladte, er "Introduktion fra en anden rolle" (von Ameln & Becker, 2020), hvor deltagerne på skift påtager sig rollen som en tilknytningsfigur efter eget valg (f.eks. den afdøde forælder, bror, ven osv.) og præsenterer sig selv ud fra den valgte rolle. Et eksempel:

> Mr. Smith rejser sig og præsenterer sig selv i rollen som sin afdøde kone:
> "Dette er min mand, John Smith. John er 45 år gammel og flypilot, så han er ofte væk hjemmefra. Derfor har jeg især taget mig af vores to børn, Helen på 4 år og Stewart på 8 år. Jeg ved, at John holder meget af sine børn, men jeg spekulerer på, om han vil være mere til stede derhjemme, nu hvor jeg ikke længere er der (osv.)."

Denne teknik er ikke kun en måde at give deltagerne mulighed for at præsentere sig selv i den indledende runde, men den giver også deltagerne mulighed for at udtrykke de tanker, bekymringer eller rolleændringer, de føler, de har arvet og/eller føler, de er nødt til at håndtere efter deres elskedes død.

Handlingsfasen:

Formålet er at bringe deltagernes intrapsykiske eller interpersonelle liv ind på scenen gennem rollespil og andre psykodramatiske teknikker. Afhængigt af de temaer, der dukker op i opvarmningsfasen, kan der spilles en række scener, der tilnærmer sig situationer fra det virkelige liv (for eksempel erindringer om specifikke situationer, der tidligere blev delt med den afdøde person eller levet på hospitalet, i forholdet til det sundhedspersonale, der tog sig af deres nærtstående, eller situationer, der opstod efter hans/hendes død, som at skulle håndtere det at være alene med beslutninger relateret til børns uddannelse), eller er eksternaliseringer af indre mentale processer (indre dramaer, fantasier, drømme eller uindøvede udtryk for mentale tilstande i her og nu). Normalt fokuserer aktiviteten på en bestemt deltager (hovedperson-centreret psykodrama), som tager rollen som hovedpersonen og iscenesætter en bestemt afgørende oplevelse, med støtte fra mindst en medhjælper, som tager rollen som den signifikante anden for hovedpersonen (f.eks. den afdøde, en læge, man er kommet i konflikt med, en søn, der deler tabet af den elskede med hovedpersonen) eller af en abstrakt idé (f.eks. den styrke, den tålmodighed, den støtte, som hovedpersonen føler, han har brug for til at håndtere tabet) (Holmes & Kirk, 2014).

Et eksempel gives af von Ameln og Becker (2020, s. 90) gennem Mrs. Madison, en patient, der havde mistet sin datter og sin mand for et par år siden. Fru Madison havde ingen nære venskaber, og hun har ingen idé om, hvordan hun kan gøre sine eksisterende relationer mere aktive. Hendes terapeut, Mr. Smith, placerer en stol til Mrs. Madison midt i terapilokalet, mens flere stole er grupperet omkring den til hendes tilknytningsfigurer. Fru Madison bliver bedt om at skifte rolle ved at sætte sig på de respektive stole.

> "Fru Madison, sæt dig venligst her og skift til rollen som din bror James. Du er nu James Madison. Vær venlig at præsentere dig selv."
> (Hovedpersonen præsenterer broderen).
> Smith spørger: "Mr. Madison, hvordan er forholdet mellem dig og din søster?"
> "Tja, siden min søster mistede sin mand, har hun været meget tilbagetrukket. Jeg hører sjældent fra hende længere," svarer fru Madison fra sin brors rolle.
> "Vil du gerne have mere kontakt med hende?" spørger Mr. Smith.
> "Vi er vokset fra hinanden nu. Vi plejede at mødes oftere før i tiden, nogle gange i en weekend," lyder svaret.
> Mr. Smith spørger: "Vil du gerne genoplive den tid, Mr. Madison?"
> "Ja, selvfølgelig, jeg har masser af tid nu, hvor jeg er pensioneret," lyder svaret.

Delingsfasen:
Moreno beskriver deling som "den gruppeterapeutiske del af sessionen". Denne fase (også kaldet "tilbagevenden til gruppen", Schützenberger, 1979) har til formål at give hvert enkelt gruppemedlem mulighed for at dele sine følelser omkring sin egen oplevelse af at spille en rolle eller observere en anden deltagers psykodrama, som er blevet udført under sessionen. Denne proces hjælper hovedpersonen med at komme tilbage i gruppen, hvorved gruppemedlemmerne kan identificere sig med hovedpersonen og på en ikke-analytisk og ikke-dømmende måde udtrykke, hvad de har identificeret sig med, og/eller hvorfor deres egne oplevelser ligner det, hovedpersonen har portrætteret. Homes og Kirk (2014) refererer til delingsfasen som en "love-back" for at understrege, at delingen skal tjene til at udtrykke empati og støtte til hovedpersonen. Leutz (1974) påpeger, at kommunikationen tager hovedpersonen og publikum væk fra ideen om, at den skildrede lidelse er noget unikt. Deling kan udtrykkes gennem verbale udsagn og nonverbal kommunikation (f.eks. ved at omfavne hovedpersonen).

Et eksempel:

> Fru Katy Holmes iscenesatte sine vanskeligheder med at tænke sig selv alene i håndteringen af det daglige liv og i omsorgen for sine to små børn efter sin mands død. Sidstnævnte var meget til stede i hjemmet; han hjalp hende med de huslige pligter, men han legede også meget med sine børn. I en scene repræsenterede fru Holmes frygten for ikke at være opgaven voksen, da hun bad en "jeg-hjælper" om at spille rollen som et af hendes børn, der under legen fortæller hende, at "jeg savner far". En anden deltager tog fru Holmes' plads; hun henvendte sig til sin søn, sagde til ham: "Jeg savner ham også meget", og hun krammede ham; så græd de sammen. Under delingsfasen følger interventioner af denne type hinanden blandt de andre deltagere:
> Joana (der, ligesom fru Holmes, for nylig mistede sin mand): "Jeg identificerede mig så meget med Katys frygt. Jeg spekulerer altid på, hvad jeg kan sige til mine børn; nu føler jeg, at det vigtige ikke er, hvad jeg skal sige, men at give dem mulighed for at udtrykke deres smerte sammen med mig.
> Steven (som mistede sin mor): Jeg identificerede mig med Katys søn, og jeg følte, at en af mine største vanskeligheder, da jeg mistede min mor, var at frygte at belaste min far yderligere med min smerte; måske var det nok at kramme og fortælle hinanden, hvor meget vi savnede hende...
> Mary (som har mistet sin kæreste): Jeg vil virkelig gerne kramme dig, Katy, må jeg det?
> Fru Katy Holmes: Selvfølgelig har jeg også brug for det.

Når mødet er ved at være slut, kan deltagerne inviteres til at reflektere over, hvad de har fået ud af at være med i gruppen. Det kan gøres via fri diskussion i en cirkel eller ved hjælp af en psykodramatisk leg som "Tag din plads, hvorfor ..." og "Farvel til gruppen" (Montesarchio & Marzella, 2004).

> *Indtag din plads hvorfor....* Dirigenten inviterer deltagerne til at danne en cirkel sammen med de andre. Efter tur kan den, der har lyst, gå på tværs af cirklen og stille sig foran en anden deltager og med få ord sige "tager din plads" (f.eks. "Jeg tager din plads, fordi jeg godt kan lide den måde, du håndterer denne oplevelse på"). Efter verbaliseringen bytter de to deltagere plads i cirklen. Bagefter kan andre deltagere bede om at tage en andens plads. Det kan bruges efter et rigtigt spil, der involverer hele gruppen, til at opfordre deltagerne til at dele indtryk af de ressourcer, som andre medlemmer har demonstreret.
>
> *Farvel til gruppen*. Dirigenten foreslår deltagerne at fordele sig i det tilgængelige område, sætte sig og forestille sig deres egen hilsen. Derefter inviteres hver enkelt til at danne en cirkel sammen med de andre, først ved at holde hinanden i hånden, så side om side, og til sidst med armene flettet ind i hinanden, så de danner en meget kompakt gruppe, så tæt på hinanden som muligt. Efter et par øjeblikke i denne stilling udtaler hver enkelt sin egen hilsen til gruppen, og mens man holder cirklen, vender den sig udad. Når alle har sagt deres hilsen, inviterer dirigenten dem

til at forestille sig deres egen hjemkomst og til sidst at smelte cirklen. Da denne leg er en øvelse, der afslutter sessionen eller endda en mødecyklus, giver den ikke mulighed for verbalisering, men har i sig selv den funktion at give gruppen en slags "restitution" af den oplevelse, de har gjort sammen.

De vigtigste teknikker indenfor psykodrama

- Rolletræning. Hovedpersonen identificerer kendte og ukendte roller (f.eks. en bekendt, som han føler sig alene med, en læge, som får hovedpersonen til at føle sig impotent), og øver sig derefter i at justere de usunde roller til sunde fungerende roller (Holmes & Kirk, 2014). Et gruppemedlem (hjælpejeget) fungerer som en betydningsfuld anden for hovedpersonerne og tager rollen som et individ eller en abstrakt idé, som styrke eller håb (Holmes & Kirk, 2014). Et eksempel:
  Fru John, som mistede sin mor, fortalte om vanskelighederne ved at håndtere opkald fra familie og venner; ofte finder hun sig selv passivt lyttende til råd, forslag, invitationer til at blive distraheret. Et hjælpe-jeg træder i stedet for en ven, som i telefonen opfordrer hende til at blive distraheret. John tager en lang indånding og forklarer så, hvad hun har brug for: "Jeg føler, at det er for tidligt for mig at forestille mig selv distraheret, jeg føler behov for at være lidt alene med mig selv, at bladre i albummene og samle tanker, men jeg har noget at spørge dig om. Marie og John fortalte mig, at de ville elske at lege med deres venner. Kunne du tage dem med, når du tager dine børn med i parken? Jeg ville føle mig lettet'
- Ombytning af roller. Hovedpersonen træder ud af sin rolle og påtager sig rollen som en betydningsfuld person i sit liv (f.eks. den døde person) eller en del af sig selv (f.eks. det mod, den idealisme, de værdier, som han/hun mener at have arvet fra sin elskede, der er død), eller et objekt (f.eks. et brev, en halskæde, som den døde person har arvet) (Holmes & Kirk, 2014).
- Dobbelt. Mens hovedpersonen repræsenterer sin egen rolle, står hjælpejeget ved siden af eller bag ham/hende, overtager hans/hendes krop og følelsesmæssige udtryk, men opfordrer også til selvudforskning (von Ameln & Becker, 2020) og tilføjer langsomt de følelser, frygt, motiver eller skjulte hensigter, som hovedpersonen ikke er eksplicit omkring. Dobbeltgængeren udtrykker således højt i første person, hvad han tror, hovedpersonen lider/ føler, men af en eller anden grund ikke opfatter eller undgår at udtrykke. For at vende tilbage til eksemplet med fru John, hvis hun havde svært ved at udtrykke sine følelser og behov i scenen med sin ven, kunne instruktøren måske instruere et medlem i at øge hendes udtryk for nød og gøre de tavse tanker eksplicitte (f.eks. "det er ikke den hjælp, jeg har brug for").
- Spejling Hovedpersonen træder ud af "scenen", og et gruppemedlem eller terapeuten indtager hovedpersonens rolle og udfylder en funktion, der ligner videofeedback, men en video, der går dybere og kan fremhæve nogle aspekter (von Ameln & Becker, 2020). På denne måde kan hovedpersonerne se sig selv fra en kritisk distance (Holmes & Kirk, 2014).
- Enetale. Hovedpersonen udtrykker verbalt sine tanker og følelser om noget (f.eks. de ting, han/hun frygter at miste ved en elskedes død, de udfordringer, han/hun vil stå over for, de uløste konflikter, de uopfyldte drømme).
- Tom stol. Øvelsen begynder med, at gruppen sidder i en halvcirkel foran en tom stol placeret i midten. Stolen besættes af dem, der føler sig klar til at starte øvelsen med at tale til sig selv, formulere dialogen i spørgsmål og svar, blive siddende, når de svarer, og stå med den tomme stol, når de stiller spørgsmålet, eller omvendt, men med den idé, at hovedpersonen i de to faser virkelig har en samtalepartner, en del af sig selv.
- Stol med betydningsfuld person. I dette tilfælde inviteres hovedpersonen til at forestille sig, at der i stolen er en betydningsfuld person (forælder, bedste ven, kæreste osv.), og til at vælge en person blandt gruppens medlemmer, som skal spille den valgte karakter. I arbejdet med de efterladte kan den døde person opfordres til at sætte sig i den tomme stol og på den måde arbejde med alt det, der var blevet suspenderet i dialogen med den døde person (f.eks. modsigelser, tvetydigheder og ambivalenser og alt det "ikke-sagte").

Psykodrama-teknikkers anvendelse og kliniske nytte

Rollespilsaktørerne, der handler "som-om", har flere kliniske implikationer, herunder at give rolletræning til fremtidige situationer, tilbyde øjeblikke med udviklingsmæssig reparation eller korrigerende følelsesmæssige oplevelser og give kroppen chancen for at fuldføre overlevelsesreaktioner på traumatiske begivenheder, der blev afbrudt og har efterladt den enkelte frosset (Giacomucci, 2021). Handlingen i et gruppeforhold gør det muligt at overvinde isolationen gennem kommunikation med andre, der lider af lignende problemer, og at drage fordel af gruppens erfaringer og synspunkter på det problem, der arbejdes med. Hver begivenhed behandles gennem flere og forskelligartede observationspunkter, og det gør det muligt for flere stemmer at reflektere over materialet, der opleves i fællesskab.

Tele-psykodrama

For nylig blev psykodrama-teknikker tilpasset online-modaliteten (Biancalani et al, 2021). For eksempel kan vigtige begivenheder for deltagerne repræsenteres gennem betydningsfulde genstande eller fotografier, som gruppemedlemmerne havde derhjemme; specifikke følelser relateret til omstændighederne ved fysisk afstand kan repræsenteres gennem tegninger lavet af deltagerne, som kan vises på skærmen og deles og kommenteres af hele gruppen. Biancalani og kolleger (2021) undersøgte kvalitativt effekten af et gruppe-telepsykodrama, der blev implementeret under nedlukningsforanstaltningerne. De 15 medlemmer, der tilhørte en allerede eksisterende personlig psykodramagruppe, henviser til øget personligt velvære på grund af telepsykodrama og mindskelse af følelsen af social isolation.

REFERENCER

Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., Prout, T. A., & Hoffman, L. (2020). Psychotherapists' vicarious traumatization during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), 148–150. https://doi.org/10.1037/tra0000868

Abbass, A. A., & Town, J. M. (2021). Alliance rupture-repair processes in intensive short-term dynamic psychotherapy: Working with resistance. *Journal of Clinical Psychology*, *77*(2), 398–413. https://doi.org/10.1002/jclp.23115

Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, *33*(9), 543-545. https://doi.org/10.20344/amp.14345

Aguiar, A., Pinto, M., & Duarte, R. (2020). Grief and Mourning during the COVID-19 Pandemic in Portugal. Acta Médica Portuguesa, 33(9), 543-545. https://doi.org/10.20344/amp.14345

Albuquerque, S., Teixeira, A. M., & Rocha, J. C. (2021). COVID-19 and Disenfranchised Grief. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 638874. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.638874

Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(4), 196–205. https://doi.org/10.1080/16506070903318960

Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: From innovation to implementation. *World Psychiatry*, *18*(1), 20–28. https://doi.org/10.1002/wps.20610

Aoun, S. M., Keagan O., Roberts, A., Breen., L., J. (2020) The impact of bereavement support on wellbeing: a comparative study between Australia and Ireland. *Palliative Care and Social Practice*. 14. https://doi.org/10.1177/2632352420935132

Aoun, S. M., Breen, L. J., Rumbold, B., Christian, K. M., Same, A., Abel, J. (2019). Matching response to need: What makes social networks fit for providing bereavement support? *PLoS ONE* 14(3): e0213367. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213367

Aoun, S.M., Breen, L. J., White, I., Rumbold, B., Kellehear, A. (2018). What sources of bereavement support are perceived helpful by bereaved people and why? Empirical evidence for the compassionate communities approach. *Palliative Medicine*, 32(8):1378-1388. doi:10.1177/0269216318774995

Aoun, S.M., Rumbold, B., Howting, D., Bolleter, A., Breen, L. J. (2017). Bereavement support for family caregivers: The gap between guidelines and practice in palliative care. *PLOS ONE 12*(10): e0184750. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184750

Archer, J. (2008). Theories of grief: Past, present, and future perspectives. In: M. Stroebe, *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention, 45-65*. American Psychological Association.

Auszra, L., & Greenberg, L. S. (2007). Client emotional productivity. *European Psychotherapy*, *7*(1), 137-152.

Barbosa, E., Nogueira, D., Cunha, C., Pinheiro, P., Soares, J., Carqueja, E., Jódar, R., Gamoneda, J., Gismero, E., Prieto, M., & Núñes, J. (2022). The Grief and Bereavement and the pandemic by COVID-19: A transnational study on its impact on well-being. *Oral Presentation on the European Grief Conference,* September, Copenhagen, Denmark.

Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. Psychiatry research, 290, 113129. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129

Barker, G. G., & Barker, E. E. (2022). Online therapy: Lessons learned from the COVID-19 health crisis. *British Journal of Guidance & Counselling*, *50*(1), 66–81. https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1889462

Bateman, A. W., Fonagy, P., & Bateman, A. (Eds.) (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice* (1. ed). American Psychiatric Publ.

Baum, E. S., & Rude, S. S. (2013). Acceptance-Enhanced Expressive Writing Prevents Symptoms in Participants with Low Initial Depression. *Cognitive Therapy and Research*, *37*(1), 35–42. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9435-x

Bendel, K. E. (2017). Social work and Moreno: A systematic review of psychodrama methods and implications. *ProQuest Dissertations and Theses*, Retrieved from: https://proxy.library.upenn.edu:7450/docview/1920065271?accountid=14707

Benkel, I., Wijk, H., & Molander, U. (2009). Family and friends provide most social support for the bereaved. *Palliative Medicine*, *23*(2), 141–149. https://doi.org/10.1177/0269216308098798

Bereavement Network Europe (n.d.). *Join BNE*. https://bereavement.eu/

Bertuccio, R. F., & Runion, M. C. (2020). Considering grief in mental health outcomes of COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), 87-89. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tra0000723

Biancalani, G., Franco, C., Guglielmin, M. S., Moretto, L., Orkibi, H., Keisari, S., & Testoni, I. (2021). Tele-psychodrama therapy during the COVID-19 pandemic: Participants' experiences. *The Arts in Psychotherapy*, *75*, 101836. https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101836

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 and Clinical Psychology*, *75*(2), 277-284. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.277

Boelen, P. A., Eisma, M. C., Smid, G. E., Keijser, J. de, & Lenferink, L. I. M. (2020). Remotely Delivered Cognitive Behavior Therapy for Disturbed Grief During the COVID-19 Crisis: Challenges and Opportunities. *Journal of Loss and Trauma*, *26*(3), 211–219. https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1793547

Boelen, P. A., & Huntjens, R. J. C. (2008). Intrusive images in grief: An exploratory study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *15*(4), 217–226. https://doi.org/10.1002/cpp.568

Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2022). Prolonged grief disorder in DSM-5-TR: Early predictors and longitudinal measurement invariance. Austraulian & New Zeland Journal of Psychiatry, 56, 6, 667-674. Doi: 10.1177/00048674211025728

Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Smid, G. E. (2016). Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertainty with symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress, and depression after bereavement. *Journal of Anxiety Disorders*, *41*, 65–72. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.004

Boelen, P. A., & Smid, G. E. (2017). Disturbed grief: Prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ: British Medical Journal*, *357*. https://doi.org/10.1136/bmj.j2016

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. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x

Boelen, P. A., van den Hout, M., & van den Bout, J.. (2013). Prolonged grief disorder: Cognitive-behavioral theory and therapy. In: M. Stroebe, H. Schut, & J. V. d. Bout (Eds.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*, 221–234. Routledge/Taylor & Francis Group.

Bonanno, G. A., Boerner, K., & Wortman, C. B. (2008). Trajectories of grieving. In: M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention,* 287–307. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14498-014

Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, *21*(5), 705–734. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3

Bonanno, G. A., & Malgaroli, M. (2020). Trajectories of grief: Comparing symptoms from the *DSM-5* and ICD-11 diagnoses. *Depression and Anxiety*, *37*(1), 17–25. https://doi.org/10.1002/da.22902

Boss, P., Roos, S., & Harris, D. L. (2021). Grief in the Midst of Ambiguity and Uncertainty. I R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer, & G. F. Thornton, *Grief and Bereavement in Contemporary Society,*163–175. Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003199762-16

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1). Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger* (Vol. 2). Basic Books.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Sadness and depression* (Vol. 3). Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*. Routledge.

Breen, L. J., Mancini, V. O., Lee, S. A., Pappalardo, E. A., & Neimeyer, R. A. (2022). Risk factors for dysfunctional grief and functional impairment for all causes of death during the COVID-19 pandemic: The mediating role of meaning. *Death Studies*, *46*(1), 43-52. https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1974666

British Association for Counseling and Psychotherapy (2021). *Online and phone therapy (OPT) competence framework: User guide*. https://www.bacp.co.uk/media/10850/bacp-online-and-phone-therapy-user-guide-feb21.pdf

Broberg, A., Grandquist, P., Ivarsson, T., & Mothander, P. R. (2008). *Tilknytningsteori—Betydningen af nære følelsesmæssige relationer*. Hans Reitzels Forlag.

Bryant, R. A., Kenny, L., Joscelyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., Hopwood, S., & Nickerson, A. (2017). Treating Prolonged Grief Disorder: A 2-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *78*(9), 1363–1368. https://doi.org/10.4088/JCP.16m10729

Buglass, E. (2010). Grief and bereavement theories. *Nursing Standard*, *24*(41), 44–47. https://doi.org/10.7748/ns2010.06.24.41.44.c7834

Burke, L. A. & Neimeyer, R. A. (2012). Prospective Risk Factors for Complicated Grief: A Review of the Empirical Literature. In M. Stroube, H. Schut, & J. van den Bout (Eds.). *Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals*, 145-161. Routledge.

Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Meaning making. In: M. Cobb, C. M. Puchalski & B. Rumbold (Eds.). In *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare,* 127–133. Oxford University Press.

Burrell, A., & Selman, L. E. (2022). How do Funeral Practices Impact Bereaved Relatives' Mental Health, Grief and Bereavement? A Mixed Methods Review with Implications for COVID-19. OMEGA - Journal of Death and Dying, *85*(2), 345–383. https://doi.org/10.1177/0030222820941296

Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. http://site.ebrary.com/id/10895851

Carvalheiro, A.M., Faria, C., Semeão, I., & Martinho, S. M. (2021). Caring for End-of-Life Patients and Their Families, During Life, and Mourning, in the COVID-19 Era -The Experience of a Palliative Care Team in Portugal. *Front. Psychiatry*, 12. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.624665

Chan, H. (2022). Death, burials and funerals: grieving in the shadow of COVID-19. *The Journal of the Society for Advanced Legal Studies*, *3*(2), 250-277.

Chapple, A., & Ziebland, S. (2010). Viewing the body after bereavement due to a traumatic death: Qualitative study in the UK. *BMJ: British Medical Journal*, *340*(apr30 2), c2032–c2032. https://doi.org/10.1136/bmj.c2032

Chopra, K. K., & Arora, V. K. (2020). COVID-19 and social stigma: Role of scientific community. *Indian Journal of Tuberculosis*, *67*(3), 284-285. https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2020.07.012

Cipolletta, S., Entilli, L., Bettio, F., & De Leo, D. (2021). Live-Chat Support for People Bereaved by Suicide: A Thematic Analysis. *Crisis*, *43*(2), 1-7. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000759

Cipolletta, S., Entilli, L., & Filisetti, S. (2022). Uncertainty, shock and anger: Recent loss experiences of first-wave COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of Community & Applied Social Psychology,* 1-15. https://doi.org/10.1002/casp.2604

Cooper, M. (2020). Relational depth in online therapy: can it be experienced, and what facilitates and inhibiths it? Retrieved from https://mick-cooper.squarespace.com/new-blog/2020/3/18/relational-depth-in-online-counselling-and-psychotherapy-can-you-get-there-and-what-facilitates-and-inhibits-it

Costantini, M., Sleeman, K. E., Peruselli, C., & Higginson, I. J. (2020). Response and role of palliative care during the COVID-19 pandemic: A national telephone survey of hospices in Italy. *Palliative Medicine*, *34*(7), 889-895. https://doi.org/10.1177/0269216320920780

Cruz, A., Sales, C., Alves, P., & Moita, G. (2018). The core techniques of Morenian psychodrama: A systematic review of literature. *Frontiers in psychology*, 1263. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01263

Cullberg, J. (2008). *Krise og udvikling*. Hans Reitzel.

Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2010). Do CBT-based interventions alleviate distress following bereavement? A review of the current evidence. *International Journal of Cognitive Therapy, 3*(1), 77–93. https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.1.77

Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist, 55*(2), 205–217. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.2.205

Dayton, T. (2005). The use of psychodrama in dealing with grief and addiction-related loss and trauma. *Journal of Group Psychotherapy Psychodrama and Soiometry*, 58(1), 15-35.

Di Blasi, M., Gullo, S., Mancinelli, E., Freda, M. F., Esposito, G., Gelo, O. C. G., ... & Coco, G. L. (2021). Psychological distress associated with the COVID-19 lockdown: A two-wave network analysis. *Journal of affective disorders*, *284*, 18-26 https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.016

Dickson, B. (2002). An Invisible Grief – Group Work with Bereaved Siblings. *Australian and Aotearoa New Zealand Psychodrama Association Journal*, (11), 20–30. https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.608472030430810

Diolaiuti, F., Marazziti, D., Beatino, M. F., Mucci, F., & Pozza, A. (2021). Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry Research*, *300*, 113916. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113916

Dorrucci, M., Minelli, G., Boros, S., Manno, V., Prati, S., Battaglini, M., Corsetti, G., Andrianou, X. Riccardo, F., Fabiani, M., Vescio, M. F., Spuri, M., Mateo-Urdiales, A., Del Manso, M., Pezzotti, P., Bella, A., & the Italian Integrated Surveillance COVID-19 Group. (2022). A population-based cohort approach to assess the excess mortality due to the spread of COVID-19 in Italy, January-May 2020. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanita*, *58*(1), 25-33.

Dyregrov, A. (2011). Akut kriseintervention. *Månedsskrift for Almen Praksis og Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*, *89*(10).

Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2009). *Krisepsykologi i praksis*. Dansk Psykologisk Forlag.

Eisma, M. C., Boelen, P. A., & Lenferink, L. I. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, *288*, 113031. https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.psychres.2020.113031

Eisma, M. C., & Tamminga, A. (2020). Grief Before and During the COVID-19 Pandemic: Multiple Group Comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, *60*(6), e1–e4. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004

Eisma, M. C., Tamminga, A., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2021). Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *Journal of affective disorders*, *278*, 54-56. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049

Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The Essence of Process-Experiential/Emotion-Focused Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, *61*(3), 241–254. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.241

European Grief Conference (n.d.). *Welcome.* https://egc2022.dk/

Eurostat (n.d.). *Statistics Explained.* https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Main_Page

Farinha-Silva, S., & Reis-Pina, P. (2020). COVID-19: From Grief and Mourning to Prolonged Grief Disorder. *Acta Médica Portuguesa*, *33*(10), 709. https://doi.org/10.20344/amp.14701

Farmer, C., Moreno, Z. T., Campbell, D., & Draper, R. (2018). *Psychodrama and systemic therapy*. Routledge.

Felice, C., Di Tanna, G. L., Zanus, G., & Grossi, U. (2020). Impact of COVID-19 outbreak on healthcare workers in Italy: results from a national E-survey. Journal of community health, 45(4), 675-683. https://doi.org/10.1007/s10900-020-00845-5

Fernández, Ó., & González-González, M. (2020). The Dead with No Wake, Grieving with No Closure: Illness and Death in the Days of Coronavirus in Spain. *Journal of Religion and Health*, *61*(1), 703-721. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01078-5

Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* Brunner/Mazel.

Figusch, Z. (2009). From one-to-one psychodrama to large group socio-psychodrama: More writings from the arena of Brazilian psychodrama. *Morrisville, NC: www. lulu. com*.

Fisher, J. E., Rice, A. J., Zuleta, R. F., & Cozza, S. J. (2022). Bereavement during the COVID-19 Pandemic: Impact on Coping Strategies and Mental Health. *Psychiatry*, 1–19. https://doi.org/10.1080/00332747.2022.2051141

Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 563–584). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10436-024

Foulkes, S. H., & Anthony, E. J. (1965). *Group psychotherapy: The psychoanalytic approach.* Karnac Books.

Franza, F., Basta, R., Pellegrino, F., Solomita, B., & Fasano, V. (2020). The role of fatigue of compassion, burnout and hopelessness in healthcare: Experience in the time of COVID-19 outbreak. *Psychiatria Danubina*, 32 (suppl. 1), 10-14.

Frattaroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *132*(6), 823–865. https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823

Freeston, M., Tiplady, A., Mawn, L., Bottesi, G., & Thwaites, S. (2020). Towards a model of uncertainty distress in the context of Coronavirus (COVID-19). *The Cognitive Behaviour Therapist*, *13*, E31. https://doi.org/10.1017/S1754470X2000029X

Freud, S. (1913). Totem and Taboo. In *The Origins of Religion—The Pelican Freud Library*, Vol. 13. Penguin Books.

Freud, S. (1917). Sorg og Melankoli. In: Freud, S. (1983), *Metapsykologi,* Vol. 1. Hans Reitzels Forlag.

Garcia, A. Buchanan D.R. (2000). Psychodrama. In P. Lewis, D.R. Johnson (Eds.), Current approaches in drama therapy, Charles C. Thomas, Springfield, IL (2000), pp. 162-195

Geller, S. M. (2017). A practical guide to cultivating therapeutic presence. *American Psychological Association*. https://doi.org/10.1037/0000025-000

Geller, S. (2020). Cultivating online therapeutic presence: strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counseling Psychology Quarterly,* *34*:3-4, 687-703. DOI: 10.1080/09515070.2020.1787348

Geller, S. (2021). Cultivating online therapeutic presence: Strengthening therapeutic relationships in teletherapy sessions. *Counselling Psychology Quarterly*, *34*(3-4), 687-703. https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1787348

Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2015). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy* (2nd Ed.). American Psychological Association.

Giacomucci, S. (2021). Psychodrama and Social Work Theory. In: Social Work, Sociometry, and Psychodrama. Psychodrama in Counselling, Coaching and Education, vol 1. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-33-6342-7_6

Gilart, E., Lepiani, I., Núñez, M. J. C., Roman, I. C., & Bocchino, A. (2021). When Nurses Become Patients. Validation of the Content of the Diagnostic Label Professional Traumatic Grief. *Healthcare*, *9*(8), 1082. https://doi.org/10.3390/healthcare9081082

Gillies, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Loss, Grief, and the Search for Significance: Toward a Model of Meaning Reconstruction in Bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, *19*(1), 31–65. https://doi.org/10.1080/10720530500311182

Gnasso, R., Iommazzo, I., Corbi, G., Celi, F., Iannicelli, A. M., Ferrara, N., & Ruosi, C. (2022). Italian long-term care facilities during COVID-19 era: A review. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, *70*(2), 1-10. https://doi.org/10.36150/2499-6564-N365

Goel, A., & Gupta, L. (2020). Social Media in the Times of COVID-19. *Journal of Clinical Rheumatology*, *26*(6), 220–223. https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001508

Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. Guilford Press.

Guldin, M. (2010). De store teoriers fald – Træk af sorgteori gennem tiden. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund*, *7*(12), 155–173. https://doi.org/10.7146/tfss.v7i12.2961

Guldin, M. (2014). *Tab og sorg: En grundbog for Professionelle*. Hans Reitzels Forlag.

Guldin, M. (2018). *Sorgterapi—Evidens og terapeutiske metoder i praksis*. Akademisk Forlag.

Guldin, M. (2019). *Tab og sorg—En grundbog for professionelle* (2nd ed.). Hans Reitzels Forlag.

Guldin, M.-B., Li, J., Pedersen, H. S., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M., Cnattingius, S., Olsen, J., & Vestergaard, M. (2015). Incidence of Suicide Among Persons Who Had a Parent Who Died During Their Childhood: A Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry*, *72*(12), 1227. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2094

Gullo, S., Gelo, O. C. G., Bassi, G., Lo Coco, G., Lagetto, G., Esposito, G., Pazzagli, C., Salcuni, S., Freda, M. F., Mazzeschi, C., Giordano, C., & Di Blasi, M. (2022). The role of emotion regulation and intolerance to uncertainty on the relationship between fear of COVID-19 and distress. *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03071-5

Halty, L., Halty, A., & Gismero, E. (2020). Apoyo psicológico online durante de la declaración del primer estado de alarma en España a través de la herramienta iENCUIST. *Cuadernos de la Guardia Civil: Revista de seguridad pública*, (1), 83-98.

Harrsen, K., Tølbøll, M. M., & Larsen, L. H. (2022). Effects of an Integrated Treatment Program on Grief and Distress Among Parentally Bereaved Young Adults. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282110697. https://doi.org/10.1177/00302228211069713

Hart, V. A. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in Mental Health Nursing*, *23*(1), 31-41. https://doi.org/10.1080/01612840252825464

Hebert, R. S., Schulz, R., Copeland, V. C., & Arnold, R. M. (2009). Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients. *Journal of pain and symptom management*, *37*(1), 3-12. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.12.010

Heeke, C., Kampisiou, C., Niemeyer, H., & Knaevelsrud, C. (2017). A systematic review and meta-analysis of correlates of prolonged grief disorder in adults exposed to violent loss. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(sup6), 1583524. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1583524

Hernández-Fernández, C., & Meneses-Falcón, C. (2021). I can't believe they are dead. Death and mourning in the absence of goodbyes during the COVID-19 pandemic. *Health & Social Care in the Community*, *30*(4). https://doi.org/10.1111/hsc.13530

Hershberger, P. J., & Walsh, W. B. (1990). Multiple Role Involvements and the Adjustment to Conjugal Bereavement: An Exploratory Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *21*(2), 91–102. https://doi.org/10.2190/K8D3-NTBT-KTMF-58CB

Holmes, P., & Kirk, K. (2014). *Empowering therapeutic practice: Integrating psychodrama into other therapies*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*(2), 223–233. https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223

Imber-Black, E. (2020). Rituals in the Time of COVID-19: Imagination, Responsiveness, and the Human Spirit. *Family Process*, *59*(3), 912–921. https://doi.org/10.1111/famp.12581

Ingravallo, F. (2020). Death in the era of the COVID-19 pandemic. *The Lancet Public Health*, *5*(5), e258. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30079-7

Irish Hospice Foundation (n.d.). *Adult Bereavement Care Pyramid*. https://hospicefoundation.ie/our-supports-services/bereavement-loss-hub/i-work-in-bereavement/adult-bereavement-care-pyramid/

Instituto de Salud Carlos Tercero (n.d.) *Panel de monitorización de la moratalidad (MoMo).* https://momo.isciii.es/panel_momo/

Istituto Superiore di Sanità (2021a). Epidemiology for Public Health. https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/sars-cov-2-surveillance-long-term#writers

Istituto Superiore di Sanità (2021b). Epidemiology for Public Health. https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/sars-cov-2-analysis-of-deaths

Istvan, P. (2014). *Tragedy in the potential space. The possibilities of psychodrama in the psychotherapy of the traumatic loss.* Enikoo Albert-Loorincz.

Janoff-Bulman, R. (1990). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma.* Free Press.

JHU CSSE - Johns Hopkins University Center for systems science and engineering. Available online: https://raw.githubusercontent.com/CSSEGISandData/COVID-19/master/csse_covid_19_data/csse_covid_19_time_series/time_series_covid19_confirmed_global.csv, Accessed 24th April 2022

Johannsen, M., Damholdt, M. F., Zachariae, R., Lundorff, M., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2019). Psychological interventions for grief in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, *253*, 69–86. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.065

Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work?. *Death studies*, *27*(9), 765-786. https://doi.org/10.1080/713842360

Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, *68*(9), 791–800. https://doi.org/10.1037/a0035001

Jurist, E. L. (2005). Mentalized Affectivity. *Psychoanalytic Psychology, 22*, 426-444. https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.3.426

Kalantari, M., Yule, W., Dyregrov, A., Neshatdoost, H., & Ahmadi, S.J. (2012). Efficacy of writing for recovery on traumatic grief symptoms of Afghani refugee bereaved adolescents: a randomized control trial. *Omega,65*(2):139-50. doi: 10.2190/OM.65.2.d. PMID: 22953510

Karterud, S. (2015). *Mentalization-based group therapy (MBT-G): A theoretical, clinical, and research manual*. Oxford University Press.

Karterud, S., & Bateman, A. W. (2012). Group Therapy Techniques. In: A. W. Bateman and P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing, 81–105.

Kaur-Aujla, H., Lillie, K., & Wagstaff, C. (2022). Prognosticating COVID Therapeutic Responses: Ambiguous Loss and Disenfranchised Grief. *Frontiers in Public Health*, *10*, 799593. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.799593

Kellermann, P. F. (1992). *Focus on psychodrama: The therapeutic aspects of psychodrama*. Jessica Kingsley.

Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V., Legriel, S., Cariou, A., Jaber, S., ... & Azoulay, É. (2015). Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal*, *45*(5), 1341-1352. 341-348. https://doi.org/10.1183/09031936.00160014

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

Killikelly, C., & Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1476441. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441

Kipper, D. A. (1997). Classical and contemporary psychodrama: A multifaceted, action-oriented psychotherapy. *International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing, 50*(3), 99–107.

Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief.* (pp. xxi, 361). Taylor & Francis.

Klass, D., & Steffen, E. M. (Eds.). (2018). *Continuing Bonds in Bereavement. New Directions for Research and Practice.* Routledge.

Kokou-Kpolou, C. K., Fernández-Alcántara, M., & Cénat, J. M. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), S94–S95. https://doi.org/10.1037/tra0000798

Kristensen, P., Weisæth, L., & Heir, T. (2012). Bereavement and Mental Health after Sudden and Violent Losses: A Review. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *75*(1), 76–97. https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.1.76

Kübler-Ross, E. (2006). *Døden og den døende*. Gyldendal.

Larsen, L. H. (2022). Letter Writing as a Clinical Tool in Grief Psychotherapy. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282110701. https://doi.org/10.1177/00302228211070155

Larsen, L. H., Guldberg, A., & Kring, V. (2021). A Group Therapy Program for Parentally Bereaved Young Adults With Grief Complications: Rationale, Method and Case Examples. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 003022282199770. https://doi.org/10.1177/0030222821997705

Larsen, L., Joesen, B. V., O'Connor, M. & Farver-Vestergaard, I. (2020). *Psykologiske interventioner for mennesker med behandlingskrævende sorg – anbefalinger til praksis*. Det Nationale Sorgcenter.

Larsen, L., Lauritzen, L., & O'Connor, M. (2018). Kompliceret sorg og vedvarende sorglidelse: Begrebsmæssig adskillelse og sammenhæng. *Psyke & Logos*, *1*, 15–23.

Lenferink, L. I. M., Nickerson, A., Keijser, J., Smid, G. E., & Boelen, P. A. (2020). Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depression and Anxiety*, *37*(1), 35–44. https://doi.org/10.1002/da.22850

LeRoy, A. S., Robles, B., Kilpela, L. S., & Garcini, L. M. (2020). Dying in the face of the COVID-19 pandemic: Contextual considerations and clinical recommendations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(S1), 98-99. https://doi.org/10.1037/tra0000818

Leutz, G. (1974). *Psychodrama - Theorie und Praxis*. Springer Verlag.

Levi-Belz, Y., & Lev-Ari, L. (2019). Is There Anybody Out There? Attachment Style and Interpersonal Facilitators as Protective Factors Against Complicated Grief Among Suicide-Loss Survivors. *Journal of Nervous & Mental Disease*, *207*(3), 131–136. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000940

Lipman, L. (2003). The triadic system: Sociometry, psychodrama, and group psychotherapy. In J. Gershoni (Ed.), *Psychodrama in the 21 century: Clinical and educational applications*. Springer Publishing Company

Lowe, J., Rumbold, B., & Aoun, S. M. (2020). Memorialisation during COVID-19: implications for the bereaved, service providers and policy makers. *Palliative Care and Social Practice,* 14, 2632352420980456.

Lundin, T. (1984). Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *The British Journal of Psychiatry*, *144*(1), 84-88. https://doi.org/10.1192/bjp.144.1.84

Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health psychology: A critical introduction*. Cambridge University Press.

Mansueto, G., Lopes, F. L., Grassi, L., & Cosci, F. (2021). Impact of COVID-19 outbreak on Italian healthcare workers versus general population: Results from an online survey. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(6), 1334–1345. https://doi.org/10.1002/cpp.2644

Margherita, G. (2009). *Narrazione e rappresentazione nella psicodinamica di gruppo* [Narration and representation in group psychodynamics]. Franco Angeli.

Marinaci, T., Carpinelli, L., Venuleo, C., Savarese, G., & Cavallo, P. (2020). Emotional distress, psychosomatic symptoms and their relationship with institutional responses: A survey of Italian frontline medical staff during the Covid-19 pandemic. Heliyon, 6(12), e05766. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05766

Marinaci, T., Venuleo, C., & Savarese, G. (2021). The COVID-19 pandemic from the health workers' perspective: Between health emergency and personal crisis. *Human Arenas*, 1-21. https://doi.org/10.1007/s42087-021-00232-z

Mason, T. M., Tofthagen, C. S., & Buck, H. G. (2020). Complicated Grief: Risk Factors, Protective Factors, and Interventions. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, *16*(2), 151–174. https://doi.org/10.1080/15524256.2020.1745726

Maass, U., Hofmann, L., Perlinger, J., & Wagner, B. (2020). Effects of bereavement groups-a systematic review and meta-analysis. *Death Studies*, 1–11. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1772410

Mcvea, C., & Gow, K. (2006). Healing a Mother's Emotional Pain: Protagonist and Director Recall of a Therapeutic Spiral Model (TSM) Session. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, & Sociometry*, *59*(1), 3–22. https://doi.org/10.3200/JGPP.59.1.3-22

McVea, C. S., Gow, K., & Lowe, R. (2011). Corrective interpersonal experience in psychodrama group therapy: A comprehensive process analysis of significant therapeutic events. *Psychotherapy Research*, *21*(4), 416–429. https://doi.org/10.1080/10503307.2011.577823

Mencacci, C., & Salvi, V. (2021). Expected effects of COVID-19 outbreak on depression incidence in Italy. *Journal of Affective Disorders*, *278*, 66–67. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.043

Menichetti-Delor, J. P., Borghi, L., Cao di San Marco, E., Fossati, I., & Vegni, E. (2021). Phone follow up to families of COVID-19 patients who died at the hospital: Families' grief reactions and clinical psychologists' roles. *International Journal of Psychology*, *56*(4), 498-511. https://doi.org/10.1002/ijop.12742

Merlevede, E., Spooren, D., Henderick, H., Portzky, G., Buylaert, W., Jannes, C., Calle, P., Van Staey, M., De Rock, C., Smeesters, L., Michem, N., & van Heeringen, K. (2004). Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. *Resuscitation*, *61*(3), 341–348. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2004.01.024

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Berant, E. (2013). An Attachment Perspective on Therapeutic Processes and Outcomes: Attachment and Therapeutic Processes. *Journal of Personality*, *81*(6), 606–616. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2012.00806.x

Miles, L., & Corr, C. A. (2017). Death Cafe: What Is It and What We Can Learn From It. *OMEGA - Journal of Death and Dying, 75*(2), 151–165. https://doi.org/10.1177/0030222815612602

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *The Journal of Nursing Scholarship*, *20*(4), 225–232. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x

Mogensen, J., & Engelbrekt, P. (2013). *At forstå sorg: Teoretiske og praktiske perspektiver*. Samfundslitteratur.

Montesarchio, G., & Marzella, E. (2004). Novantanove giochi per la scuola, il teatro, l'azienda, il gruppo (Ninety-nine games for school, theater, company, group). Milano, Franco Angeli.

Moreira, W., Sousa, K., Sousa, A., Santana, T., Zeitoune, R., & Nóbrega, M. (2021). Mantal health interventions implemented in the COVID-19 pandemic: what is the evidence? Rev Bras Enferm, 74, 1. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0635

Morgan, D., et al. (2020), "Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID-19", OECD Health Working Papers, No. 122, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en

Morlino, I. (2020) Italy. In: K. M. Millar, Y. Han, M. Bayly, K. Kuhn, & I. Morlino, *Confronting the COVID-19 Pandemic. Grief, loss and social order*, 27-33. The London School of Economics and Political Science – Department of International Relations.

Morris, S., Moment, A., & Thomas, J. (2020). Caring for bereaved family members during the COVID19 pandemic: Before and after the death of a patient. *Journal of Pain and Symptom Management, 60*, 20. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.002

Mortazavi, S. S., Shahbazi, N., Taban, M., Alimohammadi, A., & Shati, M. (2021). Mourning During Corona: A Phenomenological Study of Grief Experience Among Close Relatives During COVID-19 Pandemics. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 00302228211032736. https://doi.org/10.1177/00302228211032736

Neimeyer, R. A. (2000). Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, *24*(6), 541–558. https://doi.org/10.1080/07481180050121480

Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10397-000

Neimeyer, R. A. (2002). Deconstructing 9/11: A constructivist commentary. *The Humanistic Psychologist,* 30, 293-305.

Neimeyer, R. A. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative contribution. *Psychological Inquiry,* 15, 53-59.

Neimeyer, R. (2005). Grief, loss, and the quest for meaning: Narrative contributions to bereavement care. *Bereavement Care*, *24*(2), 27–30. https://doi.org/10.1080/02682620508657628

Neimeyer, R. A. (2006). Defining the new normal: Scientific and social construction of complicated grief. *Omega, 52*, 95-97.

Neimeyer, R. A. & Currier, J. M. (2009). Grief therapy: Evidence of efficacy and emerging directions. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 352-356.

Neimeyer, R. A. (2022). *New techniques of grief therapy. Bereavement and Beyond*. Routledge.

Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *40*(2), 73–83. https://doi.org/10.1007/s10879-009-9135-3

Neimeyer, R. A. & Hooghe, A. (2018). Reconstructing the continuing bond: A case study in grief therapy. In D. Klass & E. Steffan (Eds.). *Continuing bonds in bereavement: New directions for research and practice.* New York: Routledge.

Neimeyer, R. & Sands, D. (2022). Meaning Reconstruction in Bereavement. From principles to pactice. In R. Neimeyer, D. Harris, H. Winokuer, & G. Thornton. *Grief and Bereavemnet in Contemporary Society.* Routeledge.

Milman, E., & Neimeyer, R. A. (2020). Meaning-making in bereavement transitions: Review and clinical relevance. In E. M. Altmaier (Ed.), *Navigating life transitions for meaning* (pp. 69–89). Elsevier Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818849-1.00005-9

Neimeyer, R.A., Milman, E.J., & Steffen, E.M. (2022). The Meaning in Loss Group. Principles, Processes and Procedures. In R.A. Neimeyer (Eds.). *New techniques of Grief Therapy. Bereavement and Beyond* (pp. 26-45). Routdledge.

NICE (2022). *Developing NICE guidelines: the manual*. Retrieved by https://www.nice.org.uk/process/pmg20

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

Nolte, J. (2020). *J.L. Moreno and the psychodramatic method: On the practice of psychodrama*. Routledge.

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidensbased responsiveness* (2nd Ed.). Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3rd Ed.). Oxford University Press.

O'Rourke, T., Spitzberg, B. H., & Hannawa, A. F. (2011). The Good Funeral: Toward an Understanding of Funeral Participation and Satisfaction. *Death Studies*, *35*(8), 729–750. https://doi.org/10.1080/07481187.2011.553309

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (n.d.). *Health spending (2020).* Retrieved 12th of June, 2020, from https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm

OPP. (2020). *Comentário técnico e contributo da OPP. Estratégia de Resposta COVID-19- Saúde Mental*. OPP.

Parolin, L. A. L., Benzi, I. M. A., Fanti, E., Milesi, A., Cipresso, P., & Preti, E. (2021). Italia Ti Ascolto [Italy, I am listening]: An app-based group psychological intervention during the COVID-19 pandemic. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, *24*(1). https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.517

Parro-Jiménez, E., Morán, N., Gesteira, C., Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2021). Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España. *Anales de Psicología*, *37*(2), 189–201. https://doi.org/10.6018/analesps.443271

Payàs Puigarnau, A., & Chaurand Morales, A. (2019). Unfolding Meaning From Memories: An Integrative Meaning Reconstruction Method for Counseling the Bereaved. *Illness, Crisis & Loss*, *27*(3), 209–225. https://doi.org/10.1177/1054137316687954

Pennebaker, J. W., Colder, M., & Sharp, L. K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(3), 528–537. https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.3.528

Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(2), 239–245. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.2.239

Pennebaker, J. W. (1997). Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process. *Psychological Science*, *8*(3), 162–166. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x

Picardi, A., Miniotti, M., Leombruni, P., & Gigantesco, A. (2021). A Qualitative Study Regarding COVID-19 Inpatient Family Caregivers' Need for Supportive Care. *Clinical Practice &*

Epidemiology in Mental Health, *17*(1), 161-169. http://dx.doi.org/10.2174/1745017902117010161

Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., Compare, A., & Silani, V. (2021). Telepsychotherapy: A leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly*, *34*(3–4), 352–367. https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1769557

Polidori, M. C., Maggi, S., Mattace-Raso, F., & Pilotto, A. (2020). The unavoidable costs of frailty: a geriatric perspective in the time of COVID-19. *Geriatric Care*, *6*(1). https://doi.org/10.4081/gc.2020.8989

Porges, S. W. (2017). *The pocket guide to the polyvagal theory: The transformative power of feeling safe.* W. W. Norton & Co.

Porges, S. W. (2021). Polyvagal theory: a biobehavioral journey to sociability. *Comprehensive Psychoneuroendocronology, 7*, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2021.100069

Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criterio for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG13-R) scale. *World Psychiatry, 20*, 1, 96-106.

Rosner, R., Pfoh, G., & Kotoučová, M. (2011). Treatment of complicated grief. *European Journal of Psychotraumatology*, *2*(1), 7995. https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.7995

Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. *Cognitive Behaviour Therapy*, *44*(3), 223–236. https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1008033

Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Internet-based cognitive—behavior therapy for procrastination: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *83*(4), 808–824. https://doi.org/10.1037/ccp0000023

Sammons, M. T., VandenBos, G. R., & Martin, J. N. (2020). Psychological Practice and the COVID-19 Crisis: A Rapid Response Survey. *Journal of Health Service Psychology*, *46*(2), 51–57. https://doi.org/10.1007/s42843-020-00013-2

Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Interventions to Enhance Adaptation to Bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, *8*(supplement 1), s.140 - s.147. https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.s-140

Schützenberger-Ancelin, A. (1979). Psychodrama. *Ein Abriß, Erläuterung der*.

Selman, L. E., Chamberlain, C., Sowden, R., Chao, D., Selman, D., Taubert, M., & Braude, P. (2021). Sadness, despair and anger when a patient dies alone from COVID-19: A thematic content analysis of Twitter data from bereaved family members and friends. *Palliative Medicine*, *35*(7), 1267–1276. https://doi.org/10.1177/02692163211017026

Serrão, C., Duarte, I., Castro, L., & Teixeira, A. (2021). Burnout and Depression in Portuguese Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic—The Mediating Role of Psychological Resilience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 636.

Serviço Nacional De Saúde (n.d.). *Linha de Apoio Psicológico do SNS 24.* https://www.inem.pt/2022/04/06/linha-de-apoio-psicologico-do-sns-24/

Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N.,

Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M.-F., … Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, *28*(2), 103–117. https://doi.org/10.1002/da.20780

Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, *372*(2), 153–160. https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618

Shear, K. (2017). *Complicated Grief: A guidebook for therapists. An adaptation of Complicated Grief Therapy*. Unpublished treatment manual.

Shear, M. K., & Gribbin Bloom, C. (2017). Complicated Grief Treatment: An Evidence-Based Approach to Grief Therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *35*(1), 6–25. https://doi.org/10.1007/s10942-016-0242-2

Shear, M. K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of Complicated Grief in Elderly Persons: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *71*(11), 1287–1295. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242

Shear, M. K., Reynolds, C. F., Simon, N. M., Zisook, S., Wang, Y., Mauro, C., Duan, N., Lebowitz, B., & Skritskaya, N. (2016). Optimizing Treatment of Complicated Grief. *JAMA Psychiatry*, *73*(7), 685–694. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0892

Somov, P. G. (2008). A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*, *35*(2), 151-161.https://doi.org/10.1016/j.aip.2007.11.002

Statistical National Institute (2022). Mortalidade por COVID-19 mais elevada e prematura nos homens – 2020. Retrieved in

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=540774816&DESTAQUESmodo=2

Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Introduction: Concepts and issues in contemporary research on bereavement. In *Handbook of Bereavement Research. Consequences, Coping, and Care.* American Psychological Association.

Stroebe, M. S., Folkman, S., Hansson, R. O., & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social science & Medicine*, *63*(9), 2440-2451. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.012

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, *23*(3), 197–224. https://doi.org/10.1080/074811899201046

Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *61*(4), 273–289. https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b

Stroebe, M., & Schut, H. (2021). Bereavement in times of COVID-19: A review and theoretical framework. OMEGA-Journal of Death and Dying, 82(3), 500-522.https://doi.org/10.1177/0030222820966928

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

Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. S., & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement?. *Journal of social and Clinical Psychology*, *24*(7), 1030-1050. https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.7.1030

Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The Therapeutic Relationship in E-therapy for Mental Health: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(4), e110. https://doi.org/10.2196/jmir.2084

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 1–18. http://www.jstor.org/stable/20447194

Testoni, I., Cichellero, S., Kirk, K., Cappelletti, V., & Cecchini, C. (2019). When death enters the theater of psychodrama: Perspectives and strategies of psychodramatists. *Journal of Loss and Trauma*, *24*(5-6), 516-532. https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1548996

Testoni, I., Azzola, C., Tribbia, N., Biancalani, G., Iacona, E., Orkibi, H., & Azoulay, B. (2021). The COVID-19 Disappeared: From Traumatic to Ambiguous Loss and the Role of the Internet for the Bereaved in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 620583. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.620583

The Economist (2021, Oct 20th). *Tracking covid-19 excess deaths across countries*. https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker. Retrieved May 13th, 2022.

Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2014). Risk Factors for Developing Prolonged Grief During Bereavement in Family Carers of Cancer Patients in Palliative Care: A Longitudinal Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, *47*(3), 531–541. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022

Torrens-Burton, A., Goss, S., Sutton, E., Barawi, K., Longo, M., Seddon, K., Carduff, E., Farnell, D. J. J., Nelson, A., Byrne, A., Phillips, R., Selman, L. E., & Harrop, E. (2022). 'It was brutal. It still is': A qualitative analysis of the challenges of bereavement during the COVID-19 pandemic reported in two national surveys. *Palliative Care and Social Practice*, *16*, 1-17. https://doi.org/10.1177/26323524221092456

Treanor, A. (2017). *The extent to which relational depth can be reached in online therapy and the factors that facilitate and inhibit that experience: a mixed methods study*. PsychD dissertation. University of Roehampton.

van der Houwen, K., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., & Bout, J. van den. (2010). Mediating processes in bereavement: The role of rumination, threatening grief interpretations, and deliberate grief avoidance. *Social Science & Medicine*, *71*(9), 1669–1676. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.047

Vito, A. (2021). Chi aiuta le famiglie in lutto? (Who helps grievin family?) *Frattali*, *1*, 133-139. von Ameln, F., & Becker-Ebel, J. (2020). *Fundamentals of psychodrama*. Springer.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. *Death Studies*, *30*(5), 429–453. https://doi.org/10.1080/07481180600614385

Wagner, B., Rosenberg, N., Hofmann, L., & Maass, U. (2020). Web-based Bereavement Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 525. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00525

Wakam, G. K., Montgomery, J. R., Biesterveld, B. E., & Brown, C. S. (2020). Not Dying Alone—Modern Compassionate Care in the COVID-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, *382*(24), e88. https://doi.org/10.1056/NEJMp2007781

Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (Fifth edition). Springer Publishing Company.

World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Retrieved from https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19

Zisook, S., Iglewicz, A., Avanzino, J., Maglione, J., Glorioso, D., Zetumer, S., Seay, K., Vahia, I., Young, I., Lebowitz, B., Pies, R., Reynolds, C., Simon, N., & Shear, M. K. (2014). Bereavement: Course, Consequences, and Care. *Current Psychiatry Reports*, *16*(10), 482. https://doi.org/10.1007/s11920-014-0482-8

Zhai, Y., & Du, X. (2020). Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, Behavior, and Immunity*, *87*, 80-81. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053



AURORA

@COVID19-EU

Articulating a Unified Response to the Covid-19 Outbreak Reconstruction After Loss in Europe

(2021-1-PT01-KA220-VET-000033092)

Funded by the European Union

PARTNERS

UNIVERSIDADE DA MAIA – UMAIA

SÃO JOÃO

COMILLAS UNIVERSIDAD PONTIFICIA

UNIVERSITÀ DEL SALENTO

Danish National Center for Grief