

Hvad er sorg?

Toprocesmodellen for håndtering af sorg

Upubliceret notat af Maja O'Connor, Lektor ved Psykologisk Institut, Aarhus Universitet og Seniorforsker ved Det Nationale Sorgcenter.

Meget få kommer igennem livet uden at opleve dødsfald blandt dem de holder allermest af. Det at miste en elsket person og den reaktion der følger efter – sorgen – er et grundvilkår for det at være menneske, og er i de fleste tilfælde en naturlig og hensigtsmæssig reaktion. Alligevel oplever mange tab af nærtstående som en meget stor belastning. Mange ældre mennesker beskriver for eksempel tab af ægtefælle i alderdommen som den sværeste livsoplevelse overhovedet (1). Her må man huske at vi taler om gamle mennesker, som gennem deres lange liv har oplevet lidt af hvert, inklusiv andre svære ting og store tab. Desuagtet synes 3 ud af 4 at ægtefællens død er det sværeste de nogensinde har skullet igennem (1), og det er ikke ualmindeligt indimellem at føle at man er ved at miste forstanden af den smerte sorgen indebærer. Derfor kan det være godt at vide noget om både naturlige og komplicerede sorgreaktioner. Toprocesmodellen giver et bud på hvordan naturlig sorg kan se ud. Men først lidt om sorgteorier gennem tiden

Tidlige sorgteorier

Freud var en af de første til at beskrive sorg som en psykologisk proces (2). Han beskrev sorg som den naturlige reaktion, der følger når et menneske mister en nærtstående person. Han mente at et såkaldt sorgarbejde var nødvendigt for at komme gennem sorgen på en hensigtsmæssig måde. Sorgarbejde består ifølge Freud i en forløsning af sorgens følelser og frigørelse fra de følelsesmæssige bånd, der binder en til den person man har mistet. Når båndet til den afdøde opløses, frigøres den energi man har bundet op i forholdet og så energien nu kan investeres i andre allerede eksisterende eller nye relationer. En af måderne at frigøre sig fra båndene på, er ifølge Freud at udleve sorgens smertefulde følelser. Det kan blandt andet gøres ved at tale om de voldsomme følelser og her igennem komme i nær kontakt med den smerte disse følelser medfører. Den dybe kontakt med sorgens følelser kan så føre til reaktioner som at græde, hulke, skribe osv. (2). Mange har senere videreført Freuds teori. For eksempel har antagelsen om ”den nødvendige smerte” farvet forståelsen af sorg i Danmark. Her mente man at naturlig og sund sorg indebar bestemte udfordringer, der blandt andet kunne løses ved at komme i kontakt med sorgens

smertefulde følelser (3). Kontakt med disse følelser bestod blandt andet i at mærke efter hvor ondt det gør at miste og ofte at hulke dybt over tabet. Man antog at denne form for gråd var et udtryk for den smerte der var nødvendig at føle, for fuldt ud at kunne acceptere at tabet var sket og ens elskede aldrig kom igen (3). Når sorgarbejdet var fuldført, ville man ifølge denne teori, som det også ses hos Freud, kunne bruge den frigjorte energi til at investere i nye relationer eller interesser. Disse to elementer – at udleve sorgens følelser og at frigøre den energi man antog der var bundet op i båndet til den afdøde – blev betragtet som nødvendig for at komme gennem sorgen på en sund og hensigtsmæssig måde, mens det at undgå sorgens følelser blev betragtet som en uhensigtsmæssig måde at håndtere tabet på (2-5). Denne teori om sorg har betydet at mange – også professionelle som læger, sygeplejersker, socialrådgivere, social- og sundhedspersonale og deres undervisere – har været af den opfattelse, at sorgarbejde via intim og langvarig kontakt med sorgens smertefulde følelser var et nødvendigt skridt, for at komme igennem sorgen på en sund måde. Man har senere fundet, at det at tale om og udleve de voldsomme følelser, der er forbundet med sorg, kan hænge sammen med at få det bedre. Andre gange hjælper det ikke at tale om sorgens følelser. Det at tale meget om sorgens følelser kan endda i visse tilfælde kan hænge sammen med at få det værre end før man begyndte at tale om tabet (6). Samtidig har undersøgelser vist, at undgåelse af at tale om tabsrelaterede følelser for nogle personer kan være beskyttende og medvirke til at de kommer bedre gennem sorgen (7). Disse personer havde det generelt godt på trods af, at de ikke udtrykte deres tanker og følelser, også selvom deres krop indikerede en voldsom reaktion, når de blev konfronteret med ting der mindede dem om den de havde mistet. Det er altså ikke nok at være i sorgens følelser. At kunne holde fri fra sorgen er sandsynligvis lige så vigtigt, og for nogle det allervigtigste for at kunne komme gennem sorgen på en god måde. Mennesker reagerer forskelligt på tab, og ikke alle gennemgår samme elementer i samme rækkefølge efter en nærtståendes død. Derfor er det nødvendigt med en sorgforståelse der giver plads til forskellighed, så man ikke fejlagtigt kommer til at stemple nogle efterladte som ”forkerte” eller endda syge fordi de ikke sørger på den forventede måde.

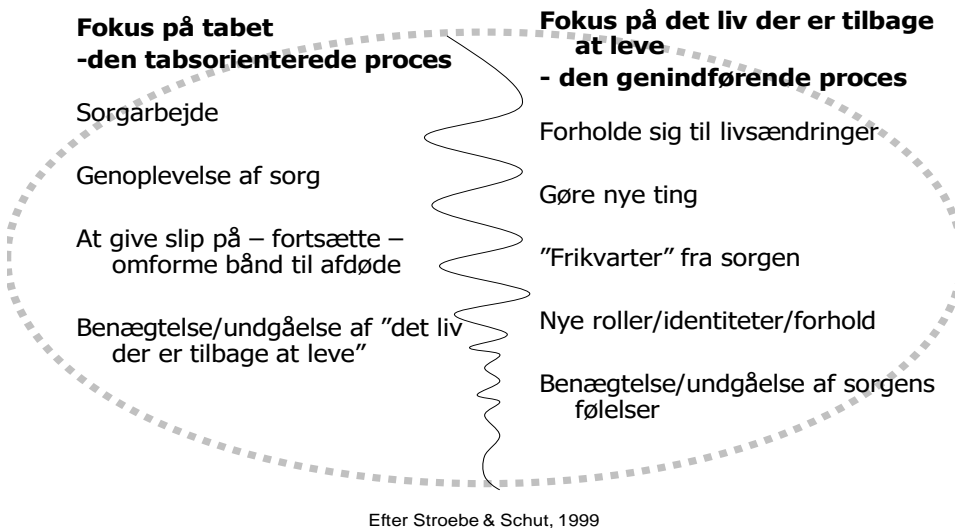
Topprocesmodellen.

Topprocesmodellen forsøger som vist i Figur 1 neden for at give et mere nuanceret bud end tidligere teorier på hvad sorg er (8,9,24). Topprocesmodellen beskriver sorg som en kompleks og dynamisk proces, der hjælper den efterladte med at tilpasse sig sin nye situation. Det centrale i modellen er

den vekselvirkning der foregår mellem på den ene side konfrontation med tabet og på den anden side undgåelse af tabet (8,9,24).

Figur 1

Toprocesmodellen



Konfrontationen med sorgen foregår via en tabsorienteret proces hvor man fokuserer på det man har mistet. Når man er i den tabsorienterede proces, oplever og genoplever man sorgens følelser og arbejder med at fortsætte, omforme eller give slip på de følelsesmæssige bånd man har til den afdøde. I den tabsorienterede proces håndterer man de udfordringer som tabet direkte har medført – ”jeg har mistet min elskede og er nu alene” - og man benægter eller undgår at beskæftige sig med de forandringer det det nutidige og fremtidige liv, som tabet har medført.

Undgåelsen af tabet – og det nødvendige ”frikvarter” fra sorgens smertefulde følelser - ses i en genindførende proces. Her føres man langsomt ind i det liv der er tilbage at leve efter tabet. I dette spor håndterer man de ændringer og udfordringer i ens liv som tabet har medført. Man gør nye ting og tilegner sig nye roller, man lader sig aflede fra sorgen og man benægter eller undgår i denne forbindelse kontakt med sorgens følelser. Dette giver en ofte tiltrængt pause fra sorgens smerte (8). Vekselvirkningen mellem de to processer betragtes som en måde at tilpasse sig sin nye livssituation på. Vekselvirkningen består i, at man over tid veksler mellem de to processer i sorgen. Man er måske først en tid i den tabsorienterede, og når de intense følelser her bliver for overvældende, skifter man til i stedet at fokusere på udfordringer i den genindførende - i ”det liv der er tilbage at

leve". Denne vekselvirkning mellem de to processer gør, at man i overkommelige portioner kan finde ud af, hvad det egentlig er man har mistet (fokus på tabet) og hvilken betydning tabet har for ens nuværende og fremtidige liv (fokus på det liv der er tilbage at leve). Vekselvirkningen mellem de to processer gør, at man lidt efter lidt og i passende doser kan komme overens med betydningen af det tab man har lidt, så tabet langsomt bliver en del af ens historie og den person man nu er (8,9). Den tabsorienterede proces har en del til fælles med det traditionelle sorgarbejde som Freuds beskrev det, men det bør understreges, at naturlig sorg ikke altid hænger sammen med at give slip på båndene til den afdøde. Nogle gør sig måske helt fri af den afdøde, men mange efterladte bliver ved med at have den afdøde med sig i det liv der er tilbage at leve. Omformning eller fortsættelse af de følelsesmæssige bånd kan for nogle være en god måde at komme igennem sorgen på, og det eneste meningsfulde efter et langt liv sammen. Mange enker og enkemænd bliver for eksempel ved med, at føre samtaler med deres afdøde ægtefælle mange år efter tabet, enten inde i hovedet eller højt. Mange sætter pris på stadig at kunne tage deres mand eller kone med på råd, og oplever det som en helt naturlig og hensigtsmæssig måde at leve livet på.

Oftest vil man i den første tid efter tabet mest være i den tabsorienterede proces mens man over tid lige så stille begynder at have mere og mere fokus på udfordringer i "det liv der er tilbage at leve". Der vil dog i en naturlig sorgproces være vekselvirkning mellem de to processer hele vejen gennem sorgen (8,9,24). Et eksempel på hvordan vekselvirkning mellem et fokus på tabet og et fokus på det liv der er tilbage at leve kan vi se hos Magnus på 16 mdr. der har mistet sin tvillingebror og hos hans forældre "*Magnus reagerede utroligt voldsomt. Han begyndte at slå os, når han fik sine anfald. Måske troede han det var os der havde taget Pelle fra ham. Han faldt som regel ned igen, når vi tog nogle billeder af Pelle frem og kiggede på dem sammen. Et øjeblik efter kunne han sidde nok så glad og lege med sine biler. Han sørgede, når sorgen meldte sig, og legede, når han fik lyst til det. Vi prøvede at gøre ham kunsten efter i den udstrækning det kunne lade sig gøre. Vi gav pokker i, hvad andre måtte tænke, og forsøgte ikke at føle skyld over også at have det sjovt og rart ind i mellem. Det kunne sagtens ske, at vi efter at have grædt og snakket om børnene elskede samme aften*" (10; s. 77).

Eksemplet ovenfor siger noget om hvor naturligt og nødvendigt det er, at kunne bevæge sig i sorgens forskellige processer, både for Magnus og for hans forældre. Når vi møder efterladte, kan det være en god ide, at huske på den store variation der er i naturlige og sunde sorgreaktioner, og

støtte op om *både* at skabe rum til at udtrykke sorgens følelser og plads til med god samvittighed at holde fri fra sorgens følelser og fokuserer på glæder og udfordringer i det liv der er tilbage at leve. Toprocesmodellen kan hjælpe os til at holde fast i de store variationer der er i naturlige eller normale sorgreaktion.

Toprocesmodellen fremhæver

- 1) At der *både* er behov for at man som efterladt accepterer tabets virkelighed, at ens elskede er væk for altid, og at man accepterer at tabet har medført ændringer i det liv der er tilbage at leve.
- 2) At langt de fleste *både* vil opleve sorgens smertefulde følelser og også vil have brug for at holde pause fra disse følelser.
- 3) At man *både* langsomt tilpasser sig livet uden den afdøde, og at man håndterer de nye udfordringer i det liv der er tilbage at leve.
- 4) At man *både* får omlagt sine følelsesmæssige bånd til den afdøde, så de passer til det faktum at han eller hun er død og ikke længere kan stå ved ens side, og at man udvikler nye roller og relationer i det liv der er tilbage at leve.

Tilpasset efter Stroebe & Schut, 2010

Sorgens udtryk

I Figur 2 nedenfor er nogle af de mest hyppigt fremkommende reaktioner eller symptomer på sorg listet op.

<p><u>Affektive (følelsesmæssige)</u></p> <p>Depression, fortvivelse, modløshed</p> <p>Angst, frygt, skræk</p> <p>Skyld, selvanklagelser</p> <p>Vrede, fjendtlighed, irritabilitet</p> <p>Tab af lystfølelse – anhedoni</p> <p>Ensomhed</p> <p>Længsel – at fortæres af længsel</p>	<p><u>Kognitive (tankemæssige)</u></p> <p>Optagethed af tanker om afdøde</p> <p>Mindsket selvværd</p> <p>Selvbebrejdelse</p> <p>Hjælpeløshed, håbløshed</p> <p>Oplevelse af uvirkelighed</p> <p>Hukommelses- og koncentrationsproblemer</p>
<p><u>Adfærdsmæssige</u></p> <p>Agitation, anspændthed, rastløshed</p> <p>Træthed, overaktivitet</p> <p>Søgeadfærd</p> <p>Gråd, hulk, råb</p> <p>Social tilbagetrækning</p>	<p><u>Somatiske (kropslige)</u></p> <p>Tab af appetit</p> <p>Søvnforstyrrelser</p> <p>Tab af energi, udmattelse</p> <p>Somatiske klager</p> <p>Fysiske klager lignende afdødes</p> <p>Modtagelighed/sårbarhed over for sygdom</p>

Figur 2 1. Tilpasset efter Stroebe & Schut, 2001, Se også Mogensen og Engelbrekt, 2013

Ingen eller meget få har alle disse reaktioner, men man vil næsten altid se nogle af dem hos enhver nyligt efterladt. Som det fremgår af de mange forskellige almindelige udtryk for sorg, kan der være meget stor variation i den måde sorgen kommer til udtryk på, både mellem forskellige kulturer men også mellem forskellige mennesker inden for den samme kultur, og endda inden for den samme familie

Hvor lang tid tager sorg?

Tidligere har man ment at den naturlige sorg som regel tog cirka ½ år (4), men faktum er, at der er meget store individuelle forskelle i længden på sorgforløb (8). Ofte vil sorgen fylde meget i flere år efter tabet, uden at den nødvendigvis kommer til at forhindre den sørgende i, at leve et tilfredsstillende og meningsfuldt liv.

Følgende eksempel, hvor en far fortæller om tabet af sin 10-årige datter, kan illustrere hvordan naturlig sorg kan forløbe, samt hvordan sorgen over tid bevæger sig fra mest at være i den taborienterede proces og sorgens følelser, til mest at være i den genindførende proces og det liv der er tilbage at leve.

”Det første år efter Jannies død var ubeskriveligt hårdt. Det føltes, som der sad et vildt dyr i ens krop og bare rev og flåede i ens sjæl i en uendelighed, med sine skarpe kløer og tænder. De første svære uger tænkte jeg flere gange, at havde det ikke været for vor søn Mads’ skyld, som jeg selvfølgelig elsker lige så højt, og som jeg har pligt til og ansvar for at give en tryk og god barndom, så havde jeg taget mit eget liv. Så dybt var savnet over at miste min dejlige datter.....”

”Her i dag to et halvt år efter min datters død synes jeg trods alt, at jeg har et godt liv. Jeg har lært utroligt meget af denne oplevelse at miste en datter, men det gør ondt at tænke på, at det skulle være på den måde det skulle læres. Jeg ser mit liv i et helt andet perspektiv end før alt dette” (10; s. 257 og 258)

Mens nogle fortsætter med at have den de har mistet med sig i det liv der er tilbage at leve, er der også mange, der hurtigt er klar til at stifte nye forhold. Det sker ikke sjældent, at for eksempel ældre enkemænd finder en ny kone kort tid efter deres første kones død. Det kan være svært for pårørende at bære, at ens gamle far ser ud til at være kommet hurtigere over moderens død end man selv er, og det kan være svært at se en ny kvinde indtage pladsen ved faderens side. Man ved at enkemænd der gifter sig igen, generelt er mere tilfredse med deres liv og endda mindre plaget af fysisk og psykisk sygdom, end de der ikke gør (11). Samtidig findes der også mange enkemænd, som ikke ønsker sig en ny kone, men foretrække at leve alene med mindet, mens andre igen som trives bedst med at nyde nye og gamle venskaber og familiebånd i højere grad.

Eksemplerne ovenfor viser at mennesker sørger forskelligt. Sorg tager tid. Sorgens følelser kommer og går. I de første uger og måneder vil man ofte være overvældet af smerte, men efterhånden fortager smerten sig og man kan bruge mere energi på det liv der er tilbage at leve. For de fleste mennesker – op mod 85% - vil sorgen forløbe naturligt. Den vil i starten som regel være meget smertefuld, men smerten vil stille og roligt fortage sig, så efterhånden bliver tabet en del af den person man nu er.

Toprocesmodellen viser os, at der er meget store forskelle i hvordan naturlig sorg kan komme til udtryk. Både som professionel og pårørende er det vigtigt at huske på, at der er mange måder at sørge på. Det bedste vi kan gøre, er at forsøge at møde den efterladte der hvor han eller hun er i sin helt egen sorg i det øjeblik vi deler med den efterladte.

Når sorgen bliver kompliceret

Når den sørgende både kan forholde sig sorgens følelser, samt kan leve det liv, der er tilbage at leve og håndtere de udfordringer dette medfører på en nogenlunde tilfredsstillende måde, kan man betragte sorgreaktionen som naturlig. Som Toprocesmodellen indikerer, er det netop ved at veksle mellem de to typer af processer, at den efterladte lidt efter lidt kan tage tabet ind, og lade det blive en del af den person man nu er. Det er først hvis man sidder fast i denne proces, at der kan være tale om kompliceret sorg. En kompliceret sorgreaktion adskiller sig endvidere fra naturlig sorg, ved at symptomerne på sorg er mere langvarige og mere følelsesmæssig intense, end hvad kan forventes i den givne kulturelle sammenhæng samt ved at sorgreaktionen har medført klinisk signifikant nedgang i sociale, professionelle eller andre vigtige funktionsområder (12, 25-27). Kompliceret sorg kan betegnes som et paraplybegreb, der dækker over forskellige typer af kompliceret sorg. For eksempel kendetegnet ved symptomer på depression, Posttraumatisk Stressforstyrrelse (PTSD) eller symptomer på Vedvarende Sorglidelse (13-15).

Nedenfor i Figur 3 kan du se nogle reaktioner og symptomer, der er typiske for den naturlige og den komplicerede sorg mere bredt set (16). Det skal igen understreges, at der især i naturlige men også i de forskellige typer af komplicerede sorgforløb er tale om stor individuel variation i reaktioner, og at få efterladte vil fremstå med det samme symptombillede.

Figur 3. Karakteristika ved naturlige og komplicerede sorgreaktioner

	Naturlig sorg	Kompliceret sorg
Forløb Den efterladte...	Tilpasser sig gradvist det liv der er tilbage at leve. Oplever og viser at sorgens følelser bliver mindre intense og mindre konstant nærværende med tiden. Accept af den nye virkelighed uden den afdøde person etableres lidt efter lidt.	Har vedvarende, stærke følelser af vrede, skyld, angst, stærk længsel efter afdøde osv. Undgår konsekvent sorgen og de følelser, ting og/eller steder der er forbundet med minder om den afdøde. Kan ikke vænne sig til eller acceptere det liv der er tilbage at leve. Sorgen bliver ved med at være centrum i den efterladdes liv, uden at aftage nævneværdigt i intensitet eller omfang. Den efterladte veksler ikke mellem sorgens to processer, eller gør det på en ufleksibel måde.
Symptomer Den efterladte...	Trækker sig tilbage, græder, er trist, sover dårligt, er træt, urolig, ængstelig osv. (se box 1), men vil efterhånden også kunne glæde sig, over den historie og det liv man har haft med afdøde. Viser tegn på både sorg og glæde.	Føler vedvarende sig tom, irriteret og trist. Har stærke, ufrivillige påtrængende minder om den afdøde eller situationer der vedrører dennes død. Vedvarende følelser af indre tomhed, meningsløshed og formålsløshed. Plages af stærk længsel efter afdøde. Problemer med at acceptere tabet. Undgåelse af alt der minder om tabet. Føler sig lammet eller følelsesløs. Fravær af glæde. Koncentrations- og hukommelsesbesvær. Selvmordstanker eller selvmordsadfærd.
Sundhed Den efterladte...	Viser ingen alvorlige eller forbigående sundhedsmæssige konsekvenser af tabet.	Kan igennem længere tid ikke sove, mister appetitten, bliver oftere syg, har flere lægebesøg, har flere hospitalsindlæggelser, større medicin- og alkoholforbrug, dårligere fysisk funktion og generel tristhed end før tabet.
Socialt Den efterladte...	Trækker sig tilbage i starten, men får efterhånden lyst til at være social igen.	Trækker sig tilbage fra omverdenen. Isolerer sig. Finder ikke glæde i samværet med andre.

Fordi der er så stor individuel variation i sorgreaktioner, og fordi symptomerne ved kompliceret sorg ofte er de samme som ved den naturlige sorg, blot med så langvarig og høj intensitet at den den sørgende ikke længere kan fungere normalt, kan det være svært at vurdere hvornår der er tale om en kompliceret sorgreaktion. Det der karakteriserer kompliceret sorg bredt set, er at symptomerne er stærkere og mere konstante end ved naturlig sorg. De mindskes altså ikke nævneværdigt med tiden, og den komplicerede sorgreaktion fører efterhånden til reduktion af den efterladedes funktionsniveau generelt eller inden for mere afgrænsede funktionsområder i forhold til arbejde, hjemmeliv, seksualitet, det sociale liv osv.

Vedvarende Sorglidelse

Man har gennem de seneste år arbejdet på, at identificere en psykiatrisk lidelse, som er specifik for tab af en elsket person (15; se Figur 4). Dette seneste diagnoseforslag er benævnt Vedvarende Sorglidelse (Prolonged Grief Disorder). Lidelsen forventes at blive inkluderet i WHO's diagnostiske manual, ICD 11, der forventes at blive offentliggjort i 2018 (17, 25-27). I det efterfølgende vil vi primært fokusere på denne type af kompliceret sorg.

For Vedvarende Sorglidelse skal symptomerne først være opstået efter dødsfaldet og have været til stede gennem længere tid (6 mdr. eftertabet) (12). Denne tidsgrænse er inkluderet, fordi man har fundet, at stærke reaktioner der opfylder kriterierne for Vedvarende Sorglidelse i de første uger og måneder efter tabet ofte aftager uden intervention, og ikke er særligt pålidelige indikatorer for senere psykiske problemer, men nok snarere et udtryk for den store individuelle variation der er i naturlige sorgforløb. At vente med at diagnosticere Vedvarende Sorglidelse til at symptomerne har været ved i en længere periode, giver plads til at naturligt, intense sorgreaktioner kan aftage i intensitet inden man begynder at vurdere om en sorgreaktion er patologisk (15).

Som nævnt opstår de forskellige typer af kompliceret sorg sandsynligvis når vekselvirkningen mellem de to spor ikke fungerer hensigtsmæssigt (12). Det sker for eksempel når den sørgende næsten udelukkende bevæger sig på *enten* den tabsorienterede *eller* den genindførende proces. Hvis dette sker, bliver sorgprocessen uflexibel og fører ikke til, at tabet bliver en integreret del af den efterladedes identitet (8). Ofte vil man også se, at intensiteten af sorgreaktionen forbliver på det samme niveau over tid (12).

Omkring 10 % af alle voksne efterladte udvikler Vedvarende Sorglidelse efter tabet og har brug for professionel behandling (28).

Figur 4.

<u>Vedvarende Sorglidelse (Prolonged Grief Disorder)</u>	
a.	Hændelseskriterium: Interpersonelt tab (en nærtstående persons død)
b.	Separations angst: Den efterladte oplever et eller flere symptomer på stærk længsel (e.g. altfortærende længsel efter den afdøde eller fysisk eller jag af sorg og følelsesmæssig lidelse som resultat af savnet efter den afdøde) dagligt eller i invaliderende grad.
c.	Kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige symptomer: Den efterladte oplever mindst fem af følgende symptomer dagligt eller i invaliderende grad: forvirring over sin rolle i livet eller en reduceret selvoplevelse (f.eks. en oplevelse af at en del af en selv er død); problemer med at acceptere tabet; finder det svært at have tillid til andre; er bitter over sit tab; føler at det at komme videre (f.eks. at få nye venner eller interesser) ville være svært nu; føler sig følelsesmæssigt lammet eller følelsesløs; føler at livet er utilfredsstillende, tomt eller meningsløst siden tabet.
Symptomerne skal være til stede mindst 6 måneder efter tabet og have medført en betydelig reduktion i din sociale, arbejdsmæssige eller anden vigtige funktionsområder (f.eks. hjemlige gøremål). Lidelsen må ikke være bedre forklaret af klinisk depression, generaliseret angst eller PTSD.	

Det er i forbindelse med Vedvarende Sorglidelse ikke usædvanligt, at den sørgende fremstår fastlåst i den tabsorienterede proces. Det ses blandt andet ved, at hele den efterladtes livsindhold kommer til at dreje sig om tabet, og at den efterladte ikke er i stand til at forholde sig tilstrækkeligt til udfordringer og glæder sit nuværende og fremtidige liv. Disse personer vil ofte længes voldsomt efter den person de har mistet og igen og igen vende tilbage til fortællinger om den afdøde eller til bestemte problemer eller bekymringer knyttet til dødsfaldet og det at være alene. Den samme historie om tabet fortælles ofte gang på gang, og den sørgende virker ikke til at være fastlåst i den tabsorienterede proces – sandsynligvis fordi det er svært for ham eller hende helt at acceptere, at

dødsfaldet er en uomtvistelig kendsgerning, og at den afdøde aldrig kommer tilbage (8). Denne form for optagethed af sorgen og sorgens følelser kan i længden virke anstrengende på tilhørerne, pårørende som professionelle. Når man som professionel hører den samme sorghistorie mange gange kan det ske at man begynder at mærke en vis irritation. Denne irritation hos en selv kan ofte tages som et tegn på, at den sørgende kan have det psykisk dårligt, og at der kan være tale om en kompliceret sorgreaktion. Derfor kan det være særligt relevant, at undersøge om der kan være komplicerede sorgreaktioner i spil, når man som professionel bliver påvirket følelsesmæssigt i samværet med efterladte. Andre efterladte med kompliceret sorg vil sidde fast i den genindførende proces. Her reagerer man typisk ved ikke rigtigt at anerkende tabet, forsøge at ignorere sorgen og stort set kun fokuserer på de nye opgaver det liv der er tilbage at leve (8). Dette kan dog kun betragtes som tegn på en kompliceret sorgreaktion hvis undgåelsen af tabets virkelighed (f.eks. i form af konsekvent undgåelse af alt der minder om tabet, så som steder, personer, aktiviteter mm. der minder den efterladte om afdøde) er så massiv og krævende, at denne undgåelsesadfærd kommer til at stå i vejen for, at leve det liv der er tilbage at leve på en tilfredsstillende og nogenlunde funktionel måde. Denne efterladte vil ofte gøre alt hvad der står i hans eller hendes magt for at undgå at blive mindet om tabet. Ofte fører dette til, at man trækker sig tilbage fra venner og familie og bruge meget tid alene, og dermed risikere at få et meget reduceret socialt netværk. Dette er særligt problematisk ved efterladte, der i forvejen har et meget lille netværk, sådan som det hyppigt ses hos ældre mennesker, eller hos personer hvis liv centrerede sig meget om den afdøde person.

Komplicerede sorgreaktioner kan også komme til udtryk i form af klinisk relevante symptomer på kendte psykiske lidelser så som depression eller PTSD, der er opstået som følge af et interpersonelt tab (13-14, 24, 28).

PTSD er en psykiatrisk lidelse man ind i mellem ser som følge af en voldsom, ydre belastning som for eksempel krigsoplevelser, naturkatastrofer eller seksuelle overgreb, men også ved mere almindelige belastende livsoplevelser, som livstruende sygdom eller dødsfald (se Figur 5)

Figur 5

Posttraumatisk Stressforstyrrelse (PTSD), DSM 5 (29)

A Hændelseskriterium: Personen har været konfronteret med: død, trusler om død, faktisk død eller alvorlig tilskadekomst eller trusler derom, eller faktisk seksuel vold eller trusler derom på en eller flere af følgende måder:

- Direkte konfrontation/eksponering for traumet.
- Overværede/var vidne til traumet.
- Fandt ud af at et familiemedlem eller en nær ven havde oplevet et traume.
- Indirekte eksponering for ubehagelige detaljer fra traumet, ofte via professionelt virke (f.eks. ambulancefolk eller læger).

B Genoplevelsessymptomer: Personen har en eller flere af efterfølgende symptomer på vedvarende *genoplevelse* af traumet:

- Påtrængende tanker
- Mareridt
- Flashbacks
- Emotionel reaktivitet efter påmindelser om traumet
- Fysisk reaktivitet efter påmindelser om traumet.

C Undgåelsessymptomer: Undgåelse af traumerelateret stimuli efter traumet på en eller flere følgende måder:

- Traume-relaterede tanker eller følelser
- Traume-relaterede påmindelser

D Negative tanker eller følelser der opstod eller blev forværret efter traumet på to eller flere af følgende måder:

- Manglende evne til at genkalde sig centrale aspekter af traumet.
- Overdrevent negative tanker og antagelser om sig selv eller verden
- Overvurderet skyld for at selv eller andre har forårsaget traumet.
- Negativ affekt
- Formindsket interesse i aktiviteter
- Følelse af at være isoleret fra andre
- Svært ved at opleve positiv affekt

E Forøget arousal: Traumerelateret arousal eller reaktivitet der begyndte eller forværredes efter traumet på to eller flere af følgende måder:

- Irritabilitet eller aggression
- Risikobetonet eller destruktiv adfærd
- Forøget vagtsomhed
- Forøget forskrækkelsesadfærd
- Koncentrationsproblemer
- Søvnproblemer

Depression er en af de mest hyppige og omkostningsrige psykiatriske lidelser i vestlige samfund, og en type af komplikation man relativt hyppigt ser efter nærtståendes død (14; se Figur 6).

Figur 6.

Klinisk depression, DSM 5 (29).

Fem eller flere af de følgende symptomer har været til stede gennem den samme 2-ugers periode og repræsenterer en forandring fra tidligere funktionsniveau: mindst en af enten (1) forsænket stemningsleje eller (2) tab af interesse eller glæde.

1. Forsænket stemningsleje det meste af dagen, næsten hver dag, indikeret af enten personlig oplevelse (føler sig trist, tom, håbløs) eller observationer gjort af andre (f.eks. grådlabil).
 2. Tydeligt tab af interesse i eller glæde ved alle eller næsten alle aktiviteter det meste af dagen, næsten hver dag (indikeret af enten egen oplevelse eller andres observation).
 3. Stort vægttab uden at være på diæt eller vægtforøgelse (f.eks. mere end 5% af kropsmassen inden for en måned), eller formindsket eller forøget appetit næsten hver dag.
 4. Søvnløshed eller sover meget mere næsten hver dag.
 5. Psykomotorisk agitation/uro eller hæmning næsten hver dag (observeret af andre, ikke kun personlig oplevelse af rastløshed eller langsomhed).
 6. Træthed eller energitab næsten hver dag.
 7. Følelse af værdiløshed eller overdreven eller urealistisk skyldfølelse (som kan være vrangforestillinger) næsten hver dag (ikke blot selvbekjendelser eller skyldfølelse over at være blevet syg).
 8. Reduceret evne til at tænke eller koncentrere sig eller ubeslutsomhed næsten hver dag (enten ved personlig oplevelse eller observeret af andre).
 9. Vedvarende tanker om død (ej blot dødsangst), hyppig selvmordsadfærd uden en specifik plan eller selvmordsforsøg eller en specifik plan for at begå selvmord.
- B. Symptomerne fører til klinisk signifikant lidelse eller funktionsnedsættelse i sociale, erhvervsmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

Hvis den efterladte udviser mange af de symptomer der indgår i de ovenfor beskrevne diagnostiske kriterier, er der indikation på kompliceret sorg, og sagen skal undersøges nærmere.

Den efterladte har ofte brug for pårørende og/eller professionelles støtte til at tage initiativ til at få undersøgt situationen nærmere f.eks. ved at gå til egen læge og eventuelt som følge heraf få psykologisk eller medicinsk behandling. Den gode nyhed er, at man efterhånden ved en del om, hvordan man kan hjælpe mennesker med kompliceret sorg.

Behandling af komplicerede sorgreaktioner

Gennem de seneste år har en række videnskabelige studier undersøgt effekten af psykologisk behandling af komplicerede sorgreaktioner. Disse studier finder generelt en statistisk signifikant effekt af forskellige typer af manualbaserede, psykologiske behandlingsprogrammer på komplicerede sorgreaktioner så som symptomer på angst, depression og vedvarende sorg (19-21). Blandt andet ser man, at kognitiv terapi, psykoedukation og målsætningsarbejde har god effekt på symptomer på vedvarende sorg (19, 21, 30,31). I kognitiv terapi med komplicerede sorgreaktioner arbejder man med gradvis konfrontation med elementer af tabet, der er forbundet med angst for den efterladte og med at identificere negative, ikke-realistiske automatiske tanker om tabet og en selv, samt at erstatte disse tankemønstre med mere realistiske alternativer. I psykoedukation underviser psykologen den efterladte i viden om naturlig og kompliceret sorg, blandt andet ved at fortælle om Torporsmodellen, og i målsætningarbejdet arbejder man med at støtte den efterladte i, at sætte realistiske mål for fremtiden, og at planlægge og afprøve hvordan disse kan opnås. Det er ofte sådan, at efterladte med komplicerede sorgreaktioner ikke rigtigt finder nogen glæde ved livet, heller ikke i forbindelse med ting der før gav glæde, og at de har svært ved at se et formål med at engagere sig i det liv der er tilbage at leve. Arbejdet med at finde og opnå selvformulerede mål, kan hjælpe den efterladte til at opdage hvad der (stadig) giver glæde, ved simpelthen selv at gøre det, selv om man måske ikke umiddelbart har lyst (19). I forhold til depressive reaktioner på tab, tyder dansk pilot-studie på, at mindfulnessbaseret kognitiv terapi (MBKT) kan reducere depressive symptomer hos efterladte (20). MBKT går ud på at træne opmærksomheden sammen med en venlig og ikke-dømmende indstilling til sig selv og andre gennem en række mindfulnessøvelser, der indebærer meditations- og bevægelsesøvelser, at bringe fuld opmærksomhed til hverdagsaktiviteter og en række kognitive øvelser. Man starter forløbet med at træne opmærksomheden på oplevelser der er fysisk til stede her og nu, så som fornemmelser i kroppen og åndedrættets påvirkning af kroppen og opøver i løbet af de 8 uger kurset varer evnen til, at vende opmærksomheden mod ubehagelige oplevelser og følelser som er til stede her og nu uden at forsøge at undgå dem og uden

at være fordømmende over for sig selv, når tankerne alligevel vandrer. Denne metode foregår i grupper og til forskel fra kognitiv terapi med Vedvarende Sorglidelse, er der ikke eksplicit fokus på tabet (ibid.). Man antager at MBKT har sin effekt på depressive symptomer via mere overordnede ændringer i den måde man forholder sig til sig selv og sine tanker, følelser og kropslige indtryk på som de opstår og aftager, så man efterhånden er i stand til at betragte de oplevelser man har lidt på afstand, uden at disse behøver at sætte negative tankemønstre i gang, sådan som man ofte ser det ved depression (22). Compassionfokuseret terapi er en meta kognitiv behandlingsmetode, som er særlig velegnet ved skyld, skam og selvkritik, der er hyppige og problematiske følelser hos mennesker med Vedvarende Sorglidelse (32). Metoden er derfor oplagt at afprøve her. Både MBKT og compassionfokuseret terapi mod Vedvarende Sorglidelse afprøves i 2018 i den store, danske undersøgelse, TABstudiet (33).

Der eksisterer en længere række studier, der understreger at komplicerede sorgreaktioner kan behandles med psykologiske metoder, og at behandlingen øger patienternes psykiske og ofte også fysiske velbefindende, og reducere menneskelige og økonomiske omkostninger ved disse lidelser (12). Medicinsk behandling af kompliceret sorg er endnu ikke velundersøgt, men studier af medicinsk behandling af PTSD tyder på, at psykofarmaka har begrænset effekt på traume-udløste psykiske reaktioner som der er tale om her (23). Psykologisk behandling er derfor en oplagt mulighed, når der er tale om komplicerede sorgreaktioner. Det er i denne forbindelse vigtigt at understrege, at der ifølge den danske sygesikringsordning er mulighed for at få 60% støtte til psykologisk behandling af Vedvarende Sorglidelse og andre typer af kompliceret sorg ved henvendelse til egen læge inden for det første år efter tabet.

På følgende websider kan du hente information om behandlingstilbud for Vedvarende Sorglidelse og andre typer af kompliceret sorg:

Litteratur

- (1) Lund, D. A., Caserta, M. S., & Dimond, M. F. (1993). The course of spousal bereavement in later life. In M. S. Stroebe, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (pp. 240-254). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- (2) Freud, S. (1994). Mourning and melancholia. *Essential papers on object loss*. Frankiel, Rita V.; 1994. pp. 38-51. [Reprinted Chapter] pp. 38-51. New York: New York University Press.
- (3) Davidsen-Nielsen, M., & Leick, N. (1987). *Den nødvendige smerte: Om tab, sorg, og adskillelsesangst*. Copenhagen: Munksgaard.
- (4) Cullberg, J. (2004). *Dynamisk Psykiatri i Teori og Praksis*. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag.
- (5) Worden, J. W. (2003). *Grief counselling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. (3rd ed.). Hove: Brunner-Routledge.
- (6) Lindstrom, T. C. (2005). Gate Closed. *Omsorg, Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin*, 3, 34-37.
- (7) Stroebe, W., Schut, H., & Stroebe, M. S. (2005). Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved? *Clinical Psychology Review*, 25(4), 395-414.
- (8) Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, , 197-224.
- (9) O'Connor, M. (2006). Sorg som en to-sporet process. *Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 23, 3-8
- (10) Madsen, B., Kristiansen, J.Z. & Olesen P. (red.) (2001). *Mit barn døde*. Vejle: Kroghs Forlag.
- (11). Hansson, R.O. & Stroebe, M.S. (2007). *Bereavement I late life. Coping, adaptation, and development influences*. Washington, DC: APA
- (12) Stroebe, M.S., Schut, H. & Van den Bout, J. (eds.) (2013). *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals*. London: Routledge

- (13) O'Connor, M. (2010a). A longitudinal study of PTSD in the elderly bereaved: Prevalence and predictors. *Aging and Mental Health*. 14 (6), 670-678.
- (14) Guldin, M., O'Connor, M., Sokolowski, I., Jensen, A.B., Vedsted, P. (2011). Identifying bereaved subjects at risk of complicated grief: Predictive value of questionnaire items in a cohort study. *BMC Palliative Care*, 10, 1-7.
- (15) Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K. et al. (2009) Prolonged Grief Disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11, *PLoS Medicine*, 6, 1-10.
- (16) Znoj, H. (2006). *Kompliceret sorg.*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- (17) Boelen, P.A. & Prigerson, H.G.(2013). Prolonged grief disorder as a new category in DSM-5. I Stroebe, M.S., Schut, H. & Van den Bout, J. (eds.) (2013). *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals.* s. 85-98. London: Routledge
- (18) American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- (19) Shear, K., Frank, E., Houck, P. R. & Reynolds, C.F. (2005). Treatment of complicated grief. A randomized controlled trial. *JAMA*, 293, 2601-2608.
- (20) O'Connor, M., Piet, J., & Hougaard, E. (2013). The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression in elderly bereaved people with loss related distress: a controlled pilot study. *Mindfulness*. DOI 10.1007/s12671-013-0194-x
- (21) Boelen, P.A., van den Hout, M. & van den Bout, J. (2013). Prolonged grief disorder. Cognitive-behavioral theory and therapy. I Stroebe, M.S., Schut, H. & Van den Bout, J. (eds.) (2013). *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals.* s. 221-234. London: Routledge.
- (22) Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. 2nd edition. London: Guilford.
- (23) Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. & Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for PTSD*.

- (24) Mogensen, J.R. & Engelbrekt, P. (2013). At forstå sorg - teoretiske og praktiske perspektiver. Kbh.: Samfundslitteratur.
- (25) Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K. et al. (2009) Prolonged Grief Disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V
- (26) ICD 11 (2016). <http://apps.who.int/classifications/icd11>
- (27) Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A. Cloitre, M., Reed, G.M. van Ommeren, M., Humayun, A., Jones, L., Kagee, Augusto A.E. Llosa, Rousseau, C., Somasundaram, D., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S., First, M.B. & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the ICD-11. *The Lancet*, 381, 1683-1685
- (28) Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 212, 138–149. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- (29) American Psychiatric Association (2013). DSM-5 fifth edition, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders.
- (30) Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 31(1):69-78. doi: 2048/10.1016/j.cpr.2010.09.005.
- (31) Boelen, P.A., van den Hout, M. & van den Bout, J. (2013). Prolonged grief disorder. Cognitive-behavioral theory and therapy. I Stroebe, M.S., Schut, H. & Van den Bout, J. (eds.). *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals*. p. 221-234. London: Routledge.
- (32) Schlander, C. (2015). *Compassionfokuseret terapi – en vej til større tilfredshed*. København: Akademisk Forlag.
- (33) www.psy.au.dk TABstudiet