

Hørselstap – sorg og aksept, stress og mestring

Katharine Cecilia Peterson

Hørselstap – sorg og aksept, stress og mestring

Er det bare hardnakket stahet som får onkel til å nekte å bruke høreapparat? De aller fleste vil oppleve å få hørselen redusert i løpet av livet, og dette har psykososiale konsekvenser. Psykologien har i liten grad befattet seg med problemstillingen, til tross for etterspørsel blant hørselshemmede.

I BBC-serien *Allo Allo!* er Michelle «of the Resistance» Dubois den lokale lederen av den franske motstandsbevegelsen. Når hun skal presentere sine utarbeidede og detaljrike planer, samler hun alle sammen med standardfrasen «Listen very carefully, I shall say this only once». Jeg pleier å bruke henne som en illustrasjon på hva som kan skje når en som hører dårlig, prøver å meddele seg. Hørselshemmede må mobilisere stort mot når de avslører hørselstapet til andre. Når dét skjer, er det viktig å være ekstra årvåken!

Å få hørselen redusert er noe flertallet av oss vil oppleve i løpet av livet.¹ Hørselshemming medfører utfordringer for den som rammes, men også for familie, kollegaer og venner. Til tross for at prevalensen av hørselshemming i befolkningen er stor, tematiseres dette sjelden av helsepersonell. Hørselstap medfører spesielle utfordringer psykososialt, fordi sosiale aktiviteter og sosial støtte nødvendigvis er tuftet på mellommenneskelig kommunikasjon. Ved hørselshemming er nettopp selve evnen og derigjennom muligheten til kommunikasjon berørt. Sorgmodeller har flere steder blitt benyttet som forståelsesramme når slike vansker oppstår. Kliniske undersøkelser finnes knapt, og i det følgende utgjør derfor i hovedsak kunnskaper hentet fra arbeidslivsstudier grunnlagsdata for gjennomgangen.

Vanlige reaksjoner og atferdsformer blant individer som befinner seg tidlig i tilpasningssprosessen, blir i rehabiliteringsapparatet forstått som uttrykk for benekting. Dette er atferd som innledningsvis fremstår som lite hensiktsmessig, for eksempel å nekte å bruke høreapparat. Nyere sorgmodeller tilbyr klinikerne en empatisk innfallsvinkel i møtet med individer som har det spesielt vanskelig med sin skjebne som funksjonshemmet. De fleste klarer seg imidlertid godt, og et helsepsykologisk mestringsbegrep trekkes nå stadig mer inn i undersøkelser om hørselshemmedes situasjon.

¹Id="psykolog09-05-helee-332"> HUNT-II viser at 60% i aldersgruppen 60–79 år har et hørselstap. Over 90% av personer i alderen 80 år og over har nedsatt hørsel.

Sorgreaksjon på hørselstap

Utbredelsen av hørselstap i befolkningen er stor. Etter Folkehelsas Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Borchevink, Hoffman, Holmen og Tambs, 2003) ble det estimert at mellom 15 og 20 % av befolkningen har en klart svekket hørsel, definert som et gjennomsnittlig tap på 25 dB for 0,5–4 kHz (talefrekvensområdet) på beste øre. Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) teller i dag om lag 50 000 medlemmer, og HUNT-II understøtter en beregning som tilsier at det lever over 600 000 hørselshemmede i Norge.

I HUNT II vurderes hørselstap som en normal og forventet alderssvakkelse. I denne helseundersøkelsen, som er den største gjennomførte studien i sitt slag i verden (N = 51 200), fant man imidlertid at 16,8 % av personer under 40 år hadde et betydelig hørselstap. Det innebærer at antallet hørselshemmede i yrkesaktiv alder ikke er ubetydelig. I de siste årene er det blitt gjennomført flere studier om hørselshemming og rehabilitering, men fortsatt mangler etterprøvbare kunnskaper om hvilke konsekvenser hørselstap kan ha for psykisk helse.

Intervensjoner som retter seg mot å støtte sorgprosessen, kan være nyttige også for de hørselshemmede som opplever vansker med å akseptere sitt funksjonstap

Tradisjonelle sorgmodeller (Bowlby, 1961) har flere steder blitt tatt i bruk for å forstå mennesker som opplever ulike former for tap, for eksempel reaksjoner etter skilsmisse (Gray, Koopman & Hunt, 1991). Også HLF har i ulike rapporter og prosjektarbeider benyttet tradisjonelle sorgmodeller i tilnærmingen til reaksjoner på hørselstap. Her tar man utgangspunkt i en utbredt antakelse om at reaksjoner vil løpe i distinkte faser, hvor den tapsrammede går fra en akutt sjokktilstand med benekting, via en erkjennelsesprosess til en fremtidsrettet aksept. I tråd med en slik faseforestilling tar Vanem (2005) for seg kritiske faser i frivillighetsarbeidet i HLF (hørselshjelperordningen) og poengterer at Statens helsetilsyn anbefaler at likemannsapparatet skal «hjelp brukeren i den akutte fasen etter et sansetap, og på så måte bidra til sorgbearbeiding». At reaksjoner på høresykdom vil forløpe i faser, er således en innarbeidet modell i hørselshemmedes egen brukerorganisasjon. Et annet eksempel på dette er en rapport utarbeidet på bestilling fra HLF der Birkeland (2002) redegjør for hvordan tinnitusrammedes (øresus) behov ved høresentraler og hos private ØNH-leger fremtrer som krisereaksjoner og endrer seg parallelt langs en «akutt, subakutt og kronisk fase».

Det er antakelig flere grunner til at sorgmodeller har vunnet terreng som basis for å forstå reaksjoner på hørselstap. For det første tilbyr sorgperspektivet en mulighet til å betrakte sterke, emosjonelle reaksjoner på en måte som ikke er patologiserende. Videre rapporteres det ofte at mennesker som får hørselen redusert, vil stille seg benektende til dette i en innledende fase av tilpasningen, noe som gjør det vanskelig å komme i posisjon med rehabiliteringstiltak. Benekting er en kjent, introduserende fase i en utbredt og allmenn oppfatning av hvordan sorg arter og utvikler seg.

Benekting uttrykt i atferd

Tidligere stortingspresident Jørgen Kosmo forteller i *Din Hørsel* (4/2006) at han innser at han ventet for lenge med å skaffe seg høreapparat. I parentes bemerket har samme tidsskrift reklameannonser for «usynlige» høreapparater. Høreapparater som er så små og som kan plasseres skjult inne i øret har åpenbart en markedsfordel for en del av kundegruppen. Kosmo er ikke den eneste med hørselsvansker som har rygget inn i rehabiliteringsprosessen. Faktum er at hemmeligholdelse av vansker og høreapparatnekting er utbredt, en problemstilling som Sosial- og Helsedepartementet sågar har prøvd å finne nærmere ut av i en nyere rapport (2007).

Tall fra USA viser at kun om lag 20 % av de som har behov for høreapparat, bruker slike hjelpemidler (Burkey, 2003). I Norge er høreapparat gratis for dem som trenger det, og derfor er amerikanske forhold kun i begrenset grad overførbare til norske. I Stortingsmelding 34 (1996–97) ble det imidlertid beregnet at over en fjerdedel av alle tildelte høreapparater ligger ubrukt. I statsbudsjettet for 2005 ble det budsjettet med 420 millioner til høreapparater. Enkel hoderegning tilsier dermed at høreapparater for om lag 100 millioner kroner årlig ikke brukes slik de er tenkt.

Burkey beskriver hvordan ulike sorgreaksjoner kan virke hindrende i tilnærming til høreapparat. For hørselshemmede kan benekting komme til uttrykk ved en overbevisning om at det egentlige problemet er at folk flest mumler og snakker utydelig. Enkelte erkjenner at de har et hørselstap, men synes ikke problemet er så stort at det er nødvendig med et drastisk tiltak som å få foretatt en hørselsundersøkelse.

En hørselstest som konstaterer et hørselstap, er heller ikke nødvendigvis tilstrekkelig for at en erkjennelse inntreffer. Det er ikke uvanlig at hørselshemmede vil argumentere med at det ikke er noen sammenheng mellom det å skulle høre på pipelyder i et lydtett rom og det å ha en funksjonell hørsel. Hørselstester foretas riktignok under vilkår som i liten grad vil likne lyttesituasjoner i verden utenfor.

Ved hørselstester måles imidlertid hørsel på en nøyaktig og reproducerbar måte under ideelle forhold. Derfor kan målingene gi nøyaktige svar på hva et menneske klarer å persipere auditivt.

Hvis fastlegen ikke har nevnt noe om hørselen, vil dette motvirke akseptering for noen. Fastlegen har imidlertid ikke uten videre noen grunn til å mistenke hørselsproblemer, siden legekonsultasjonen ofte er kort og foregår under kommunikasjonsmessig optimale forhold.

Forestillingen om superhørsel er stort sett å finne i fantasihistorier om superhelter, men er også observert blant individer med nedsatt hørsel. Noen kan bli imponert over at en datter eller nabo er i stand til å høre at det går noen i trappen eller at katten skraper på døren.

Benekting av hørselstap kan stå i veien for en adekvat yrkesmessig rehabilitering. I en dansk undersøkelse (N=1311) hadde 41 % unnlatt å gjøre arbeidsplassen oppmerksom på hørselshemmingen (Clausen, 2003). Uførepensjonerte hørselshemmede hadde i liten grad opplyst sine arbeidsgivere om at de hørte dårlig. Hørselshemmede arbeidstakere som på den annen side hadde opplyst om problemet, rapporterte at de fikk støtte og oppmuntring, i motsetning til dem som ikke hadde opplyst om dette. Man finner i dette materialet en (svak) sammenheng mellom grad av hørselshemming og hvorvidt arbeidsgiveren var blitt orientert. Dette kan intuitivt forklares med at jo dårligere en hører, desto vanskeligere blir det å holde det skjult. En multivariat analyse av tall fra denne undersøkelsen viser et interessant mønster. Gruppen uføretrygdede var signifikant mer tilbakeholdne med å fortelle omgivelsene om hørselsproblemet enn gjennomsnittet for undersøkelsesutvalget. Siden det var respondenter med de mest alvorlige grader av hørselstap som hadde opplyst om hørselshemmingen, indikerer dette at det å gjøre omgivelsene oppmerksomme på hørselsproblemet vil være en viktigere faktor for å opprettholde tilknytning til arbeidslivet enn grader av hørselstap. At arbeidsgiver og kollegaer er gjort kjent med situasjonen, har en positiv effekt for å unngå uførepensjonering også der hørselstapet er mer beskjedent.

Kvam og Tingvold (2004) har studert hørselshemmedes situasjon i arbeidslivet i Norge. I denne intervjuundersøkelsen ble 15 medlemmer av HLF spurt om forhold knyttet til hørselstap, utdanning, sosiale forhold, helse, samt om nåværende og tidligere erfaringer fra arbeidslivet. Informantene var samstemte om at åpenhet på arbeidsplassen hadde vært en viktig forutsetning for at de klarte seg i arbeidssituasjonen og i kommunikasjonen med ledelsen, kollegaer og kunder. Informantene oppgir åpenhet og informasjon som viktigere enn tekniske hjelpemidler når det gjelder effektive tiltak for å holde seg i arbeidslivet. Tilsvarende funn materialiserer seg også i Lorentsen

og Berges (2003) brukerundersøkelse, der informanter som oppgav å ha en god arbeidssituasjon, understreket betydningen av åpenhet.

Hørselshemmede som enten ikke vil akseptere det faktum at hørselsfunksjonen er redusert, eller som finner det hele for smertefullt til å godta, trenger bistand i erkjennelsesprosessen snarere enn å overtales inn i rehabiliteringstiltak

Disse studiene viser at hemmeligholdelse av hørselshemming er utbredt. Åpenheten, som blir viktig i tilpasningsprosessen, fordrer at hørselshemmede har kommet frem til å akseptere tapet og den nye situasjonen. I Kvam og Tingvolds (2004) undersøkelse fikk flere komme med sin beretning om hvordan de gikk fra å bli oppmerksomme på hørselstapet til å komme til erkjennelse om sin hørselshemming. Dette viser seg mange ganger å være svært smertefullt, og flere av informantene forteller at denne prosessen tok flere år:

Jeg informerte selv i et møte med mine kolleger om min hørselshemming, når jeg selv ble så bevisst på det og hadde erkjent hørselstapet i en grad at jeg kunne snakke om det. Det tok jo noen år, men jeg vet i dag at det var helt riktig av meg å selv gripe fatt i problemet og fortelle om det.

Rapporteringer av denne typen er vanlige og illustrerer at erkjennelsesprosessen er vanskelig og smertefull, men også at benektingsbegrepet er problematisk. Det er først når vanskene har blitt så store at hemmeligholdelse ikke lenger er mulig, at benekting kan observeres. Til tross for sin utbredelse har forestillingen om at benekting utgjør en første fase i sorgbearbeiding, ikke tidligere blitt etterprøvd før Maciejwski, Zhang, Block og Prigerson (2007) gjennomførte en studie blant etterlatte ektefeller. Individuer som hadde mistet en nær relasjon til sykdom, rapporterte om aksept over tapet allerede i den første måneden etter dødsfallet, og videre var aksept til stede gjennom sorgprosessen. I tillegg til å være vanskelig å operasjonalisere og avgrense er benekting dessuten en atferdstolkning som bærer bud om hardnakkethet og lav tilpasningsevne. De fleste studier som har tatt for seg hvordan hørselshemmede håndterer sine vansker (Andersson og Willebrand, 2003), har benyttet spørreskjemaer som omhandler ulike kommunikasjonsvansker ut fra en endimensjonal mestringsforståelse. Et eksempel på dette er en norsk undersøkelse av mestring i relasjon til den audiologiske rehabiliteringsprosessen (Helvik, Wenneberg, og Jacobsen, 2008) der kommunikasjonsatferd blir kategorisert som enten verbal/ikke-verbal kommunikasjonsstrategi

(«verbal and non-verbal communication strategies») eller som maladaptiv kommunikasjonsatferd («maladaptive communication behaviours»). Etter hvert som en helsepsykologisk definisjon av mestring er blitt introdusert, har flere vist at dette er en overforenklet fremstilling av mestring. I motsetning til den utbredte antakelsen om at benektingsatferd er vanlig blant hørselshemmede, fant for eksempel Andersson og Hågnebo (2003) at hørselshemmede ikke benyttet unngåelse som mestringsstrategi oftere enn andre former for mestring. I samme bane viser en norsk undersøkelse av mestring blant tunghørte høyskolestudenter (Kjeka, 2007) at aktive, problemfokuserede strategier ble benyttet fremfor unngåelsesstrategier i sosiale sammenhenger. Benekting som fenomen synes altså å fordampe når det studeres nærmere, og det blir nødvendig å se nærmere på hvilke mestringsforsøk som ligger bak tilsynelatende benektende atferd.

Mestringsforsøkene

God dag, mann! Økseskaft! er en ofte benyttet strategi som er gjort kjent ved et norsk folkeeventyr. I eventyret går det slett ikke godt, og uttrykket God dag, mann! Økseskaft! er negativt ladet. Når en samtaler med en hørselshemmet som synes å late som om han har oppfattet det som er blitt sagt, kan det oppleves pinlig eller frustrerende. Når misoppfattelser blir åpenbare, fremstår et slikt strategivalg som benektende atferd. Dette er imidlertid en tolkning som ikke tar med i betraktningen hvor ofte omgivelsene *ikke* avslører denne strategibruken. Den mest vanlige måten å håndtere slike avsløringer på er å gjøre gode miner til slett spill og stille seg overbærende bekreftende. Det er rett og slett for ubehagelig å skulle korrigere feiloppfatninger av denne typen. De fleste hørselshemmede er likevel smertefullt klar over at dette forekommer. Fra perspektivet til den som hører dårlig, dreier dilemmaet seg om å velge mellom å på den ene siden å sikre seg adekvat oppfattelse av det som er sagt, og på den andre siden unngå å overbelaste relasjonen. Menneskets evne til å plukke ut bruddstykker i all informasjon som treffer persepsjonsapparatene, og gjøre slutninger på grunnlag av selektert informasjon, gjør det mulig å tolke seg frem til forståelse på grunnlag av konklusjoner om sammenhenger. Munnnavlesning er en kunst som i hovedtrekk er basert på slikt tolkingsarbeid; det krever årelang trening og dessuten talent. Selv om strategien noen ganger svikter, er den erfaringsmessig resultatet av bevisst og hard innsats. Spørsmålet er likevel hvor hensiktsmessig dette strategivalget er i det lange løp, og hvilke strategier for øvrig hørselshemmede har mulighet til å bruke.

En helsepsykologisk tilnærming til benektingsfenomenet vil dreie seg om hvordan mennesker vurderer problemet eller stressoren de står overfor («the appraisal process»). Lazarus og Folkman (1984) beskriver hvordan mennesker vil gjøre en subjektiv vurdering av situasjonen, og hvordan denne vurderingen er avgjørende for hvilken mestringsstrategi som aktiveres. Problemfokuset mestring vil (Stroebe, 2000) eksempelvis her kunne dreie seg om det å trene på å bruke høreapparat. God dag, mann! Økseskaft!-strategien vil på den annen side være et eksempel på emosjonsfokuset mestring, fordi hensikten er å unngå det ubehagelige ved å fremstå som tungnem eller å unngå å stille urimelige krav til samtalepartnern. I tråd med denne modellen vil hørselshemmede som opplever situasjonen som et ubotelig tap og som en trussel mot egen integritet, komme til en ensidig og problemoppretholdende bruk av unngåelsesstrategier, som tilfellet er når den som ikke hører, holder dette hemmelig. Å kunne erkjenne at vansker foreligger, kunne akseptere ansvaret for å måtte takle belastningene og å være i stand til å meddele seg på en måte som fremmer sosial støtte, fremstår som sentrale ingredienser i god tilpasning.

Aksept og mestring

Dyregrov (2006) tar for seg «komplisert sorg» som er en foreslått diagnosetilleggelse for den neste, reviderte utgaven av DSM. I denne ligger en forståelse av sorgprosesser som på vesentlige punkter avviker fra en utbredt oppfatning om at sorg vil løpe i distinkte faser, og at det er nødvendig for alle å gjennomføre et sorgarbeid hvor tapet konfronteres. Slik komplisert sorg er beskrevet, ser vi likhetstrekk til de reaksjonsformene som opptrer blant hørselshemmede som har vansker med å akseptere tapet. Dette kommer til uttrykk ved:

- 1 en uttrykt lengsel etter å kunne høre igjen, og ved at tanker på tapet utløser smertefull tristhet
- 2 at det er vanskelig å forsone seg med tapet
- 3 at tillit til andre mennesker er berørt
- 4 overdrevet bitterhet eller sinne knyttet til tapet
- 5 motvillighet mot å arbeide seg videre i livet
- 6 en opplevelse av nummenhet eller distanse til andre mennesker
- 7 vansker med å finne mening i tapet, og ved at livet virker meningsløst
- 8 en svekket fremtidstro og uttalt pessimisme

9 uttalt uro, angst og nervøsitet

Intervensjoner som retter seg mot å støtte sorgprosessen, kan være nyttige også for de hørselshemmede som opplever vansker med å akseptere sitt funksjonstap. Blant denne gruppen observeres markerte og vedvarende forstyrrelser i sosiale, yrkesmessige og andre livsarenaer over lang tid som ikke utelukkende kan relateres til depresjonstilstander. I den grad studier av forholdet mellom redusert hørsel og psykisk helse er gjennomført, er det heller ikke funnet entydige sammenhenger. HUNT-II (Tambas, 2004) viste at nedsatt hørsel ikke syntes å påvirke mental helse for den eldste gruppen (65+). Gruppen med lavfrekvent hørselstap utgjorde gruppen i materialet som i større grad enn de andre rapporterte om mentale helseproblemer. Dette innebærer at hørselstap synes å ha en viss innvirkning på mental helse blant hørselshemmede i yrkesaktiv alder. Dette kan ha sammenheng med at konsekvensene av hørselstap er mer alvorlige for individer som fortsatt deltar i arbeidslivet, men også at hørselsnedsettelse ikke forventes mens man er ung. Maciejewski, Zhang, Block og Prigerson (2007) fant at pårørende som mistet sin kjære på grunn av naturlige årsaker, hadde langt lettere for å akseptere tapet enn de som hadde mistet en nær i en ulykke. Forfatterne argumenterer at forskjellen er at den første gruppen fikk informasjon om det som skulle skje, på forhånd og kunne innstille seg deretter.

De færreste som har fått redusert eller mistet hørselen, har fått et forvarsel eller mulighet til å mobilisere sine ressurser i forkant. Burkey (2003) understreker hvordan erkjennelsesprosessen for de fleste hørselshemmede er gjort spesielt utfordrende, fordi tapet vanligvis vil utvikle seg svært gradvis. Det tar tid å erfare og oppdage hvilke konsekvenser som følger av hørselshemningen. Hørselstapet kan også være relativt beskjedent lenge før det sakte, og for den det gjelder nærmest umerkelig, blir verre. Man har dessuten vanligvis en klarere opplevelse av hva man hører, enn av alt man ikke får med seg. Noen mennesker snakker tydelig, andre er det mer vanskelig å oppfatte. Dette kan også normalthørende oppleve fra tid til annen. Det kan være en gradvis prosess å innse at det skjer stadig oftere at en støter på mennesker som snakker utydelig. Selv sterkt tunghørte kan oppfatte personer med et stemmeleie som ikke treffer det frekvensområdet som er affisert, særlig hvis vedkommende holder blikkontakt og ikke snakker fort. Erkjennelse innebærer derfor å måtte takle skamfulle følelser ved å bli seg bevisst at en kan ha misforstått, svart feil for seg, ha overhørt og gått glipp av mye og personlig viktig informasjon i en periode av ukjent lengde. Aksept er like fullt en uunnngåelig forutsetning for å integrere at hørselen er dårlig og komme seg videre i livet.

Hørselshemmede som fortsatt strever med å komme overens med sin situasjon, vil naturlig nok ikke være mottakelige for velmente anbefalinger fra omgivelsene om å bruke høreapparat. Arbeid med å venne seg til høreapparat er svært krevende. Å oppdage at høreapparatene forsterker ubehagelig støy, og at nytteverdien av dem er liten i mange sammenhenger (i svømmehallen, i butikken, ute i trafikken, osv.), kan i en slik situasjon virke demoraliserende, og i verste fall låser situasjonen seg.

Høreapparat og andre hørselstekniske hjelpemiddel er en sentral del av rehabiliteringen, men slike verktøy er ikke svaret på alle vansker som dukker opp ved hørselstap. Selv om mange oppgir at høreapparatet har vært til nytte og glede, understreker gjentatte studier betydningen det har å gjøre omgivelsene kjent med hørselshemningen (Clausen, 2003/Kvam og Tingvold, 2004/Lorensen og Berge, 2003/Andersson og Hågnebo, 2004, Kjeka, 2007). Kjeka (2007) poengterer at akseptering av hørselstapet er en viktig mestringsressurs, fordi hørselstapet ikke kan fjernes. Åpenhet og informasjon til andre var også i dette studiet avgjørende for god tilpasning, og åpenhet hadde en gunstig virkning for sosial støtte for tunghørte studenter.

Oppsummert fremstår tradisjonell sorgteori med distinkte faser som en lite dynamisk modell når det gjelder hørselshemning. I nyere sorgmodeller ligger verdifull kunnskap som kan belyse hørselshemmedes vansker på en verdinøytral måte. Hørselshemmede som enten ikke vil akseptere det faktum at hørselsfunksjonen er redusert, eller hørselshemmede som finner det hele for smertefullt til å godta, trenger bistand i erkjennelsesprosessen snarere enn å overtales inn i rehabiliteringstiltak. Reaksjoner som likner på dem det er redegjort i forslag til diagnosekriterier for komplisert sorg, vil imidlertid i høyden gjelde et mindretall. Hørselshemning kan forstås som en stressor som ikke kan fjernes, men som må håndteres. Ved å finne frem til individets mestringsressurser og styrke disse kan mer effektive mestringsstrategier kartlegges. Felles for sorgmodeller og en helsepsykologisk innfallsvinkel er at aksept er en viktig forutsetning for god tilpasning, og at god informasjon er en viktig forutsetning for aksept. Det er derfor viktig at helsepersonell som ikke spesielt arbeider med hørselshemning, blir gjort kjent med hva hørselstap kan medføre.

Diskusjon

Motvilje mot å gjennomføre hensiktsmessige rehabiliteringstiltak kan være uttrykk for en ubearbeidet sorg eller benekting. Hørselshemning er et usynlig funksjonstap som langt på vei lar seg skjule ved aktiv innsats. Bruk av sorgmodeller som utgangspunkt for å forstå vanlige reaksjonsformer er

sympatisk fordi det fremhever at dette funksjonstapet er følelsesmessig smertefullt for mange, noe som i utstrakt grad blir undervurdert. Et aspekt ved tradisjonelle sorgmodeller er forestillingen om at sorgprosessen løper i distinkte faser. Fordi hørselshemming i de fleste tilfeller utvikler seg gradvis, vil det i beste fall være vanskelig å definere en sjokk- eller benektingsfase. Nyere sorgmodeller er mer dynamiske og viser til at individer som sørger, vanligvis vil veksle spiralisk mellom de ulike fasene i tapsbearbeidingsprosessen. I diagnosekriteriene som er foreslått for komplisert sorg, ligger et vurderingsgrunnlag for å differensiere mellom normale tapsreaksjoner på den ene siden og mer patologiske og kroniske reaksjonsformer på den andre. Dette gir et vurderingsgrunnlag for hvilke behov hørselshemmede kan ha med tanke på behandlingstiltak. Hørselshemmedes vansker synes i en del tilfeller å bli bagatellisert, og henvisning til psykisk helsehjelp foretas som regel først når det har gått lang tid med fortvilelse og slitasje, med de konsekvenser det kan ha for mestring og tilpasning. Vanlige atferdsformer blant hørselshemmede kan overlape med symptomer på depresjon, og begrepet komplisert sorg gir en mulighet til å fange opp vansker når de foreligger og normalisere opplevelser der det trengs.

I noen tilfeller vil en hørselshemmet ikke klare å akseptere situasjonen på egen hånd, men trenge å bli møtt med forståelse for sine mestringsforsøk

En utbredt antakelse om at unnvikelse og benektning er vanlig blant hørselshemmede, er blitt satt på prøve av undersøkelser der mestring defineres som ethvert forsøk på å takle en stressor, uavhengig av resultatet av dette mestringsforsøket. Her viser det seg at gruppen i stor grad tar i bruk aktive problemløsningsstrategier. Å søke sosial støtte har vist seg å være en helt avgjørende mestringsstrategi for effektiv tilpasning etter hørselstap, men dersom en hørselshemmet skal kunne gjøre dette, må hun ha akseptert situasjonen. I noen tilfeller vil hun ikke klare dette på egen hånd, men trenge å bli møtt med forståelse for sine mestringsforsøk. I verste fall kan rehabiliteringsapparatets relativt ensidige fokus på høreapparater og tekniske hjelpemidler overskygge dette, og det er behov for systematiske kliniske studier. Mange undersøkelser om hørselshemmedes situasjon i Norge baserer seg på semistrukturerte intervjuetoder med et begrenset antall informanter. Studier om forholdet mellom mental helse og hørselstap er som regel foretatt uten at kliniske kriterier er beskrevet nærmere. Det er i liten grad foretatt studier av multivariate årsakssammenhenger mellom psykisk helse og hørselstap.

Konklusjon

Klinikere som systematisk spør pasienter om hørsel, vil se at problemet er utbredt. De fleste takler hørselshemmingen sin uten å utvikle psykiske helseplager, men kombinasjonen av hørselstap og psykisk sykdom bør utredes nærmere. Sorg- og stressmestringsmodeller gir verdifull innsikt i vanlige reaksjonsformer. Slik rehabiliteringsfeltet fremstår i dag, fokuseres det i for ensidig på teknisk-medisinske tiltak, til tross for at brukerne selv understreker betydningen det har å tilegne seg mestringsstrategier. Det hjelper ikke å få det beste digitale høreapparatet som er på markedet, med seg hjem, hvis en ikke har akseptert en fremtid som hørselshemmet.

Katharine Cecilia Peterson
 Oslo universitetssykehus HF
 0514 Oslo
 Tlf. 22 92 35 20
 E-post katharine.peterson@aus.no

Referanser

- Andersson, G. og Willebrand, M. (2003). What is coping? A critical review of the construct and its application in audiology. *International Journal of Audiology*, 42, 97–103.
- Birkeland, S. (2002). *Tilbudet til tinnitusrammede ved høresentraler og hos private øre-, nese-, halsleger*. Hørselshemmedes Landsforbund (HLF).
- Borchevink, H., Hoffman, H., Holmen, J., og Tambs K. (2003). *Hørselsundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT-II*. Folkehelseinstituttet 2003, www.folkehelse.no.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *The International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317–339.
- Burkey, J. M. (2003). *Overcoming Hearing Aid Fears. The Road to Better Hearing*. Rutgers University Press. New Brunswick, New Jersey, and London.
- Dyregrov, A. (2006) Komplisert sorg: teori og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 779–76.

- Clausen, T. (2003). *Når hørelsen svigter. Om konsekvenserne af hørenedssettelse i arbeidslivet, uddannelsessystemet og for den personlige velfærd*. København, Socialforskningsinstituttet, 03:01.
- Din Hørsel*, nr. 04/2006, Utgitt av Hørselshemmedes Landsforbund (HLF).
- Eide, A. H. og Gundersen, T. (2004). *Hørselshemmede og arbeid. En studie om sammenhenger mellom hørselshemming, psykososialt funksjonsnivå og arbeidsdeltagelse*. SINTEF Helse. EPINION Management-analyse; rapport utarbeidet på bestilling fra Castberggård Job og Utviklingscenter (2006). *Døves uddannelses- og arbeidsmarkedsforhold*.
- Gray, C., Koopman, E., Hunt, J. (1991). The Emotional phases of marital separation: an empirical investigation. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 138–143.
- Helvik, A.-S., Wennberg, S., og Jacobsen, G. (2008). Use of hearing aid -- coping and functional disability. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, Des. 4; 128 (23), 2715–2718.
- Kjeka, A. M. (2007). *Tunghørte studenter – mestringsstrategier/mestringsressurser tar tunghørte i bruk under høyere utdanning?* Høgskolen i Sør-Trøndelag: Helse og Rehabilitering.
- Kvam, M.H. og Tingvold, L.(2004). *Jeg er så utrolig sliten... Enkeltpersoners erfaringer med å være hørselshemmet, med særlig vekt på arbeidslivet*. SINTEF Unimed.
- Lazarus, R. S., og Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lorentsen, Ø. og Berge, A. R. (2003). *Hørselshemmede og arbeid. En brukerundersøkelse om erfaringer og synspunkter knyttet til arbeid som livsarena*. Rehab-Nor.
- Maciejewski, P. K., Zhang, B, Block, S. D, Prigerson, H. G. (2007). An Empirical Examination of the Stage Theory of Grief. *Journal of the American Medical Association*, 297, 716–723.
- Stortingsmelding 34 (1996–97). *Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre*.
- Stroebe, W. (2000). *Social Psychology and Health*. Buckingham: Open University Press.
- Svindal, E. og Østli, E. (2007). *Å høre og bli hørt. Anbefalinger for en bedre høreapparatformidling*. IS-1483, Sosial- og helsedepartementet.
- Vanem, A. (2005). *Frivillighetens kritiske faser. En studie av frivillighetens vilkår, med Hørselshemmedes Landsforbunds (HLF) hørselshjelperordningen som case*. Rapport finansiert av EXTRA-midler, Helse og rehabilitering.

Tambs, K. (2004). Moderate effects of hearing loss on mental health and subjective well-being: results from the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *Psychosomatic Medicine*, 66 (5), 776–82.