

# Komplisert sorg: teori og behandling

I denne artikkelen presenteres nyere forskning om komplisert sorg og sentrale aspekter ved sorgintervensjon. Et kasuseksempel illustrerer hvordan kompliserte sorgreaksjoner kan møtes i klinisk praksis.

## TEKST

**Atle Dyregrov**

**PUBLISERT 1. august 2006**

## ABSTRACT:

Complicated grief: theory and treatment

The author of this article maintains that one can no longer simply assume that grief will automatically resolve itself even when persons with grief seek professional help. A new diagnosis called «Complicated grief disorder» has been proposed to be included in DSM-V. This new diagnosis addresses issues related to separation distress while also accounting for posttraumatic reactions such as intrusive thoughts and avoidant responses. Persons displaying symptoms related to «Complicated grief disorder» are at risk and they need professional help. The author maintains that treatment strategies related to cognitive behavioural psychology such as the use of guided imagery, or «writing interventions», seem most effective in dealing with complicated grief.

## EMNER

Komplisert sorg

Diagnose

Intervensjonsforskning

## Innledning

Det har skjedd en revolusjon i vår forståelse av sorg i de siste 20 år. Med Wortman og Silvers artikkel «Myths of coping with loss» i 1989 ble antagelser om sorg, sorgfaser og sorgarbeid kraftig utfordret. De påpekte følgende:

- mennesker går ikke nødvendigvis igjennom faste faser i sin sorg,
- det er ikke nødvendig å gjennomgå en periode med intenst ubehag for å klare seg bra i ettertid,
- gjennomføring av et «sorgarbeid» hvor en konfronterer sitt tap, er ikke nødvendig for alle,
- det behøver ikke å være et problem når reaksjoner ikke uttrykkes,
- det er heller ikke slik at alle sørgende vil vende tilbake til tidligere funksjonsnivå i løpet av et år eller to.

Gjennom Wortman og Silvers forskning, og studier utført av forskergrupper rundt Margareth Stroebe, Holly Prigerson, Mardi Horowitz og George Bonanno, er det utviklet et mer nyansert syn på sorg.

**«Vi har ikke lenger en forventning om at det finnes en riktig måte å gå igjennom eller bearbeide tapsopplevelser på»**

De fleste av de postulat Wortman og Silver presenterte, er blitt underbygget av senere års forskning. Antagelsen om sorgfasene er definitivt blitt forlatt, og nye modeller for sorg har utviklet seg. Fravær av sorg blir ikke lenger automatisk ansett som patologisk sorg. Det å arbeide seg igjennom sorgen betraktes ikke lenger som kritisk for å komme igjennom den, og en tenker seg ikke lenger at et tap må forløses eller båndene til den døde må brytes.

Forskning om sorg har altså ikke gitt belegg for å anta at de fleste mennesker beveger seg gjennom faste stadier eller faser fra psykologisk omveltning til ny tilpasning. Samtidig har vi fått mer kunnskap om hvordan tapet kan ha dyptgripende konsekvenser for opplevelsen av identitet, og tap forstås også i et familieperspektiv. I år 2001 oppsummerer Wortman og Silver på nytt forskning og antagelser om sorg. De konkluderer med at selv om disse mytene om sorg ikke har empirisk belegg, fortsetter de å leve i beste velgående blant klinikere og folk flest (Wortman & Silver, 2001).

Vektlegging av meningskonstruksjon, av det å utvikle en sammenhengende fortelling eller narrativ, er et viktig tillegg til forståelsen av tap, blant annet fremmet gjennom Neimeyers (2000a, 2001) og Nadeaus (1998) arbeider. Vi har oppnådd mer innsikt i hvordan enkeltmennesker og familier skaper mening etter et dødsfall, og hvordan vi som terapeuter kan assistere i slik meningsskapning. Vår forståelse av dynamikken i sorg har blitt økt gjennom arbeidene til Stroebe og medarbeidere, som har utviklet det som kalles for tospors-modeller for sorg (Stroebe & Schut, 1999; Rubin, Malkinson & Witztum, 2003). Her vektlegges på den ene siden det som kalles tapsorientert mestring, hvor en går nær ulike sider ved tapet. På den annen side har vi mestring orientert mot gjenoppbygging, hvor en skaper distanse til tapet og tar opp igjen vanlige livsoppgaver.

Forskergruppen til Stroebe har vist at det er lite som tyder på at sosial støtte akselererer det å komme til hektene etter tap av en kjær person (Stroebe, Schut & Stroebe, 2005). Støtte som er tilpasset etterlattes behov, er selvfølgelig viktig å motta uansett.

Bonanno og medarbeidere (Bonanno, Mihalecz & LeJeune, 1999; Bonanno et al., 2002) har i en serie studier vist at de fleste er i stand til å gjenoppta sine funksjoner i hverdagen og gå videre i livet. Dette gjelder spesielt etter forventede tap. De har også vist at det finnes lite empirisk dokumentasjon for såkalt utsatt sorg. Tilsvarende har de dokumentert at tap også kan resultere i positive konsekvenser over tid. Forskergruppen

har reist problemstillingen om at noen av de som greier seg bra, faktisk kan få forstyrret sin mestring om de tilbys behandling.

De fleste vil etter tap av ektefelle greie seg bra over tid (Bonanno et al., 2002). Samtidig har det også her vært påvist økt sykkelighet og dødelighet, spesielt for enkemenn i det første halvåret etter deres partners død (se Stroebe & Schut, 2001). Hvilken type dødsfall en rammes av, har stor betydning for de sørgendes situasjon på sikt. Både norsk og internasjonal forskning viser svært langvarige og til dels dramatiske helsemessige følger for foreldre som mister barn (Dyregrov, 2003; Dyregrov & Dyregrov, 1999; Li, Precht, Mortensen & Olsen, 2003; Murphy, Johnson & Lohan, 2002; Murphy, Johnson, Wu, Fan & Lohan, 2003). Av risikoforhold som bidrar til komplisert sorg i tillegg til type dødsfall, er tidligere psykiske problemer, høy avhengighet av den døde, og lav selvaktelse og mestringsevne (Parkes, 2002; Stroebe & Schut, 2001).

En konsekvens av den nyere forskningen er at vi nå har et mye mer differensiert og fleksibelt syn på sorg. *Vi har ikke lenger en forventning om at det finnes en riktig måte å gå igjennom eller bearbeide tapsopplevelser på.* Forhåpentligvis vil spredning av denne kunnskapen medføre at mennesker slipper å høre helsepersonell kommentere at de for eksempel er i «benektingsfasen».

### **Komplisert sorg - en ny diagnose?**

Holly Prigerson og Shelby Jacobs har forsket på komplisert sorg (Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2005; Prigerson et al., 1997; Prigerson & Jacobs, 2001). Tidligere har det vært anvendt ulike termer for å beskrive vanskelige sorgvarianter, for eksempel abnormal sorg, patologisk sorg, traumatisk sorg, maskert sorg, overdreven sorg og utsatt sorg. Av disse begrepene er kronisk sorg det som brukes mest pålitelig av klinikere (Enright & Marwit, 2002), da i betydningen intens sorg som ikke får en avslutning og som har en overdreven varighet (Worden, 1991). Det arbeides for at komplisert sorg skal godkjennes som en ny kategori innen DSM-V (se Tabell 1), og det er allerede utviklet spesifikke behandlinger for mer effektivt å hjelpe dem med komplisert sorg.

### **Tabell 1. Forslaget til kriterier for komplisert sorg som er sendt fra Prigerson-gruppen for inkludering i den nye utgaven av DSM-systemet (Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski, in manuscript).**

A. Kronisk lengsel etter den døde. Lengselen avspeiler et behov for en forbindelse med den døde som ikke kan tilfredsstilles av andre. Den etterlatte vil oppleve daglig påtrengende, forstyrrende hjertesorg.

B. I tillegg skal personen ha fire av følgende åtte symptomer flere ganger daglig eller i en slik grad at de er plagsomme og forstyrrende:

- a) Vanskelig med å akseptere dødsfallet
- b) Ikke være i stand til å stole på andre
- c) Overdreven bitterhet eller sinne knyttet til dødsfallet

- d) Uro ved tanken på å gå videre i livet
- e) Opplevelse av nummenhet eller avstand til andre
- f) Følelse av at livet er tomt eller meningsløst uten den døde
- g) Svekket fremtidstro
- h) Følelse av å være urolig eller nervøs

C. Det siste kriteriet som skal tilfredsstilles for at en skal sies å ha en komplisert sorgreaksjon, er at plagene skal forårsake markert og vedvarende forstyrrelse på sosial, yrkesmessig eller andre områder. Plagene skal ha vart i mer enn seks måneder.

Forskning over komplisert sorg har vist at kriteriene som er gjengitt i Tabell 1, er høyst sensitive og spesifikke, og er i stand til å predikere sykelighet og negativ helseatferd ut over depressive symptomer. Komplisert sorg blir ikke effektivt redusert av interpersonlig terapi eller trisykliske antidepressiver (Prigerson & Jacobs, 2001). Komplisert sorg er forskjellig fra depresjon, og den har spesielle karakteristika som krever egne behandlingstiltak.

Mens Prigerson-gruppen har vektlagt separasjonsubehaget, med kronisk lengsel etter den døde, har gruppen rundt Mardi Horowitz (Horowitz et al., 1997) sett komplisert sorg ut fra stressresponsteori og på mange måter utviklet en parallell til posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (se Tabell 2). Allerede i 1993 argumenterte gruppen, som bl.a. besto av den norske psykolog og lege Are Holen, for at «pathological grief disorder» burde inkluderes i DSM-systemet (Horowitz, Bonanno & Holen, 1993).

### **Tabell 2. Forlag til kriterier for komplisert sorg fra Horowitz-gruppen (Horowitz et al., 1997).**

Pasienten skal utvise tre av de følgende syv problemer:

- a) Uønskede minner eller påtrengende fantasier knyttet til den døde
- b) Perioder med, eller stikk av, sterke emosjoner knyttet til den døde
- c) Ubehagelig sterk lengsel etter eller ønske om at den døde var der
- d) Følelse av å være altfor mye alene eller personlig tomhet
- e) Overdreven unngåelse av mennesker, steder eller aktiviteter som minner om den døde
- f) Uvanlige forstyrrelser av søvnen
- g) Tap av interesse for arbeid, sosial omsorg eller fritidsaktiviteter slik at det forstyrrer vanlig funksjon

De to forslagene skiller seg fra hverandre med hensyn til vektlegging av separasjonsubehaget, som er mer fremtredende hos Prigerson-gruppen. Påtrengende minner er sterkere vektlagt av Horowitz-gruppen. Intrusjonsfenomen, det vil si

påtrengende tanker og minnesbilder, kan imidlertid arte seg ulikt på sorg- og traumeområdet. En del påtrengende minner oppleves som positive av sørgende, som faktisk oppsøker minner for å søke nærhet til den døde. For de med sterk lengsel etter en som ikke er der, er aktiv oppsøking mer vanlig enn unngåelse og benekting. For de som opplever at dødsfallet skjer på en traumatisk måte, for eksempel en ulykke der de selv er til stede, kan det opptre sterke påtrengende minner som så fører til unngåelse av alt som minner om dødsfallet. Med Prigerson-gruppens kriterier vil slike problemer føre til en PTSD-diagnose, mens de vil tilfredsstille Horowitz-gruppens kriterier for en patologisk sorgforstyrrelse. Mennesker som har opplevd ikke-traumatiske dødsfall som karakteriseres mest ved separasjonsubehag, vil på den annen side bedre fanges opp av Prigerson-gruppens kriterier. De opplever at sorgen holder dem i kontakt med den døde, og kanskje også at mindre sorg blir et slags svik mot den som døde. Det gjenstår mye arbeid før alle de kompliserte sorgvarianter vi ser i klinisk praksis, fanges godt opp av de foreslåtte kategorier, blant annet utsatt sorg, som er eksemplifisert senere.

### **Intervensjonsforskning**

Der er flere viktige utviklingstrekk innenfor sorgintervensjon for de som har mistet en kjær person. Nytt av intervensjon ser ut til å være god for de med komplisert sorg og som selv føler at de har behov for profesjonell hjelp. For vanlige dødsfall er det få indikasjoner for intervensjon (Stroebe, Stroebe, Schut, Zech & van den Bout, 2002). Oversiktsartikler og metastudier av sorgintervensjon har generelt ikke vist spesielt positive virkninger (Allumbaugh & Hoyt, 1999; Jacobs & Prigerson, 2000; Kato & Mann, 1999; Jordan & Neimeyer, 2003). De fleste intervensjoner har, som forfatterne av en av oversiktsstudiene skriver, «... hatt store metodiske mangler, sjelden spesifisert hvilken sorgteori de tester, og vist overraskende svake effektstørrelser» (Kato & Mann, 1999, s. 275, min oversettelse). Jordan og Neimeyer (2003) påpeker at de fleste sorgforløp er ukompliserte og trenger ingen profesjonell intervensjon, men at noen undergrupper utviser større risiko for problemer i ettertid og derved kan respondere bra på intervensjon. Jordan og Neimeyer (2003, se s. 776–777) hevder også at metodiske problemer i mange av intervensjons-undersøkelsene kan ha maskert en positiv virkning, bl.a. ved ikke å belyse interaksjons- eller moderatorvariabler tilstrekkelig. Neimeyer (2000b) har påpekt at få av studiene gjør eksplisitt prinsippene og prosedyrene som ble fulgt i terapiene som ble undersøkt.

Stroebe et al. (2005) oppsummerer hva vi vet fra undersøkelser over sorgintervensjoner. De konkluderer: Primærforebyggende intervensjoner som retter seg mot alle som mister en kjær person, har liten hensikt, med unntak av tiltak for sørgende barn etter tap av foreldre. For sekundærforebyggende opplegg rettet mot høyrisikogrupper for å utvikle sorgrelaterte problemer (som etterlatte etter traumatiske dødsfall, etter tap av barn, eller de med høye nivåer av ubehag), er resultatene mer positive. Mest effektive er tertiære intervensjoner for de som har utviklet kompliserte sorgreaksjoner.

### **Hvordan kan en hjelpe mennesker med komplisert sorg?**

I de senere år har en sett en utvikling parallell til PTSD-terapi med spesifikke terapimetoder som «Traumatic Grief Disorder Treatment» (Shear et al., 2001). Ved siden av å fremme en akseptering av tapet og en reinvestering i livet nytter disse metodene som er influert av kognitiv atferdsterapi, seg av imaginære besøk hos og samtaler med avdøde og konfrontering av minner. Resultatene er svært lovende og viser at målrettet arbeid mot det som er de etterlattes hovedplager, gir resultater. Sorgterapi har som PTSD-terapi utviklet seg fra bare å samtale om det som har skjedd, til systematisk arbeid hvor en rekke ulike metoder nyttes for å redusere plager etterlatte sliter med.

Allerede i 1980 beskrev Melges og DeMaso det de kalte for «grief-resolution therapy». De lot mennesker som slet med kompliserte sorgreaksjoner, gjenoppleve («relive») viktige situasjoner i forbindelse med tapet. Hensikten var å ta vekk hindringer for å gå videre i sorgen eller restrukturere («revise») den. Under disse detaljerte gjenopplevelsene ble de oppmuntret til å opprette en dialog med den døde hvor de kunne uttrykke det som aldri ble sagt, be om tilgivelse, fremsi sin takknemlighet, og ta farvel. Metoden har elementer av eksponering og kognitiv restrukturering, samtidig som den gjør bruk av meningskonstruksjon (se under).

Mawson, Marks, Ramm og Stern (1981) viste i en mindre studie nytten av en tilsvarende metode som de kalte «guided mourning». Her benyttet de eksponering i fantasien og i det virkelige liv, i tillegg til at pasientene måtte si farvel både i terapitimene og skriftlig mellom timene. Pasientene fikk også andre skriveoppgaver mellom timene hvor de skulle skrive minst en side hver dag om sitt forhold til avdøde. Senere replikerte deler av denne forskningsgruppen funnene (Sireling, Cohen & Marks, 1988) og utviklet det de kaller for assisterte sorgoppgaver. Disse besto blant annet av å besøke krematoriet der bisettelsen hadde funnet sted, beskrive hvordan liket så ut da de så det, snakke om sykdom eller dødsårsak, ta med bilder og se på dem over lengre perioder, liste opp positive og negative sider ved avdøde, skrive brev til avdøde, tilbringe lengre perioder i den dodes rom, og bære på seg ting fra den døde, som klær og smykker. De viste at komplisert sorg ble mer dempet gjennom den eksponeringsbaserte behandlingen versus behandling uten slik eksponering. Også Ramsay (1977) påpekte tidlig nytten av å benytte atferdsterapeutiske tilnærminger til dette området.

**«Selv om eksponeringsbaserte metoder har omfattende dokumentasjon som virksomme, er det uklart hvor mye disse benyttes blant klinikere»**

Fleming og Robertson (2000) gjennomgikk anvendelsen av kognitiv atferdsterapi på sorgområdet. De fant at de mest vanlige atferdsterapeutiske intervensjonene for å behandle traumatisk sorg inkluderte massiv eksponering, «flooding», og gradvis eksponering til sorgutløsende stimuli, mens kognitive teknikker er mindre benyttet. De

argumenterer for at strategier utviklet for behandling av PTSD kan anvendes for sorg, inkludert det å identifisere og erstatte dysfunksjonelle kognisjoner eller irrasjonelle trossystemer. Kognitive komponenter eller en reorganisering av ens kognitive representasjoner, for eksempel omprioritering av hva som er viktig i livet, endring av mål, tilpasning av selvbylde, refortolkning av hendelsen og reetablering av kontroll, kan fremmes gjennom kognitiv atferdsterapi. Spesielt i arbeidet med skyld og etterpåklokskap kan disse metodene nyttes for å åpne opp for andre alternativer og redusere tankefeil, slik følgende eksempel illustrerer:

En kvinne hvis bror skjøt seg, kommer til samtaler flere år etter hans død. Hun søker hjelp for sterk skyldfølelse for at hun ikke hadde forstått hvor alvorlige problemer han hadde, og for at hun ikke organiserte hjelp for han. «Jeg skulle forstått det på e-postene hans. Ingen ved sine fulle fem ville skrive en e-post midt på natten, slik han gjorde natten før han tok sitt liv». Da jeg spør om han tidligere har skrevet e-post om natten, svarer hun «Ja, det var slik han var». Hun forteller også at hun gjennom å lese hans e-post forsto at han hadde en pistol, og hun er ubarmhjertig i sine selvbebreidelser for at hun ikke så selvmordet i emning. Jeg spør «Skrev han om pistolen i en e-post til deg?», og hun svarer nei, at det var i en e-post til en av hans venner. Jeg spør da om han sendte kopi av e-posten til henne, og hun svarer benektende, at den ble skrevet ut fra hans PC. Da jeg spør: «Sier du at du altså fikk vite om dette etter at han var død da dere gjennomgikk e-posten han hadde skrevet?», stopper hun helt opp og er ute av stand til å snakke. Hun blir som en datamaskin som har hengt seg opp. Hun skjønner at hun har tatt med seg informasjon som hun først fikk tilgang til senere, og latt dette bli utgangspunkt for selvbebreidelsene.

Ved hjelp av spesifikke spørsmål og systematisk gjennomgang av hva hun visste på hvilket tidspunkt, er hun i stand til å sprengte den følelsesmessige logikken innenfra. Hennes selvbebreidelser og skyldfølelse bedres betraktelig etter denne samtalen. Kognitive metoder utarbeidet for bearbeiding av skyldfølelse av Kubany og medarbeidere (Kubany, Hill & Owens, 2003; Kubany et al., 2004) på PTSD-området kan med fordel også anvendes i forhold til skyld på sorgområdet. Selv om eksponeringsbaserte metoder har omfattende dokumentasjon som virksomme, er det uklart hvor mye disse benyttes blant klinikere. Mine møter med skandinaviske kolleger ved undervisning om sorg og traumer tyder dessverre på at altfor få drar nytte av disse metodene.

I arbeidet med komplisert sorg skjer det nesten alltid en utvikling av en ny fortelling eller narrativ om den døde. Dette innebærer konstruksjon av ny mening. Psykologen Robert Neimeyer sammenfatter: «Når sorgterapi tilbys, må den adressere de dype utfordringene det tragiske tapet representerer for klientens (inter)personlige meningssystemer og fremme den overlevendes kamp for å finne mening både i døden og i deres fortsatte liv» (2000b, s. 555, min oversettelse). I tillegg til å nytte metoder fra

kognitiv atferdsterapi har den narrative tradisjonen lånt metoder fra litteratur og kunst, og vektlagt hvordan vi skaper og gjenskaper våre opplevelser og derved har muligheten til å rekonstruere tapet på en måte som tillater oss å leve mer fullt. Neimeyer (1999, 2000a) lar etterlatte skape mening gjennom å skrive gravskrifter, dagbok eller historier om hvordan den døde har påvirket dem, for eksempel hvordan den døde har hatt innvirkning på:

- Mine vaner og gester
- Min måte å snakke og kommunisere på
- Mitt arbeid og mine aktiviteter
- Min personlighet
- Mine verdier og trosoppfatninger

Etterlatte kan bes om å skrive om den innvirkning eller det preg de gjerne vil beholde og forsterke, og hva de helst vil avvikle eller forandre. I arbeidet benyttes såkalte forbindelsesobjekter («linking objects»), som klær og eiendeler, og metaforiske bilder og poesi for å gå nær opplevelser som kan være tunge å beskrive. Hensikten er å etablere forbindelse mellom eller skape mening i disse opplevelsene.

Tradisjonen rettet mot meningsskaping forstår sorg som en aktiv prosess. Etterlatte er i stand til å velge om de vil rette sin oppmerksomhet mot tapet eller mot de praktiske tillemplinger som er nødvendig for å tre inn igjen i ens yrkesmessige og sosiale verden (jfr. tosporsmodellen til Stroebe & Schut, 1999).

I det følgende beskrives et kasus som inkluderer mange av de nevnte metodene.

### **Sorgterapi - en kasusillustrasjon**

Ellen var 17 år da hennes mor tok sitt liv. Hun fant moren like etter at hun hadde utført selvmordshandlingen, og selvmordsmåten medførte sterke sanseintrykk. I situasjonen holdt hun hodet kaldt og gjorde de riktige tingene. Verken kriseteam, familie eller fastlege maktet å få henne til å fortelle hvordan hun opplevde situasjonen. Hun nektet å snakke med familie, venner eller andre. Når venninnene nevnte hennes mor på telefon, la hun på. Ved terapistart kunne hun ikke gå nær rommet der dette skjedde, ikke høre ordet selvmord nevnt i samtale verken hjemme eller ute, og hun unngikk alt på TV og film som kunne eksponere henne for andres selvmord eller ordet selvmord. Hun var sint på mor, som hun opplevde hadde ødelagt hennes lyse fremtidsutsikter.

Ellen kom til vårt kontor sammen med andre familiemedlemmer en av de første dagene etter selvmordet, men forble på venterommet mens de andre var til samtale. Jeg gikk ut til henne og ned på huk foran henne, og sa at jeg aksepterte at hun ikke ville snakke, men om hun ønsket dette på et senere tidspunkt, var det mulig. Hun tok kontakt ett år og tre måneder senere fordi hennes fastlege hadde presset henne til det. Noen måneder etter selvmordet hadde hun begynt å studere, men måtte gi opp, og hun tok seg en jobb. Høsten etter forsøkte hun på ny med samme resultat; hun var ikke i stand til å konsent-



rere seg eller å huske det hun skulle lære. Hun delte tiden og livet sitt inn i tiden før og etter at mor tok sitt liv. Hun kom svært motvillig til samtaler.

Over en periode på et halvt år kommer hun til 17 samtaler. De første månedene ukentlig, senere med større spredning mellom samtale. I de første samtale er det helt umulig for henne å beskrive hva hun opplevde da hun fant sin mor, hun er svært sint på henne, forteller at hun ikke har vært på gravstedet, og at hun overhodet ikke kan samtale med noen om det som har skjedd. Varsomt begynner vi samtale med å bygge et bilde av hvordan hun har hatt det, om det gode forholdet hun hadde til mor før selvmordet, og hvordan hun har det i sin tilværelse nå. Hun føler at mor har ødelagt hennes liv. Alle hennes drømmer om utdannelse og fremtid er knust av mors handling. I første time forteller jeg henne at jeg ikke vet noen annen vei til at hun skal få det bedre enn at vi må gå nær det hun nå bruker ekstremt mye energi på å unngå. Jeg sier at jeg tror hun kommer til å kvie seg til våre timer, at hun vil få lyst til å melde avbud til timene, og at hun kanskje nesten vil hate meg for hva jeg kommer til å presse henne til å gjøre. I en av de første timene sier jeg at jeg kommer til å be henne detaljert forklare hva som skjedde da hun fant mor, at jeg vil be henne om å gå inn på rommet hvor hun fant mor, og gå på besøk på gravstedet.

Ellen vil ikke at noen skal vite at hun går til psykolog, og hun insisterer på at timene må legges til etter arbeidstid. På arbeidsstedet forteller hun at hun skal til lege de gangene hun må ha fri. Jeg sier at også dette er noe jeg vil at hun skal endre på, at hun skal fortelle hva som har skjedd til sin arbeidsleder, slik at hun slipper å forstille seg. Hun sier at ingenting av dette er mulig, og at det ikke vil gå. Om jeg nevner ordet selvmord, ser jeg at det rykker i hele hennes kropp, og at hun opplever sterkt ubehag ved dette. Jeg beskriver hvordan andre som har opplevd det samme som henne, har reagert i ettertid, og hvordan gradvis konfrontering med tanker, steder og situasjoner har gjort at de har fått det mye bedre. Innledningssamtale består i motivering for å gå nær og for den vanskelige, men nødvendige konfrontering med hva som har skjedd. Hun forberedes på at hun vil kjenne mer tristhet og savn etter hvert som hun åpner opp for samtale om det som skjedde. Hun har ikke grått etter at mor døde, heller ikke i forbindelse med et annet dødsfall i familien.

### **«I flere samtaler har jeg motivert henne for at hun skal gå inn på rommet der hun fant mor»**

Da jeg spør om hun plages av minnesbilder fra funnet av mor, nikker hun iherdig, uten at hun er i stand til å fortelle hva de går ut på. Jeg lærer henne noen visualiseringsmetoder som kan gi kontroll med bildene, og ber henne øve på dem hjemme (se Dyregrov, 1997). Selvhjelpsmetodene er hun først skeptisk til å prøve ut, men da hun gjør det, demper de umiddelbart de plagsomme minnene. Jeg introduserer også ideen om at hun kan begynne å skrive i en dagbok om det som hendte, og vektlegger at om en slik metode skal være nyttig for henne, må hun våge å skrive om

sine innerste tanker og reaksjoner. Jeg forteller også om Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) som en metode vi kan nytte om ikke selvhjelpsmetodene gir kontroll over de sterke bildene.

Mot slutten av den første måneden etter terapistart forteller hun at hun gråter så lett. Selv reklamefilmer på TV kan gjøre at hun gråter. I samtalene tar vi frem ulike situasjoner hun har opplevd sammen med mor. Jeg utfordrer hennes syn på mors «ondskapsfulle» handling og snakker om hvordan depresjon kan ses på som en tanksykdom hvor mor ikke så noen annen løsning. Mors handling var ikke rettet mot henne, men kan forstås som et uttrykk for fortvilelse og depresjon. Ut i andre måneden etter oppstart forteller hun i detalj hva som skjedde dødsdagen. Jeg spør henne ut om de sensoriske inntrykkene som hun har tatt inn gjennom hele hendelsen, samt hva hun anser som de verste toppunktene («hot spots») i hendelsesforløpet. Hendelsesforløpet gjennomgås på ny under EMDR. Noen av lydinntrykkene er svært ubehagelige, og hun instrueres i hvordan hun kan benytte fantasien til å skru dem ned. I samtalen rollespiller vi også hvordan hun kan fortelle på jobben at hun går til psykolog. Hun synes dette er spesielt vanskelig, fordi det er så skamfullt med selvmord. Hun oppmuntres også til å snakke med andre i familien.

I de neste timene fortsetter vi å snakke om mor, om hennes skyldfølelse som kommer klarere frem: «Jeg burde forstått. Jeg syntes jo bare hun var sytete.» Fordi hun ikke forsto, er hun også redd at andre familiemedlemmer kan gjøre det samme, og at hun heller ikke da skal oppdage det. Mors situasjon og hennes sinne mot mor er et tilbakevendende tema, og gradvis begynner hennes syn på mors handling å bli mer fleksibelt. Hun er i stand til å snakke om mor og selvmordet gjennom hele terapitimene. Hun forteller om hvordan hun har «bygget murer» rundt tankene på mor. Disse murene har beskyttet henne mot følelser og tanker.

Hun slipper flere tanker om og følelser for mor frem, og hun både drømmer og reflekterer over mors betydning i hennes liv. Behovet for å sette opp murene dempes. Hun tenker: «Hvordan var mors siste sekunder?» Hun tenker på siste gang hun snakket med mor, om mors plager, om fremtiden, om kontrastene mellom før og nå. Hendelsesforløpet blir også gjennomgått på nytt, og hun husker flere detaljer, ikke minst omkring det som hendte etter at andre kom til. Etter tre måneder greier hun å si fra om at hun går til psykolog, og hun sender brev om dette til et familiemedlem. Begge deler går bra og gir henne selvtillit, samtidig som det blir lettere å forklare hva hun skal ha fri til hver uke. Hun møter stor forståelse på arbeidsstedet. Ved avslutning av terapien spør jeg hva hun tenker var det viktigste som skjedde, og da fremhever hun selv det å fortelle på arbeidsstedet at hun gikk til psykolog. Det representerte et gjennombrudd, og etter dette løste mye seg.

**«Gjennom de økede  
valgmulighetene blant ulike  
spesifikke arbeidsmetoder har**

## vi som klinikere fått utvidet våre muligheter for å hjelpe»

Jeg spør hva som ville skje om hun skulle tilgi mor. Hun svarer at hun ikke ville orke å sørge over henne. Vi fortsetter å samtale om bakgrunnen for at mor gjorde hva hun gjorde, og hun kan nå uten vansker diskutere dette uten at sinne aktiveres. I flere samtaler har jeg motivert henne for at hun skal gå inn på rommet der hun fant mor. Gradvis venner hun seg til tanken. Jeg forklarer hvordan hun skal gjøre det, og tilbyr meg å følge henne, noe hun absolutt ikke ønsker. Hun er redd for at hun skal se blod der. Hun vet logisk sett at det ikke vil være blod der lenger, men er likevel redd for dette. Jeg lar henne gå inn i rommet i fantasien, og hun makter å stå der inne og se seg rundt. Neste gang hun kommer, har hun sett inn på rommet, men ikke vært inne. Hun har fortalt og forberedt en venninne som skal være med og støtte henne, men det går nesten en måned med mer motivering og forklaring fra min side før hun går inn. Det var litt «ekelt» å gå inn, men det gikk helt fint. «Jeg følte meg klar for det,» sier hun. Hun oppmuntres til å gå der noen ganger i den nærmeste tiden, og opplever snart at dette rommet ikke lenger utløser reaksjoner.

I god tid før hun går inn på dette rommet, rapporterer hun i timene at det går mye bedre. Hun plages ikke lenger av påtrengende minner. Hun har ikke lenger behov for å bruke muren for å stenge av tanker og følelser, og hun kjenner seg gladere. Hun kan kjenne savn av mor, noe som er helt nytt. Hun opplever også at hun får mer energi. Hun har sett på fotoalbum sammen med andre i familien. «Det kostet noe, men jeg greide det.» Hun reagerer ikke lenger om jeg bruker ordet selvmord, og kan snakke ubesværet om sine tanker og reaksjoner rundt mors død.

Jeg sier at det bare er én ting som gjenstår, og det er at hun går på mors gravsted. Det ønsker hun ikke. «Hvorfor skal jeg gå der?» Hun forteller at hun ikke har noe forhold til gravsteder og mener det er meningsløst. På et tidlig tidspunkt da jeg presset henne til å tenke på hvorfor hun ikke ønsket å gå dit, sa hun at det betydde at hun tilga mor. Jeg bringer dette opp igjen, og hun medgir at kanskje det er noe i det. Jeg ber henne tenke på hva hun ville skrive i et avskjedsbrev hun kan ta med til mors gravsted. Vi har en samtale med tre ukers mellomrom og deretter en etter en måned hvor hun sier at det går svært bra med henne, men hun har fremdeles ikke har vært på gravstedet. Jeg sier at neste gang hun kommer, så drar vi sammen ut til gravstedet. Hun kommer tilbake og har vært der. «Jeg var litt nervøs. Jeg gikk om kvelden. Jeg hadde ikke sagt det til andre enn en venninne at jeg ville gå dit. Det var en lykt der, og jeg tente lys. Jeg satt der i 15 minutter. Det var mye lettere enn jeg hadde tenkt. Jeg snakket ikke høyt til henne, men inne i meg.» Hun kjente seg trist da hun var der, og ble litt overrasket over at hun ikke var sint. «Jeg måtte si til meg selv at hun har jo gjort noe.»

I siste timen oppsummerer vi situasjonen. Hun kan snakke åpent og direkte om hva som skjedde, og er ikke plaget av de sterke minnene lenger. Hun synes fremdeles det var galt det mor gjorde, men hun er ikke fordømmende lenger, og hatet er borte. I tillegg forteller hun at hun opplever at hun har fått mye mer selvtillit, og at hun ikke lenger

trenger å vite hva som skjer hele tiden. Hun er mer avslappet, mindre usikker, og hun stiller ikke så sterke, nesten rigide krav til seg selv som hun gjorde før, også før mor tok sitt liv. Hun kjenner seg rede til å ta fatt på utdanning.

## Diskusjon

Dette kasuset illustrerer problemet med de diagnostiske kategoriene. Ellen vil ikke tilfredsstillende kriteriene for Prigerson og medarbeideres «komplisert sorg»-diagnose (Tabell 1), mens hun ville klassifisert for Horowitz og medarbeideres (1997) mer PTSD-liknende komplisert sorg-diagnose (Tabell 2). I gammel terminologi ville en kalt dette for utsatt eller bortskjøvet sorg, som ses i klinikken selv om det finnes få studier som bekrefter denne sorgkategorien.

I denne terapien ble ulike komponenter benyttet:

- relasjonsbygging for å bygge opp klientens motivasjon for å utføre en rekke ubehagelige oppgaver
- psykopedagogiske tiltak med informasjon om vanlige sorgreaksjoner, reaksjoner på selvmord og hva andre har gjort for å få det bedre, gjorde hennes reaksjoner forståelige og satte det hun «tvinges» til å gjøre, inn i en sammenheng
- eksponering for både minnesmateriale og situasjoner og plasser hun unngikk, utvidet hennes funksjonsområde
- kognitiv fokusering og reorganisering av skyld og skam lettet det kognitive trykket
- rollespill ble nyttet for å lette utførelsen av vanskelige handlinger (som å fortelle på arbeidsstedet)
- systematisk desensitivitering dempet reaksjoner rundt ordet selvmord
- bruk av selvhjelpsmetoder og bruk av traumefokusert behandling via EMDR dempet det traumatiske minnesmaterialet

Med den motvilje pasienten hadde til behandling i utgangspunktet, var relasjonsbyggingen i de første timene vesentlig for det som skjedde senere. Det finstemte samspill mellom pasient og terapeut som utviklet seg, tillot gradvis en ny meningskonstruksjon. Nyansene lar seg vanskelig beskrive i en kort artikkel. Stikkord er respekt og forståelse for den situasjon hun var i, forsøk på å formidle varme kombinert med anerkjennelse av hvor vanskelig det var for henne å nærme seg det hun hadde brukt så mye energi på å holde på avstand, og klare forventninger om at jeg som terapeut hadde tro på at hun skulle klare å gjennomføre de vanskelige oppgavene hun fikk, og derved få det bedre.

Kasuseksemplet viser også at det mer tradisjonelle synet om å måtte «arbeide» seg igjennom sorgen gjelder for denne kvinnen. For at hun skal få det bedre, er det vanskelige oppgaver hun må gjennomføre både kognitivt og emosjonelt. I forståelsen av de som sliter med komplisert sorg, er ikke nødvendigvis skillet så stort mellom «gamle» og «nye» oppfatninger av sorg, slik at vi som klinikere sensitivt må lede veien i det arbeidet klienten må utføre. Gjennom de økede valgmulighetene blant ulike spesifikke arbeidsmetoder har vi som klinikere fått utvidet våre muligheter for å hjelpe.

Vår økede kunnskap om sorg og sorgterapi muliggjør en bedre profesjonell hjelp til de som sliter unødvendig mye i etterkant av et dødsfall. For de som har kompliserte sorgreaksjoner, er det nå, avhengig av hva de sliter mest med, mulig å skreddersy opplegg som kan hjelpe dem til å leve med tapet på en måte som i mindre grad reduserer deres livsutfoldelse. Dette nødvendiggjør at de psykologer som skal hjelpe etterlatte, utvider sitt repertoar av metoder og setter seg inn i hovedfunnene i forskningen på dette området.

Atle Dyregrov

Senter for Krisepsykologi

Fabrikkgt. 5,

5059 Bergen

Tlf 55 59 61 80

E-post [atle@uib.no](mailto:atle@uib.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 8, 2006, side 779-786*

#### TEKST

**Atle Dyregrov**, Senter for Krisepsykologi

KONTAKT: [atle@uib.no](mailto:atle@uib.no)

+ [Vis referanser](#)

#### Referanser

Allumbaugh, D. L., & Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 370-380.

Bonanno, G., Mihalecz, M., & LeJeune, J. (1999). The core emotion themes of conjugal loss. *Motivation and Emotion*, 23, 175-201.

Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., & Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18 months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164.

Dyregrov, A. (1997). *Barn og traumer*. Bergen: Sigma forlag.

Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (1999). Long-term impact of sudden infant death: A twelve to fifteen year follow-up. *Death Studies*, 23, 635-661

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

Dyregrov, K. (2003). *The loss of child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help*. Doctoral dissertation (dr. philos.). HEMIL, Psykologisk fakultet. Universitetet i Bergen. ISBN 82-7669-099-8.

Enright, B. P., & Marwit, S. J. (2002). Diagnosing complicated grief: A closer look. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 747-757.

Fleming, S., & Robinson, P. (2001). Grief and cognitive-behavioral therapy: The reconstruction of meaning. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (ss. 647-669). Baltimore: United Book Press.

- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C., & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-910.
- Jacobs, S., & Prigerson, H. (2000). Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for psychotherapeutic treatments. *Death Studies*, 24, 479-495.
- Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, 27, 765-786.
- Kato, P. M., & Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19, 275-296.
- Kubany, E., Hill, E., & Owens, J. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 81-91.
- Kubany, E. S., Owens, J. A., McCraig, M. A., Hill, E. E., Iannace-Spencer, C., Tremayne, K. J., & Williams, P. L. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CCT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 3-18.
- Li, J., Precht, D. H., Mortensen, P. B., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide followup study. *The Lancet*, 361, 1-5.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., & Prigerson, H. G. (2004). A case of establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Mawson, D., Marks, M., Ramm, L., & Stern, R. S. (1981). Guided mourning for morbid grief: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 138, 185-193.
- Melges, F. T., & DeMaso, D. R. (1980). Grief-resolution therapy: Reliving, revising, and revisiting. *American Journal of Psychotherapy*, 34, 51-61.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., & Lohan, J. (2002). The aftermath of the violent death of a child: The integration of the assessment of parents' mental distress and PTSD during the first 5 years of bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 7, 203-222.
- Murphy, S. A., Johnson, C., Wu, L., Fan, J. J., & Lohan, J. (2003). Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's death by accident, suicide, or homicide: A comparative study demonstrating differences. *Death Studies*, 27, 39-61.
- Nadeau J. W. (1998). *Families making sense of death*. California: Sage Publications.
- Neimeyer, R. A. (1999). Narrative strategies in grief therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 12, 65-85.
- Neimeyer, R. A. (Ed.). (2000a). *Lessons of loss. A guide to coping*. Memphis, Tennessee: Center for the Study of Loss and Transition.
- Neimeyer, R. A. (2000b). Searching for the meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541-558.
- Neimeyer, R. A. (Ed.). (2001). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. Washington, DC: Sheridan Books.
- Parkes, C. M. (2002). Grief: Lessons from the past, visions for the future. *Death Studies*, 26, 367-385.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, K., Day, N., Beery, L. C., Newsom, J. T., & Jacobs, S. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 616-623.
- Prigerson, H. G., & Jacobs, S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (ss. 613-637). Baltimore: United Book Press.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (in manuscript). Complicated grief as a mental disorder: Inclusion in DSM. In M. Stroebe, R. Hansson, H., Schut, & W. Stroebe (Eds.).

Handbook of bereavement research and practice: 21st century, (chapter 8). Washington, DC: American Psychological Association.

Ramsay, R. W. (1977). Behavioural approaches to bereavement. *Behavioural Research & Therapy*, 15, 131-135.

Rubin, S. S., Malkinson, R., & Witztum, E. (2003). Trauma and bereavement. Conceptual and clinical issues revolving around relationships. *Death Studies*, 27, 667-690.

Shear, M., K., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds, C. F., Vander Bilt, J., & Masters, S. (2001). Traumatic grief treatment: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1506-1508.

Sireling, L., Cohen, D., & Marks, I. (1988). Guided mourning for morbid grief: A controlled replication. *Behavior Therapy*, 29, 121-132.

Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.

Stroebe, M., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (ss. 349-371). Baltimore: United Book Press.

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Grief work, disclosure and counseling: Do they help the bereaved? *Clinical Psychology Review*, 25, 395-414.

Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Zech, E., & van den Bout, J. (2002). Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 169-178.

Worden, J. W. (1991). *Grief counseling and grief therapy* (2nd ed.). London: Routledge.

Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.

Wortman, C. B., & Silver, R. C. (2001). The myths of coping with loss revisited. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (ss. 405-429). Baltimore: United Book Press.