

Kognitiv terapi ved sorg

Kognitiv terapi ved komplisert sorg retter seg ikke bare mot symptomer som angst og depresjon. Den etterlatte hjelpes med å bygge opp et hensiktsmessig indre forhold til den avdøde og etablere ny mening med livet.

TEKST

Ruth Malkinson

PUBLISERT 1. august 2006

ABSTRACT:

Cognitive-behavioural therapy of grief: A review and application

This article reviews outcome studies of grief therapy, with special attention to the cognitive perspective. Based on those studies, three observations on bereavement interventions are offered: (a) development of psychotherapy interventions has been strongly linked to theoretical conceptualizations and definitions of what constitutes normal, pathological, and chronic grief at different times after bereavement; (b) in most reported studies, generic nonbereavement scales were applied for measuring reduction of symptoms. By using such measures, a link between a decrease in symptoms and «recovery» following treatment may be suggested, while neglecting to assess the bereaved's worldview using grief-specific measures; (c) in reviewed outcome studies, behavioral (desensitization, social reinforcement) and cognitive-behavioral (exposure, guided mourning) interventions are included among effective treatment modalities in cases of complicated grief. It is observed that although similar interventions have been applied, theoretical adherence has changed, implying a change not in the intervention itself but rather in the expected outcome.

Artikkelen er opprinnelig publisert som Malkinson, R. (2001). Cognitive-behavioural therapy of grief: A review and application. Research on Social Work Practice, 11, 671–698. Oversatt, forkortet og bearbeidet med tillatelse og i samarbeid med forfatteren, av Therese Brask-Rustad, DPS-psykoseteamet, Sykehuset Buskerud HF, 3004 Drammen.

Sorg etter et dødsfall anses som en universell og normal reaksjon. Det er imidlertid store individuelle forskjeller i måten å reagere på. Forståelse og behandling av etterlatte med kompliserte sorgreaksjoner har gjennomgått store endringer i den senere tid. Omfattende litteratur har i detalj beskrevet forløp av sorg i form av stadier (Bowlby, 1980), faser (Ramsay, 1979; Sanders, 1989), komponenter (Bugen, 1977), oppgaver (Worden, 1991) eller spor (Rubin, 1981, 1993). Ved normal sorg forventer man at reaksjonen er mest intens like etter tapet og at den reduseres etter hvert som tiden går (Parkes, 1975; Rando, 1993; Sanders, 1989, 1993). Sorg har tradisjonelt blitt sett som en

sunn prosess rettet mot å gi slipp på det forholdet til den avdøde, en prosess kjent som sorgarbeid (Freud, 1917/1957).

«Sorg er ikke bare en emosjonell prosess, men også en kognitiv og atferdsmessig tilpasning til tapet»

Karakteristisk for de tradisjonelle modellene for sorgarbeid er at de beskriver stadier som den etterlatte antas å gå igjennom mot lindring av sorgen og smerten og aksept av tapet. Ved en såkalt normal sorgprosess er det en gradvis oppløsning av båndene til den avdøde og utvikling av nye forhold til andre. I nyere tilnærminger til sorg og tap oppfattes imidlertid ikke en endelig avslutning i tilknytningen til den døde som en nødvendig del av vellykket tapsbearbeiding.

I stedet for et brudd i tilknytningen til den avdøde blir ideen om «fortsatte bånd» foreslått (Malkinson & Bar-Tur, 1999; Rubin & Malkinson 2001; Silverman, Klass & Nickman, 1996). Man forventer ikke lenger et forutsigbart forløp av taps- og sorgprosessen, men ser at det er store individuelle variasjoner (Neimeyer, 1999; Neimeyer, Keese & Fortner, 2000). Tilsvarende har tidsrammen for hva som blir oppfattet som normalt sorgarbeid, endret seg. Man regner ikke lenger med at de fleste i løpet av en 12 måneders periode vil kunne klare å gjenoppta et tilnærmet normalt liv.

Komplisert sorg blir beskrevet som en intensivering av sorg som ikke fører til at man forsoner seg med tapet, men i stedet utvikler atferdsforstyrrelser og svekket fungering i hverdagen (Malkinson & Witztum, 2001). Risikofaktorer forbundet med komplisert sorg inkluderer traumatiske omstendigheter ved dødsfallet som kan medføre depresjon, angst og post-traumatisk stresslidelse. Det er derfor viktig med en grundig vurdering i forkant av behandling. Forskningsstudier skiller komplisert sorg (tvangsmessig opptatthet med den avdøde, gråt, kronisk savn og leting etter den døde personen) fra symptomene på en klinisk depresjon (Prigerson et al., 1995).

Jeg vil presentere en kognitiv atferdsteoretisk modell for intervensjon ved sorg og tap, gå igjennom forskning som evaluerer behandling for sorg, for så å gi en illustrasjon av hvordan man kan anvende en kognitiv tilnærming ved akutt og forlenget sorg.

Den kognitive modellen for sorg og tap

Når en man er glad i, dør, er tapet en belastende hendelse som kan endre grunnleggende antakelser, verdier og oppfatninger om en selv, verden og fremtiden, samt følelser og atferd knyttet til slike antakelser. Sorg er ikke bare en emosjonell prosess, men også en kognitiv og atferdsmessig tilpasning til tapet. Imidlertid har kognisjonenes rolle ofte blitt vurdert som mindre sentrale enn følelser. Dette henger trolig sammen med at emosjonene er mer tydelige. Særlig når dødsfallet er brått eller traumatisk, som ved ulykker, selvmord eller drap, kan sterke emosjoner synes å være langt mer fremtredende enn kognisjoner.

I tradisjonelle terapier rettes behandlingen mot den emosjonelle dimensjonen ved sorgprosessen. Både overdrevne emosjonelle reaksjoner og fravær av emosjoner er indikasjoner på komplisert sorg (Worden, 1991). I behandling forsøker man å hjelpe den etterlatte til å håndtere følelser på en hensiktsmessig måte (Volkan, 1981; Worden, 1991). Kognisjoner blir sett på som biprodukter til emosjonelle forstyrrelser, og de kognitive aspektene ved tap blir ofte neglisjert (Rando, 1984, 1993).

Kognitiv terapi

Vurderingene en gjør seg om seg selv, om verden og fremtiden virker inn på emosjoner og atferd. Et dødsfall kan påvirke personens grunnleggende antakelser (Janoff-Bulman, 1992) eller ideer om verden (Parkes, 1975, 1993), grunnleggende kognitive strukturer eller skjemaer om en selv og verden (Beck, 1976; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992) eller ens trossystem knyttet til selvet, andre og verden (Ellis, 1962, 1994). En nærståendes død kan virke knusende og påvirke den sørgendes syn på livet og sitt forhold til andre mennesker. Dette medfører at sorg også kan ses som en smertefull indre prosess med kognitiv reorganisering av tidligere erfaringer og tilpasning til ny kunnskap, vanskelige tanker og følelser, oppgivelse av tidligere antakelser om ens liv og utvikling av ny mening om livet (Gluhosky, 1995; Horowitz, Bonano & Holen, 1993; Kavanagh, 1990; Neimeyer, 1999). Tapshendelsen må bearbeides slik at man kan tilpasse seg den nye virkeligheten (Epstein, 1993; Warren & Zgouriden, 1991). Jo mer traumatisk hendelsen er, desto større er innflytelsen på ens trossystem og grunnleggende antakelser. Taps- og sorgprosessen inkluderer mestring av både de emosjonelle og kognitive belastningene som følger av dødsfallet. Bearbeiding av uhensiktsmessige eller irrasjonelle sorgrelaterte kognisjoner kan bidra til at sorgprosessen får et gunstigere forløp. Nyere teorier vektlegger også betydningen av å opprettholde et psykologisk indre forhold til den avdøde som sentralt i en normal og sunn sorgprosess (Rubin, 1993; Stroebe & Schut, 1999).

Ifølge en kognitiv tilnærming preges psykopatologisk sorg av forstyrret tenkning med negative vurderinger og antakelser om en selv, verden og fremtiden. Etterlatte kan for eksempel tolke tapet som en avvisning («Hvordan kunne hun gjøre dette mot meg!») (Beck, 1976) eller som en bekreftelse av å være verdiløs («Jeg er skyldig og verdiløs fordi jeg ikke reddet hans liv») (Malkinson & Ellis, 2000). Uhensiktsmessige kognitive prosesser ved belastende livshendelser defineres av Beck (1976, 1989; Beck, Wright, Newman & Liese, 1993) som kognitive forstyrrelser, og av Ellis (1962) som irrasjonelle antakelser. Overreaksjoner eller mangel på reaksjoner etter tapet av en elsket person, er ikke i seg selv «riktig» eller «feil», eller foretrukket eller uønsket, men forbundet med et sett av antakelser som er mer eller mindre funksjonelle. Sorg kan forbindes med funksjonelle kognisjoner (for eksempel «Livet har endret seg for alltid, og det er trist, men jeg skal klare meg»). Komplisert sorg er gjerne forbundet med uhensiktsmessige kognisjoner (for eksempel: «Livet er ikke verdt å leve uten min elskede»). Sorgen kan bli opprettholdt av irrasjonelle eller uhensiktsmessige antakelser som bidrar til depresjon eller angst (Malkinson & Ellis, 2000).

Litteratur om atferdsterapi og kognitiv terapi ved sorg

Behandling av etterlatte har gjennomgått store endringer i den senere tid. Før forsto en gjerne sorg som en tidsbegrenset prosess der den etterlatte gradvis gjenopptok et tilnærmet normalt liv. Nå blir sorg vurdert som en langt mer kompleks og ofte livslang prosess, der man strever med å finne balansen mellom å være opptatt av fortid eller nåtid (Malkinson, Rubin & Witzum, 2000; Rubin & Malkinson, 2001). Normal sorg regnes ikke lenger å være bearbeidet innen en periode på tolv måneder, noe som tidligere ble regnet som den typiske tidsrammen. Ideen om at sorg er en lineær prosess som ender i den etterlattes aksept av tapet, har ikke blitt støttet av forskning (Artlet & Thyer, 1998).

Intervensjoner ved sorg har vært knyttet til de teoretiske modellene de skriver seg fra. Sorgterapi ble tidligere rettet mot å hjelpe den etterlatte med å arbeide seg igjennom sorgen for å nå en avslutning, slik at gjenopptakelse av livet i sin helhet igjen kunne skje. «Stadie»-modellene var fundert på antakelsen om at den etterlatte går igjennom en forutsigbar sorgpross. Derfor utviklet man behandlingsintervensjoner rettet mot sorgforløsning og det å gi slipp på den avdøde (Van der Hart, 1987). Dette var i tråd med det som den gang ble vurdert som normal sorg. Sorgterapi var et redskap for å lette denne prosessen (Malkinson, 2001b). Tilsvarende antok man at tap av en elsket person var en krise som involverte tapet av en viktig relasjon og mulig tap av sosiale nettverk. Mangel på sosial støtte var en prediktor for negativt utfall av tapet (Raphael, 1983). I tråd med dette var sosial støtte for de som opplevde et tap, en rutinemessig forebyggende behandling. Intervensjoner ble ikke nødvendigvis evaluert. En dreining vekk fra disse modellene har ført til en redefinisjon av sorgprosessen til hvordan mestre tapet, vekt på rekonstruksjon av mening og prosessens psykososiale kontekst (Malkinson & Bar-Tur, 1999; Malkinson, Rubin & Witzum, 2000).

Gjennomgang av Forskningslitteratur

Litteraturen om sorgterapi viser at omsorg, støtte og empati er sentrale ingredienser som hever seg over de spesifikke former for intervensjoner (Raphael, Middelton, Martinek & Misso, 1993). I tillegg fokuserer alle former for intervensjoner, uansett teoretisk forankring, på selve tapet. De er oftest strukturerte og tidsbegrensede (dette gjelder også tradisjonelle psykodynamiske behandlinger (Raphael, 1983; Raphael et al., 1993), og behandling er i stor grad basert på stressmestring (Horowitz et al., 1993).

Ramsays (1979) tilnærming til patologisk sorg var en av de første atferdstilnærmingene som ble anvendt. Sentralt sto bruk av «flooding»-teknikker for å fremme uttrykk for smertefulle følelser. Behandlingen var preget av nøye vurdering og planlegging av gradvis in-vivoeksponering i timene, hjelp til å utsette seg for situasjoner som ellers ble unngått i hverdagene, og med hjemmearbeid mellom timene for å øke mestring (Ramsay, 1979, s. 227).

Til tross for at omfanget av utfallsstudier av kognitiv atferdsterapeutiske intervensjoner ved sorg er begrenset, tyder de som er utført på at intervensjonene er effektive, særlig ved kompliserte former for sorg. Gauthier og Marshall (1977), Mawson, Marks, Ramm og

Stern (1981) og Sireling, Cohen og Marks (1988) gjennomførte tre separate studier, hver av dem med kombinert veiledet sorg og systematisk desensitivering for pasienter med patologisk sorg.

Gauthier og Marshall (1977) antok at patologisk sorg opprettholdes gjennom sosial forsterkning av den etterlattes atferdsmønster. De foreslo bruk av «flooding»-prosedyrer og endring av sosial forsterkning som en behandlingsstrategi for å redusere det emosjonelle ubehaget. De vektla betydningen av å bryte de psykologiske båndene med den døde (Gauthier & Marshall, 1977, s. 43). De rapporterte at eksponeringsterapi for fire kvinner som led av patologisk sorg, gav god effekt.

Mawson et al. (1981) brukte atferdsrettet «veiledet sorg» (eksponeringsterapi for å hjelpe den etterlatte med å løse opp båndene til den avdøde). Behandlingen besto av gjenopplevelse av tidligere unngåtte smertefulle minner og følelser knyttet til tapet, samt bruk av hjemmeoppgaver. Resultatene viste forbedring blant pasientene som mottok veiledet sorg (n = 6) etter tre 60 til 90 minutters sesjoner som ble utført i løpet av en periode på to uker. Funnene ble opprettholdt ved oppfølging 28 uker senere (sammenlignet med kontrollgruppen der medlemmene ble instruert i å unngå sorg og smertefulle minner om tapet).

Sireling et al. (1988) hadde eksponeringsprosedyrer lik de som ble brukt i studien til Mawson et al. (1981). Pasienter som mottok veiledet sorgbehandling (n = 14), viste større grad av bedring enn kontrollgruppen (n = 12) i form av mindre unngåelsesatferd.

I alle de tre undersøkelsene var behandlingen i hovedsak rettet mot å lindre patologisk sorg ved bruk av forlenget eksponering. I tråd med teorien om sorgstadier på den tiden var oppløsning av båndene til den avdøde betraktet som et vellykket utfall av tapsprosessen.

Kleber, Brom og Defares (1992) undersøkte effekten av tre forskjellige terapeutiske modeller for å redusere lidelse ved traumer (traume-desensitivering, hypnosebehandling og psykodynamisk terapi). Antall behandlingssesjoner varierte fra 12 til 16. Alle tre behandlingsintervensjonene resulterte i bedring og var effektive i å redusere stress-symptomer sammenlignet med kontrollgruppen (dog langt mindre effektive i forhold til psykosomatiske symptomer). Denne studien viser at behandlingen ut fra svært forskjellige teoretiske referanserammer, kan ha effekt når det gjelder å redusere symptomer på lidelse og ubehag. Det var imidlertid ingen indikasjon på grad av selve sorgbearbeidingen som følge av intervensjonen.

Schut, de Keijser, van den Bout og Stroebe (1996) undersøkte effekten av gruppeterapi for personer som led av komplisert sorg. Terapien kombinerte atferdsterapi (systematisk desensitivering og kognitiv restrukturering) med kunstterapi (visualisering og symbolisering den avdøde i maling, leire, etc.) basert på Wordens (1991) modell for sorg. Behandlingen ble sammenlignet med en kontrollgruppe. Resultater ved fire måneders oppfølging viste at begge behandlingsprogrammene hadde effekt, men at den eksperimentelle behandlingen var mer effektiv med tanke på utfallsmålet som ble brukt (General Health Questionnaire).

Nyere teoriutvikling med vekt på fortsatt tilknytning til den avdøde

Eksponeeringsterapi eller veiledet sorg hadde sitt utgangspunkt i atferdsterapi. Man forsøkte å få til endringer i observert atferd. Det var mindre oppmerksomhet om kognitive sider ved sorgprosessen. Overopptatthet med den avdøde ut over tolv måneder og unngåelse av situasjoner som minnet om tapet, ble vurdert som en form for sykkelig sorg (Mawson et al., 1981), og man mente det var fellestrekk mellom sykkelig sorg og fobiske angstreaksjoner (Gauthier & Marshall, 1977; Mawson et al., 1981; Ramsay, 1979; Sireling et al., 1988). Det ble antatt at det i begge tilfeller var et stimulus som fremprovoserte ubehaget som ble etterfulgt av unngåelsesatferd. Desensitivisering og forlenget eksponering i forhold til situasjoner som ble unngått, ble funnet å være effektive intervensjoner når det gjaldt å redusere unngåelsesatferd, noe som igjen ble vurdert som et positivt utfall.

«Det første sporet dreier seg om hvordan den etterlattes funksjon blir påvirket av tapet, og det andre om hvordan det indre forholdet til den avdøde blir opprettholdt»

Nyere definisjoner av normal og sykkelig eller komplisert sorg, hva som anses som en normal og sunn sorgprosess, og økende interesse for kognisjoner ved sorg, har ført til nye sorgintervensjoner. Eksponeering brukes nå ikke bare til endring av atferd, men også for å endre kognisjoner. Kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi er basert på antakelsen om at emosjonelle forstyrrelser og atferdssymptomer blir opprettholdt som resultat av forstyrret tenkning som kan modifiseres ved hjelp av kognitive, emosjonelle eller atferdsrettede teknikker. Dette kan skje i timene, men også mellom timene ved bruk av hjemmeoppgaver. Det benyttes teknikker som veiledet fantasering, eksponering, kognitiv restrukturering, pusteøvelser og ferdighetstrening. Teknikkene er rettet mot å hjelpe til med å mestre tapet og reorganisere forholdet til de levende og den avdøde (Beck et al., 1993; Ellis, 1995; Mahony, 1991; Neimeyer et al., 2000; Rubin & Malkinson, 2001). Forlenget eksponering, stressmestring, kognitiv restrukturering og bearbeiding er rapportert å være effektiv behandling (Foa & Forhbaum, 1998; Resick & Schincke, 1993). Intervensjoner som eksponering og desensitivisering brukes altså fortsatt, men er tilpasset de endringer i teori og terapi som har skjedd.

Flere utfallsstudier av kognitivt orientert behandling etter svært belastende traumatiske hendelser har vist at behandlingen virker. Kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi er særlig effektiv for personer med post-traumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon, angst og kronisk eller traumatisk sorg (Black, Newman, Harris-Hendriks & Mezey, 1997; Clark, 1986; Kavanagh, 1990; Kleber et al., 1992; Kubany & Manke, 1995; Resick & Schincke, 1993; Richards & Lovell, 1997).

Nyere kognitive intervensjoner har endret seg fra å hjelpe etterlatte med å tilpasse seg livet uten den avdøde, til også å skape ny opplevelse av mening med livet etter tapet.

Silverman et al. (1996) fant ikke empirisk støtte for at det å bryte båndene til den avdøde bidro til en sunn sorgprosess. Det ble tvert imot bekreftet at det er normalt at båndene til den avdøde vedvarer. Vedvarende bånd til den avdøde utgjør altså ikke i seg selv komplisert sorg. En kognitiv tilnærming vektlegger i stedet at vedvarende uhensiktsmessige eller irrasjonelle antakelser og oppfatninger gir opphav til emosjonelle eller atferdsmessige forstyrrelser. Eksponering er derfor i dag rettet mot å konfrontere og utfordre forstyrrede antakelser som fører til for intense og smertefylte opplevelser eller uhensiktsmessige forsøk på å unngå smertefulle tanker og minner om tapet eller den avdøde.

Studiene som har evaluert sorgbehandling, har ofte hatt en rekke metodiske problemer (Jacobs & Prigerson, 2000; Kato & Mann, 1999; Litterer Allumbaugh & Hoyt, 1999; Schut, Stroebe, van den Bout & Terheggen, 2001). Det dreier seg om utvelgelsesprosedyrer, mangel på kontrollgrupper, rekruttering av deltakere, problemer med de statistiske målene, i hvilken grad man følger modellen, store forskjeller i tid etter tapet og bruk av generelle og ikke sorgspesifikke mål (for en mer omfattende oversikt, se Malkinson, 2001a). Neimeyer og Hogan (2001) reiser spørsmål ved bruk av ikke-spesifikke sorg-skalaer der psykiatriske symptomer benyttes som mål for sorg. Behandlingen har ofte vært rettet mot å redusere symptomer målt før og etter behandling. Det er imidlertid ikke nødvendigvis en direkte sammenheng mellom reduksjon av slike symptomer og lindring av akutt eller patologisk sorg. Ifølge Rubins (1981) *to-spors-modell* («the two-track model of bereavement») skjer sorgprosessen etter død langs to hovedspor. Det første sporet dreier seg om hvordan den etterlattes funksjon blir påvirket av tapet, og det andre om hvordan det indre forholdet til den avdøde blir opprettholdt. Ut fra en slik modell kan forskere og klinikere måle dimensjoner ved fungering via mer generelle psykiatriske skalaer, men også dimensjoner ved forholdet til den avdøde med sorg-spesifikke mål.

ABC-modellen

ABC-modellen (Activating event – Beliefs – Consequences) er en del av den kognitive modellen utviklet av Ellis (1962, 1976, 1985, 1991) som kalles Rational Emotive Behavior Therapy (REBT). REBT kan også anvendes for å forstå prosesser ved tap og sorg. På samme måte som ved andre kognitive terapier understrekes betydningen av de kognitive prosessene for å forstå de emosjonelle forstyrrelsene som følger etter en belastende hendelse. REBT skiller mellom to former for kognisjoner om en hendelse: rasjonelle eller irrasjonelle antakelser, med ulike konsekvenser i forhold til en hensiktsmessig eller uhensiktsmessig tilpasning til de uønskede hendelsene (Ellis, 1994).

REBT vektlegger den etterlattes tolkinger av tapsopplevelsen, og man skiller mellom hensiktsmessige reaksjoner på tap, og forlenget uhensiktsmessig eller sykkelig sorg. Modellen angir kognitive, emosjonelle og atferdsrettede intervensjoner for å kunne få

til et mer hensiktsmessig forløp av sorgprosessen. Sorg er en normal og sunn reaksjon der man opplever smerte ved tapet og leter etter ny mening med livet uten den avdøde. Det er også en prosess med gradvis endring av irrasjonelle tanker om tapet, til mer rasjonelle og hensiktsmessige antakelser. Man leter etter en ny måte å leve livet på uten den avdøde, og pendler mellom å sørge over tapet og å mestre den nye hverdagen og utfordringene i livet etter tapet (Neimeyer, 1999; Neimeyer et al., 2000; Stroebe & Schut, 1999). Kognitivt er det også en pendling mellom vonde og uhensiktsmessige tanker som «Hvordan kunne han forlate meg?» eller «Hvordan kunne hun gjøre dette mot meg?» og triste, men mer rasjonelle tanker som «Det er vanskelig å akseptere at han aldri kommer til å være her mer.»

Sorg er en prosess som hjelper den etterlatte til å organisere sitt forstyrrede trossystem til en form for sunn aksept av det som har skjedd. Sorg som har en helende effekt og som bidrar til tilpasningen til virkeligheten uten avdøde, innebærer sterke negative følelser som tristhet, frustrasjon og smerte. Likevel vil en hensiktsmessig og normal sorgprosess gradvis redusere usunne og selvdestruktive følelser av depresjon, fortvilelse, angst og selvforakt. Til tross for hensiktsmessige og rasjonelle antakelser knyttet til tapet, kan individet fortsatt oppleve hendelsen som vanskelig eller traumatisk. Men personer som i tillegg utvikler irrasjonelle eller uhensiktsmessige antakelser knyttet til tapet vil også kunne få sekundære symptomer som henger sammen med problemer med å takle de smertefulle tankene og følelsene. Etter et traumatisk dødsfall kan den etterlatte oppleve å ha irrasjonelle eller uhensiktsmessige antakelser om selve hendelsen, men også nedvurderende og plagsomme antakelser om egne emosjonelle forstyrrelser som følger av tapet (sekundære symptomer) (Walen, Di Giuseppe & Dryden, 1992). Hvis man blir engstelig for egne reaksjoner eller bebreider seg selv fordi man føler man ikke takler situasjonen, kan det utvikles et irrasjonelt mønster av responser på bekostning av mer rasjonell og hensiktsmessig fungering (Malkinson, Kushir & Weisberg, 1997).

REBT-modellen understreker at irrasjonelle antakelser er uhensiktsmessige og ofte henger sammen med en overdrevent negativ vurdering av det som har skjedd og det som følger. Irrasjonelle antakelser kan føre til uhensiktsmessige emosjonelle og atferdsmessige reaksjoner, som i sin tur øker stress og reduserer individets mestringsopplevelse.

Intervensjoner i REBT kan være kognitive (drøfting, tanke-restrukturering og refortolking), emosjonelle (veiledet fantasering), og atferdsmessige (ferdighetstrening ved hjemmeoppgaver). Målet er å hjelpe personen til å mestre hverdagen og redusere emosjonelle forstyrrelser. Hvordan man kan anvende ABC-modellen for vurdering og behandling av akutt sorg og forlenget patologisk sorg, vil bli skissert og illustrert med kliniske illustrasjoner. Jeg vil belyse det kognitive aspektet ved intervensjonene og hvordan atferdsmessige endringer kan følge av kognitive endringer.

Antakelser knyttet til tap

For å vurdere om individets reaksjon på et dødsfall er normal og hensiktsmessig eller ikke, er det i tillegg til detaljerte opplysninger om hendelsen også viktig med en nøye og omfattende vurdering av den etterlattes oppfatning og antakelser om tapet, tilknyttede følelser og atferd (DiGuiseppe, 1991). For å formulere en arbeidshypotese rundt klientens oppfatning og antakelse om tapet og hvilke konsekvenser dette får for følelser og atferd (Beck, 1976; DiGuiseppe, 1991; Kavanagh, 1990), må terapeuten først få frem opplysninger knyttet til den utløsende hendelsen – tapsopplevelsen (A i ABC-modellen) (Malkinson, 1993). Klientens detaljerte oppfatning av dødsfallet bør tas opp i første time. Man bør også forsøke å kartlegge generelle grunnleggende oppfatninger og antakelser om selvet, andre og omverdenen for å få frem eventuelle irrasjonelle oppfatninger (DiGuiseppe, 1991). En detaljert kartlegging av klientens opplevelse av tapet – den utløsende hendelsen (A – «activating event») vil være til hjelp for behandleren i å kartlegge klientens tapsrelaterte antakelser (B – «beliefs»). Slike kan ligge til grunn for forstyrrede og uhensiktsmessige emosjonelle og atferdsmessige reaksjoner (C – «consequences») (Malkinson, 1996). Dette kan bidra til å gjøre behandleren i stand til å skille mellom hensiktsmessige eller uhensiktsmessige antakelser og reaksjoner (B, C) på dødsfallet. Dette skillet er særlig viktig når det gjelder svært belastende traumatiske hendelser.

Ellis (1994) understreker at uhensiktsmessige antakelser om den belastende hendelsen («Hvordan kunne hun gjøre det mot meg?») eller («Jeg skulle ha forhindret det!») ofte opptrer samtidig med mer hensiktsmessige antakelser («Det er så vondt at hun døde, men jeg vet jeg gjorde alt jeg kunne for å hjelpe henne»).

Det er nyttig å gjennomgå dødsfallet i detalj fordi det å fortelle historien formidler ens tolking av hendelsen og hvordan man opplever det. Dette gir anledning til å uttrykke irrasjonelle tanker man har om hendelsen, eller tanker om seg selv, andre eller omstendighetene rundt tapet (Malkinson, 1996). Det er viktig å utforske sammen med klienten den personlige betydningen av tapet (for eksempel «Hun var alt for meg, og livet er verdiløst uten henne») og av den døde personen («Han var den eneste som brød seg om meg») (Freeman & White, 1989). Det er også nyttig å få frem hvordan klienten beskriver tapet, og hva spesifikke uttrykk betyr for klienten (for eksempel «Jeg er trett av livet»). Dette vil være til nytte for hjelperen for å foreslå alternative tolkninger mens man legger særlig vekt på klientens ordbruk. I tillegg kan skriftlige selvrapporteringsskjemaer brukes for å vurdere taps- og sorgrelaterte kognisjoner, som for eksempel Texas Revised Inventory of Grief (Faschingbauer 1981) og World Assumption Scale (Janoff-Bjulan, 1992; se Malkinson 2001a).

Intervensjon i akutfasen: Fra opplevelse av angst til opplevelse av smerte

Et viktig element i sorgterapi er å hjelpe klienten med å takle smerten ved å måtte godta tapet (Malkinson, 1996; Malkinson & Ellis, 2000; Sanders, 1993). Denne smerten har fellestrekk med katastrofefortolkninger man ser i panikk lidelse og PTSD (Clark, 1986; Moore, 1991; Warren & Zgourides, 1991). Det grunnleggende behovet for å unngå smerte og å øke nytelse kan bli alvorlig forstyrret når man opplever en så traumatisk hendelse

som et dødsfall kan være (Ellis, 1962, 1985; Epstein, 1994). REBT legger vekt på at smerte og tristhet er funksjonelle og sunne følelser, og en normal del av det å akseptere et traumatisk og tragisk tap. Smerte ses som et emosjonelt uttrykk for forståelse og aksept av døden. Ved akutt sorg så vel som ved forlenget sorg kan et sekundært symptom (for eksempel stress eller angst) henge sammen med irrasjonelle oppfatninger som «Dette dødsfallet er så trist i seg selv at det i tillegg ikke burde vært så smertefullt» eller «Jeg må klare å kontrollere smerten, hvis ikke blir jeg gal». Andre forlanger tvert om av seg selv at de *må* oppleve mye smerte, og er kanskje redde for at de kan komme til å glemme avdøde.

«Kvinnen bestemte seg for å be om terapi da hun oppdaget at hennes opprinnelige beslutning om å være sterk og å fortsette livet «som om ingen ting hadde hendt», viste seg å være for vanskelig og smertefull»

Sorg i akuttfasen

REBT brukt ved som intervensjon ved akutt sorg har fire mål:

1. identifisere irrasjonelle antakelser i form av strenge krav (rettet mot selv, andre og omverdenen) og emosjonelle konsekvenser (for eksempel angst), atferdskonsekvenser (for eksempel unngåelse) og fysiologiske konsekvenser (for eksempel pusteproblemer, hjerteklapp)
2. informere om sammenhenger mellom antakelser (B – «beliefs») og konsekvenser (C – «consequences»)
3. identifisere og vurdere spesielle konsekvenser for individet (for eksempel spesielle måter å beskrive følelser, atferd og fysiologiske reaksjoner på)
4. lære, og øve på, mer hensiktsmessige kognitive, emosjonelle, atferdsmessige og fysiologiske sorgreaksjoner (Ellis, 1994; Ellis & Dryden, 1997; Malkinson, 1996)

Følgende kliniske illustrasjon av akutt sorg viser hvordan klientens oppfatninger og konsekvenser av disse kan identifiseres i tråd med ABC-modellen. En kvinne bad om terapi noen måneder etter at sønnen på 18 år plutselig døde mens han tjenestegjorde i militæret. Kvinnen fortalte at hun bestemte seg for å be om terapi da hun oppdaget at hennes opprinnelige beslutning om å være sterk og å fortsette livet «som om ingen ting hadde hendt», viste seg å være for vanskelig og smertefull.

Klient: Jeg forstår ikke hva som skjer med meg. Jeg har problemer med å konsentrere meg på jobben og hjemme. Jeg tvinger meg til å fungere bare for å oppdage at det ikke nytter.

Terapeut: Hva sier du til deg selv om det at du ikke klarer å konsentrere deg?

Klient: Jeg forteller meg selv at jeg må konsentrere meg fordi jeg lovet meg selv at jeg skulle gå videre med livet som om ingen ting hadde skjedd. Jeg hater meg selv fordi jeg ikke klarer å kontrollere meg selv. Jeg er en svak person. Jeg har mistet appetitten, og jeg klarer ikke å sove godt.

Klienten var i akutt sorg og trengte hjelp til å sørge på en mer hensiktsmessig måte. Vi startet med å identifisere hennes irrasjonelle tanker (Mål 1) (for eksempel «Jeg må ikke gråte, for da er jeg en svak person», «Jeg må være sterk og beholde kontrollen»). Samtidig belyste vi sammenhengen mellom hver av disse tankene og de forskjellige konsekvensene av tankene (Mål 2) enten de var emosjonelle (engstelse når hun gråt), atferdsmessige (unngåelse av situasjoner som kunne utløse gråt), eller fysiologiske (kvelningsfølelser, panikkanfall og søvnforstyrrelser). De irrasjonelle oppfatningene og konsekvensene som ble uttrykt på hennes idiosynkratiske måte (Mål 3), ble utforsket ved oppstart av behandlingen. Også andre uhensiktsmessige antakelser knyttet til henne selv (for eksempel «Jeg må ikke gi opp, styrke er mitt motto») ble kartlagt i tillegg til den urealistiske antakelsen om at livet kunne gå videre uten endringer til tross for tapet av sønnen. Annen unngåelsesatferd ble også kartlagt. Dette inkluderte å unngå å snakke om sønnens død, fjerne bilder av ham eller la være å kjøre nær gravstedet for ikke å bli minnet om tapet. De irrasjonelle og uhensiktsmessige antakelsene som lå til grunn for unngåelsesatferden, var: «På denne måten trenger jeg ikke å ta inn over meg den forferdelige og smertefulle virkeligheten at sønnen min er død. Det er også en måte jeg kan holde ham i live på fordi jeg ikke ønsker å tenke på ham som død.»

Særlig etter et brått og traumatisk dødsfall er det vanlig at man forsøker å unngå å prate om tapet eller å utføre spesielle handlinger i flere måneder etterpå, slik man ser i eksempelet over. Det er et eksempel på irrasjonell tenkning i tråd med REBT-modellen. Det er et forsøk på å håndtere en virkelighet som ellers oppleves som for smertefull. Moren utviklet i tillegg et sekundært symptom i form av bekymring for sine egne reaksjoner når hun bebreidet seg selv for at hun ikke klarte å forhindre at hun reagerte så sterkt på den emosjonelle smerten. Hun bebreidet seg selv for å være en svak person i stedet for den sterke personen hun mente hun burde være. Hennes antakelser om hvilke krav hun burde stille til seg selv (B), kan ha hatt å gjøre med familiens beslutning om å fortsette med livet som om ingen ting hadde hendt. Unngåelse (C) ble vurdert av den sørgende moren som hensiktsmessig når det gjaldt å unngå å oppleve den ulidelige smerten. Når hennes anstrengelser for å være så sterk som hun mente hun burde være, ikke nyttet, ble hun selvkritisk og selvfordømmende. Dette førte til angst.

En del av problemet var morens eget krav om at hun ikke måtte oppleve smerte. Imidlertid hadde hun etter hvert erfart at hun ikke klarte å unngå smerten. Dette økte hennes angst for å miste kontrollen over situasjonen. Konsekvenser av dette var også økt angst.

Det fjerde målet for intervensjon var å drøfte hennes uhensiktsmessige krav til seg selv om at hun ikke måtte gråte, og hennes opplevelse av angst hvis hun likevel gråt. Vi diskuterte alternative og mer hensiktsmessige tanker som «Jeg skulle ønske at jeg ikke gråt», hvilket kunne ha ført til frustrasjon hvis hun ikke klarte å la være. Det ville vært mindre angstprovoserende. Opplæring i og trening på å tenke mer rasjonelt og hensiktsmessig (for eksempel «Jeg gråter fordi jeg er trist, ikke fordi jeg er svak») ble igangsatt for å hjelpe henne til å utvikle sunnere sorgresponser.

Behandlingen besto av to hovedtiltak: For det første å hjelpe henne til å endre de selvbebreidende tankene til mer aksept av seg selv og sine reaksjoner (fra å forlange at hun skulle klare å kontrollere smerten til et mindre selvkritisk syn på sitt forsøk på å mestre smerten). Hun lærte å skille mellom hensiktsmessige og uhensiktsmessige antakelser og påfølgende konsekvenser. Hun innså at hennes tilsynelatende hensiktsmessige unngåelses-atferd ikke hindret henne i å lide, men faktisk økte smerten når hun opplevde hendelser som hun ikke kunne kontrollere. For det andre å veilede henne til å hjelpe seg selv med å oppleve smerte som var til å holde ut og som ikke var mulig å unngå, og å mestre angstanfallene. Kognitive og atferdsrettede strategier ble brukt for å øke hennes opplevelse av kontroll over smerten, både kognitivt og fysiologisk, i tillegg til trening på rasjonell følelsesmessig fantasering («rational emotive imagery») (Maultsby, 1971). Dette er en kraftfull emosjonell strategi der en klient blir bedt om å la seg selv oppleve en svært uhensiktsmessig følelse for så å endre den til en mer hensiktsmessig. Dette gjøres etter at terapeuten sammen med klienten først utforsker de forskjellige følelsene, og forskjellen mellom følelser som er sunne (tristhet) og usunne og ikke helsefremmende (depresjon). Samtidig identifiserer man hvilke tanker som følger med følelsene, og øver på å endre følelser gjentatte ganger. Moren fikk hjelp til å oppleve forskjellen mellom utolerbar og angstløsende smerte og smerte hun kunne mestre. Dette var en forskjell som hjalp henne til å bestemme eget nivå av smertetoleranse og å ha mer kontroll over følelsene. Ved å fortelle seg selv at hun kunne mestre smerte til tross for at hun ville ha foretrukket å ikke oppleve smerte, ble angsten lindret. I tillegg ble det utformet atferdsstrategier som ble brukt som hjemmeoppgaver. Hver gang hun holdt på å gråte, skulle hun kartlegge tankene og skrive dem ned. Dette ble brukt videre i terapien.

Særlig viktig for moren var det å overvinne unngåelsen av å kjøre forbi gravstedet. Bare tanken på dette utløste panikkanfall med sterke fysiologiske reaksjoner: kvalningsfølelser, nummenhet og uregelmessig pust. Ved å gjennomgå veien til gravstedet i tankene, kartla vi de frykteligste tankene og den mest intense opplevelsen av smerte hun tenkte at hun ville oppleve (sammenhengen mellom B og C). Hun trente på å bruke selvinstruksjoner for å hindre at katastrofetankene ble for overveldende, for slik å klare å kjøre videre mot gravstedet. Vi drøftet hvordan hun kunne møte katastrofetankene når de meldte seg, og pusteøvelser ble lagt til for å hjelpe henne med å mestre kvalningsfølelsene. Da klienten følte seg trygg på at hun ville klare å kontrollere tankene og følelsene sine, sa hun seg villig til å kjøre på veien som gikk forbi gravstedet. Hun fortalte at hun gråt og var svært trist mens hun kjørte bilen. Hun sa at

hun tvang seg til å bruke selvinstruksjonene og pusteøvelsene, og at hun ikke følte at hun kvaltes denne gangen. Da hun beskrev opplevelsen i timen, beskrev hun en følelse av å ha sluttet fred med seg selv. Hun la til at hun skulle ønske at hun aldri mer måtte kjøre forbi gravstedet, men at hun følte seg mindre anspent nå som hun hadde gjort det. Hennes irrasjonelle forventninger og antakelser om det å kjøre forbi gravstedet ble endret til mer rasjonelle og sunnere sorgresponser. Hun fikk også hjelp til å gjøre hverdagslige ting som utløste tanker om sønnen og smerten som var knyttet til det å tenke på ham som død. Hun ble oppmuntret til å lage den døde sønnens favorittmåltider, se på bilder av ham, snakke om ham med andre familiemedlemmer og gå inn på rommet hans.

Oppsummeringvis inneholdt behandlingen følgende: å identifisere og å lære å skille mellom hensiktsmessige eller rasjonelle antakelser og uhensiktsmessige eller irrasjonelle antakelser, å kartlegge de emosjonelle konsekvensene, å se forbindelsen mellom tanke og følelse, og å øve på å endre uhensiktsmessig følelser til mer hensiktsmessige følelser, og på samme måte å endre irrasjonelle antakelser til mer rasjonelle. Andre kognitive terapeutiske strategier ble også brukt for å øke opplevelse av kontroll over smerten. Hun trente på å skille mellom utolererbar og tolererbar smerte.

Kognitive teknikker er av sentral betydning for intervensjonene fordi de hjelper til å gjenvinne en opplevelse av kontroll. Innenfor REBT-modellen antas det at atferdsendringer vil følge kognitive endringer. Hjemmeoppgaver mellom timene for å øke effekten av de kognitive, emosjonelle og atferdsmessige endringene er en svært viktig del (Ellis & Dryden, 1997).

Ved akutt sorg er det også viktig å kartlegge klientens fysiologiske reaksjoner, og å ha fokus på disse gjennom terapien. Det er fordi sorg og smerte også medfører fysiologiske reaksjoner (Sanders, 1989). Hensiktsmessige pusteog avslapningsteknikker kan være nyttige når det gjelder å legge til rette for et sunnere forløp av sorg. Særlig gjelder dette for personer som overveldes av angst eller panikk. Å lære gradvis avslapning (Jacobson, 1938) er ofte viktig fordi det kan bedre den etterlattes funksjon og søvn.

Denne kasusillustrasjonen av kognitiv sorgterapi fremhever skillet mellom sorg som en sunn prosess, men som også involverer funksjonelle negative følelser, i motsetning til en forstyrret og sykkelig prosess som opprettholdes gjennom uhensiktsmessige antakelser som i sin tur resulterer i uhensiktsmessige følelser og uhensiktsmessig atferd. Smerte normaliseres og legitimeres som en sunn del av det å forsones seg med et traumatisk og tragisk dødsfall. Slik var det i tilfellet med denne moren, som gjennom det terapeutiske forløpet ble mindre engstelig og mindre deprimert. Hun sørget fortsatt og var trist, men likevel klarte hun gradvis å la være å unngå smerten. Hun gjenopptok tidligere aktiviteter, fant frem sønnens fotografier igjen og klarte å se på dem og snakke om ham og tapet med familien og venner. Hun aksepterte følelsen av å være svak når hun følte smerten og gråt. Terapien varte i seks måneder med ukentlige timer. Utfallet var en sunnere, men likefullt smertefull og trist sorgprosess.

Kognitiv terapi for forlenget dysfunksjonell sorg

REBT-terapeuter definerer uhensiktsmessig og patologisk sorg som vedvarende og dominerende irrasjonelle og fordreide oppfatninger knyttet til tapet, den avdøde og seg selv, som ikke avtar med tiden (Malkinson, 1996). Klientens problemer med å godta det som har skjedd, vises ved gråt, sinne og protester (Parkes, 1993). Fra et REBT-perspektiv er forlenget patologisk sorg knyttet til forhold ved dødsfallet og blir påvirket av individets måter å tenke på. Det følgende kan være eksempler på slike typiske kognisjoner: «Dette skulle aldri ha skjedd med meg, og jeg kommer aldri til å komme over det»; «Livet er ikke verd å leve»; «Jeg vil heller dø enn å ha denne forferdelige smerten» (Ellis & Dryden, 1997; Malkinson, 1996; Malkinson & Ellis, 2000).

«Å samtale med ham som om han fortsatt var til stede, og å fortelle ham alt hun ønsket at hun kunne ha sagt til ham, hjalp henne til å sette ord på de «forferdelige og onde» tankene»

Ifølge REBT trenger den etterlatte i den akutte sorgfasen hjelp til å akseptere sorgen og smerten gjennom bruk av generelle kognitive atferdsstrategier (for eksempel mestringsuttalelser og kognitiv reformulering) kombinert med å få informasjon. Ved forlenget dysfunksjonell eller patologisk sorg er det viktigere å utfordre og å endre irrasjonelle antakelser samtidig som man også bruker atferdsrettede intervensjoner (Ellis, 1994; Kubany & Manke, 1995).

«Som om»-strategien

Bruk av den kognitive «som om»-strategien har vist seg å være effektiv når man jobber med etterlatte, særlig i tilfeller med forlenget sorg (Ellis & Dryden, 1997; Malkinson, 1996; Van der Hart, 1987). I tråd med REBT-modellens vektlegging av å normalisere uttrykk for sorg gir denne metoden en måte for de etterlatte til å kunne tillate seg selv å uttrykke «sprø» tanker eller hemmeligheter. Noen ganger kan dette være i form av en slags indre «som om»-samtale med den avdøde (Raphael, 1983) eller verbalisering av tankene knyttet til den avdøde i terapien (Malkinson & Ellis, 2000), slik følgende kausillusstrasjon viser.

En kvinne sent i 20-årene kom til terapi fordi hun følte seg deprimert, gråt mye, hadde kuttet ut arbeidet og hadde mistet interessen for livet sitt. Broren hadde tatt livet sitt et år før hun kom til terapi. Hun og broren var svært knyttet til hverandre, og hun følte seg skyldig fordi hun ikke hadde forhindre selvmordet («Det er min skyld»). Hun uttrykte også sinne mot broren fordi han drepte seg selv («Hvordan kunne han gjøre det mot meg?»), og hun fryktet at hun aldri ville være i stand til å tilgi ham. Men hennes skyldfølelse fordi hun ikke hadde reddet broren, og det at hun måtte leve med en opplevelse av at han aldri ville tilgi henne, var enda mer smertefull. Hun var overbevist om at hun var et dårlig menneske fordi hun hadde neglisjert brorens rop om hjelp.

Ut fra det klienten fortalte, hadde hun en sterk opplevelse av at broren var til stede i hennes indre verden, og vi utforsket sammen hennes antakelser om dødsfallet og reaksjoner knyttet til disse: («Hvis jeg bare hadde holdt meg sammen med ham som jeg burde» eller «Om han bare hadde spurt meg om hjelp»). Å samtale med ham på en «som om»-måte, som om han fortsatt var til stede, og å fortelle ham alt hun ønsket at hun kunne ha sagt til ham, hjalp henne til å sette ord på de «forferdelige og onde» tankene som raste gjennom hodet hennes. Den innbilte samtalen ble innøvd og gjennomført for å hjelpe henne til mer hensiktsmessige og sunne følelser (tristhet, smerte og frustrasjon). Hun øvde på å se forskjellen mellom rasjonelle og irrasjonelle tanker og ble i stand til å oppleve tristhet som noe forskjellig fra depresjon. Dødsfallet var og forble en trist hendelse. Det var primært klientens antakelser om og vurdering av hva som hadde skjedd, som måtte endres til en mer hensiktsmessig og rasjonell vurdering.

Fordi årsdagen for brorens død nærmet seg og hun planla å dra til gravstedet, fikk hun i hjemmeoppgave å skrive et «som om»-brev til broren. Hun skulle dra til graven sammen med en hun valgte som følge, og der lese brevet høyt som om det var til broren.

Hjemmeoppgaven ble gitt som en måte å øve på rasjonell og hensiktsmessig tenkning på, men også som et avskjedsritual (Van den Hart, 1987; Witztum & Roman, 1993). Hun besøkte gravstedet sammen med søsteren. I brevet fortalte hun broren om alle tankene og følelsene hun opplevde etter hans død, og om sin omtanke for og kjærlighet til ham. Hun beklaget at hun ikke hadde vært oppmerksom nok på smerten han opplevde. Hun gråt i timen og sa at hun følte seg svært trist, men hun var mindre sint på broren. Hun ble følelsesmessig overveldet av å oppdage for første gang etter hans død at hun kunne se for seg broren slik hun husket ham før dødsfallet – som en sunn ung mann.

Etter ytterligere to ganger ble terapien avsluttet. Da hadde hun fått en mer rasjonell måte å oppleve brorens død på. Tre måneder senere fortalte klienten i en oppfølgingstime at hun var mindre deprimert. Hun sa at selv om hun følte det svært smertefullt at broren var død, skjønte hun også at det var hans valg. Hun kunne sannsynligvis ikke forhindre det. Hun sa: «Jeg vet at broren min var glad i meg og bekymret fordi jeg var deprimert. Jeg tror han tilgir meg.»

Avslutning

Betydelige endringer har skjedd i synet på hva som regnes som et sunt eller sykelig forløp ved sorgprosesser, og nødvendigheten av og vurdering av hva slags behandling som bør gis og når. En stadig økende faglitteratur gir terapeuter mulighet til å velge blant en rekke varierte terapeutiske metoder. Av disse er kognitiv terapi funnet å være effektiv til å hjelpe etterlatte som trenger profesjonell bistand. Komplisert sorg dreier seg om forlenget og sykelig opptatthet av den avdøde og en irrasjonell og uhensiktsmessige måte å tenke om dødsfallet og tapet på. Det er behov for behandling som ikke bare retter seg mot symptomer (for eksempel angst, depresjon, stress og problemer med å håndtere hverdagen etter tapet), men også hjelper den etterlatte med å bygge opp et mer hensiktsmessig og rasjonelt indre forhold til den avdøde og mening med livet etter tapet.

Intervensjoner som eksponering, veiledet sørging eller veiledet fantasering er metoder som kan være til nytte ved komplisert sorg. Klienten ledes gjennom de mest smertefulle tankene som tidligere har vært unngått, men som paradoksalt viser seg å ha en lindrende effekt over tid. Disse metodene krever en grundig vurdering og nøye tilrettelegging.

Man må ta i betraktning at påvirkning av tap og sorg ofte varer gjennom hele livet. Det forventede gunstige utfall ved sorgprosessen er ikke nødvendigvis oppløsning og avslutning av båndet til den avdøde, men det å veve tapet inn i den fortsatte livshistorien mens man opprettholder en indre forbindelse til den avdøde.

Ruth Malkinson

Bob Shapell School of Social Science

Tel-Aviv University, Israel

Ramat Aviv 69978

Israel

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 8, 2006, side 795-804

TEKST

Ruth Malkinson

+ Vis referanser

Referanser

Artlet, T. A., & Thyer, B. A. (1998). Treating chronic grief. I J. S. Wodarsky & B. A. Thyer (Eds.), *Handbook of empirical social work practice* (Vol. 2; ss. 341-356). New York: John Wiley.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.

Beck, A. T. (1989). Cognitive therapy. I A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (ss. 21-36). New York: Plenum Press.

Beck, A. T., Wright, F. W., Newman, C. F., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy in substance abuse*. New York: Guilford.

Black, D., Newman, M., Harris-Hendriks, J., & Mezey, G. (Eds.). (1997). *Psychological trauma*. London: Gaskell.

Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and depression*. London: Hogarth.

Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Counseling and Consulting Psychology*, 57, 607-612.

Bugen, L. A. (1977). Human grief: A model for prediction and intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 196-206.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Clark, D. (1986). A cognitive approach to panic. *Journal of Behavior Research & Therapy*, 24, 461-470.

- DiGiuseppe, R. (1991). Rational-emotive model of assessment. In M. Bernard (Ed.), *Using rational emotive therapy effectively: A practitioner's guide* (ss. 151-170). New York: Plenum.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Lyle Straut.
- Ellis, A. (1976). The biological basic of human irrationality. *Journal of Individual Psychology*, 32, 145-168.
- Ellis, A. (1985). *Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult clients*. New York: Springer.
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rationalemotive therapy (RET). *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 9, 139-172.
- Ellis, A. (1994). General semantic and rational emotive behavioral therapy. In P. D. Johnston, D. D. Bourland & J. Klein (Eds.), *More e-prime* (ss. 213-240). Concord, CA: International Society for General Semantics.
- Ellis, A. (1995). Rational emotive behavior therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed.). 162-196. Ithaca, IL: Peacock.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy*. New York: Springer.
- Epstein, S. (1993). Bereavement from the perspective of cognitive-experiential selftheory. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (ss. 112-125). New York: Cambridge University Press.
- Faschingbauer, T. R. (1981). *The Texas Revised Inventory of Grief manual*. Houston, TX: Honeycomb.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavior therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Freeman, A., & White, D. M. (1989). The treatment of suicidal behavior. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutker & H. Arkowitz (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (ss. 231-346). New York: Plenum.
- Freud, S. (1917/1957). *Mourning and melancholia*. Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth.
- Gauthier, Y., & Marshall, W. L. (1977). Grief: A cognitive behavioral analysis. *Cognitive Therapy Research*, 1, 39-44.
- Gluhosky, V. L. (1995). A cognitive perspective on bereavement: Mechanisms and treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 9(2), 75-80.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndrome*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Horowitz, M. J., Bonano, G. A., & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Jacobs, S., & Prigerson, H. (2000). Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for psychotherapeutic treatments. *Death Studies*, 24, 479-495.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University Press.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumption: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Kato, P. M., & Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review*, 19, 275-296.
- Kavanagh, D. J. (1990). Towards a cognitive behavioral intervention for adult grief reactions. *British Journal of Psychology*, 157, 373-383.
- Kleber, R. J., Brom, D., & Defares, P. B. (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Amsterdam: Alphen a/d Rijn Swets Zeitlinger

- Kubany, S. E., & Manke, F. P. (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 27-61.
- Litterer Allumbaugh, D., & Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of grief therapy: A metaanalysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 370-380
- Mahony, M. J. (1991). *Human change processes*. New York: Basic Books.
- Malkinson, R. (1993). Rational emotive therapy in bereavement. I R. Malkinson, S. Rubin & E. Witztum (Eds.), *Loss and bereavement in Jewish society in Israel* (ss. 95-116). Jerusalem: Cana-Ministry of Defense.
- Malkinson, R. (1996). Cognitive behavioral grief therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavioral Therapy*, 14(4), 156-165.
- Malkinson, R. (2001a). Cognitive-behavioural therapy and grief: A review and application. *Research on Social Work Practice*, 11, 671-698.
- Malkinson, R. (2001b). Grief therapy. G. Howarth & O. Leaman (Eds.), *Encyclopedia of death and dying* (ss. 223-225). London: Routledge.
- Malkinson, R., & Bar-Tur, L. (1999). The aging of grief in Israel: A perspective of bereaved parents. *Death Studies*, 23, 413-431.
- Malkinson, R., & Ellis, A. (2000). The application of rational-emotive behavior therapy (REBT) in traumatic and non-traumatic grief. I R. Malkinson, S. Rubin & E. Witztum (Eds.), *Traumatic and non-traumatic loss and bereavement* (ss. 173-195). Madison, CT: Psychosocial Press.
- Malkinson, R., Kushnir, T., & Weisberg, E. (1997). Stress management and burnout prevention in female blue-collar workers: Theoretical and practical implications. *International Journal of Stress Management*, 4(3), 183-195.
- Malkinson, R., Rubin, S., & Witztum, E. (Eds.). (2000). *Traumatic and non-traumatic loss and bereavement*. Madison, CT: Psychosocial Press.
- Malkinson, R., & Witztum, E. (2001). Complicated grief. In G. Howarth & O. Leaman (Eds.), *Encyclopedia of death and dying* (ss. 213-220). London: Routledge.
- Maultsby, M. J., Jr. (1971). Rational emotive imagery. *Rational Living*, 6 (1), 24-27.
- Mawson, D., Marks, I. M., Ramm, L., & Stern, R. S. (1981). Guided mourning for morbid grief: A controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 138, 185-193.
- Moore, R. H. (1991). *Traumatic incident reduction: A cognitive emotive resolution of posttraumatic stress disorder (PTSD)*. Clearwater, FL: Moore.
- Neimeyer, R. A. (1999). *Lessons of loss: A guide to coping*. New York: McGraw-Hill.
- Neimeyer, R. A., & Hogan, N. S. (2001). Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief. I M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (ss. 89-118). Washington, DC: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A., Keese, N. J. & Fortner, B. V. (2000). Loss and meaning reconstruction: Proposition and procedures. R. Malkinson, S. Rubin, & E. Witztum (Eds.), *Traumatic and non-traumatic loss and bereavement* (ss. 197-230). Madison, CT: Psychosocial Press.
- Parkes, C. M. (1975). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. London: Penguin.
- Parkes, C. M. (1993). Bereavement as a psychosocial transition: Processes of adaptation to change. I M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (ss. 91-102). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., III, Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., & Kupfer, D. J. (1995). Complicated grief and bereavement Related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22-30.

- Ramsay, R. W. (1979). Bereavement: A behavioral treatment of pathological grief. In P. O. Sjodeh, S. Bates & W. S. Dochens (Eds.), *Trends in behavior therapy* (ss. 217-247). New York: Academic Press.
- Rando, T. A. (1984). *Grief, dying and death: Clinical interventions for caregivers*. Champaign, IL: Research Press.
- Rando, T. A. (1988). *Grieving: How to go on living when someone you love dies*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.
- Raphael, B. (1983). *Anatomy of bereavement*. New York: Basic Books.
- Raphael, B., Middelton, W., Martinek, N., & Misso, V. (1993). Counseling and therapy for the bereaved. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (ss. 427-456). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Richards, D., & Lovell, K. (1997). Behavioral and cognitive approaches. In D. Black, M. Newman, J. Harris-Hendriks & G. Mezey (Eds.), *Psychological trauma* (ss. 264-274). London: Gaskell.
- Rubin, S. (1981). A two-track model of bereavement: Theory and application in research. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 101-109.
- Rubin, S. (1993). The death of a child is forever: The life course impact of child loss. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (ss. 285-299). Cambridge, UK: University Press.
- Rubin, S., & Malkinson, R. (2001). Parental response to child loss across the life cycle: Clinical and research perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (ss. 219-240). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sanders, C. M. (1989). *Grief: The mourning after*. New York: John Wiley.
- Sanders, C. M. (1993). Risk factors in bereavement outcome. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention* (ss. 255-270). Cambridge, UK: University Press.
- Schut, H., deKeijser, J., vanden Bout, J., & Stroebe, M. S. (1996). Cross-modality grief therapy: Description and assessment of a new program. *Journal of Clinical Psychology*, 52, 357-365.
- Schut, H., Stroebe, M. S., van den Bout, J., & Terheggen, M. (2001). The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (ss. 705-737). Washington, DC: American Psychological Association.
- Silverman, P., Klass, D., & Nickman, S. L. (1996). Introduction: What's the problem? In D. Klass, P. Silverman & S. L. Nickman (Eds.), *Continuing bonds* (ss. 3-27). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Sireling, L., Cohen, D., & Marks, I. (1988). Guided mourning for morbid grief: A replication. *Behavior Therapy*, 29, 121-132.
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with loss. *Death Studies*, 23, 1-28.
- Van der Hart, O. (1987). Leave-taking rituals in mourning therapy. *Society & Welfare*, 7(3), 266-279.
- Volkan, V. D. (1981). *Linking object and linking phenomena*. New York: International University Press.
- Walen S., DiGiuseppe, R., & Dryden, W. (1992). *A practitioner's guide to rationalemotive therapy*. New York: Oxford University Press.
- Warren, R., & Zgourides, G. D. (1991). *Anxiety disorders: A rational emotive perspective*. New York: Pergamon.

Witztum, E., & Roman, I. (1993). Psychotherapeutic intervention with unresolved and pathological grief following loss of an adult parent. I R. Malkinson, S. Rubin & E. Witztum (Eds.), *Loss and bereavement in Jewish society in Israel* (ss. 117-138). Jerusalem: Cana-Ministry of Defense.

Worden, J. W. (1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.