

# Traumatisk sorg og kognitiv parterapi

Individuelle og kjønnsrelaterte forskjeller i sorg kan gi grobunn for konflikter i parforhold. Artikkelen presenterer en terapi der konfliktene i stor grad var knyttet til det traumatiske tapet av et barn.

## TEKST

**Therese Brask-Rustad**

**PUBLISERT 1. august 2006**

## ABSTRACT:

Traumatic bereavement and cognitive couple therapy

The traumatic loss of a child through death may have profound impact on a marital couple, and cause or increase marital conflict. There may be problems due to the different ways the spouses relate to the dead child. Rubin's Two-Track Model of Bereavement can be applied in understanding and dealing with both the symptoms of trauma and relationship issues. Cognitive therapy may be used in dealing with trauma and grief, and has been expanded to couple and family therapy. There is increasing interest in examining how trauma-related cognitions may affect interpersonal relationships, and how individual differences, including gender differences, in reacting to traumatic loss, may cause problems for couples. There is however still scant literature bridging the subject of trauma with cognitive couple therapy.

---

*Takk til dr. Ruth Malkinson, Tel Aviv University, Israel, for inspirerende støtte og veiledning av terapien og artikkelen, via Internett og i personlige samtaler i Israel. Takk også til kollega og ko-terapeut Anders Opsahl ved Drammen familievernkontor. Aller mest takker jeg paret for at de lar meg bruke deres historie til å belyse kliniske problemstillinger, og for at de tillot slik veiledning og samarbeid.*

## Innledning

Når foreldre mister et barn ved død, kan de i etterkant få problemer som forsterker konflikter i parforholdet, og som de trenger hjelp med. Det vil ofte være store individuelle forskjeller i måter å reagere på og å mestre slike tap på – ulike måter å sørge på og i holdninger til hvordan forhold bør være. Dette kan forårsake ytterligere stress og lidelse og skape parkonflikter. Tap av et barn under traumatiske omstendigheter kan i ettertid medføre angst og depresjon, og gi vonde og påtrengende minner fra hendelsen. I tillegg er skyld, skam, pessimisme og negative antakelser om en selv og andre vanlige ettervirkninger av et traumatisk tap. Dette kan føre til problemer med å fungere i hverdagen og parforholdet.

## «Tapet av en elsket person kan påvirke kjernedimensjoner ved identitet, forhold til andre og antakelser om fremtiden»

Rubins to-spors modell for sorg (Two-Track Model of Bereavement) retter seg mot symptomer på sorg og traumer, men også mot sider ved forholdet til den avdøde. I arbeidet med etterlatte er det viktig å belyse hvordan traumerelaterte kognisjoner kan skape problemer i par og familieforhold, og hvordan individuelle og kjønnsrelaterte forskjeller ved sorg kan skape ytterligere konflikter. Jeg vil belyse den kognitive modellen for terapi anvendt på parkonflikter. Som klinisk illustrasjon vil jeg presentere en parterapi der konfliktene i stor grad var knyttet til det traumatiske tapet av et barn og omstendighetene rundt tapet.

### Rubins to-spors modell for sorg

Tidlig psykodynamisk teori vektla at sorgbearbeiding handlet om å svekke eller bryte båndet til den avdøde. Det ble antatt at vansker med å fungere etter tapet skyldtes problemer med å bearbeide tapet og med oppløsning av båndene til den avdøde. Fravær av plagsomme symptomer og bedring av fungering i hverdagen etter et tap, ble tatt som uttrykk for at tapet var tilfredsstillende bearbeidet. Man var mindre opptatt av den fortsatte tilknytningen til den avdøde og betydningen av denne for sorgbearbeiding. Rubin (1996, 1999) hevder at denne vektleggingen av symptomer og funksjonsnivå i tilknytning til sorg har skygget for den sentrale rolle kvaliteten ved selve forholdet til den avdøde har i sorg. Den etterlatte kan slite med tapet og sorgen uten at det kommer til syne ytre tegn på sorg. Sorgprosessen kan innebære en smertefull reorganisering av den indre verden og det internaliserte forholdet til den avdøde.

Som et forsøk på å knytte sammen de to ulike måter å forstå tap og sorg på utviklet Rubin sin to-spors modell for sorg rettet både mot symptomer og fungering, det han kaller de funksjonelle variablene, og forholdet til den avdøde, de relasjonelle variablene. Blant de ti *funksjonelle* variablene på *spor I* er angst, depresjon, somatiske symptomer, forhold til familie og andre, selvfølelse, funksjon i forhold til arbeid og andre oppgaver. De ti *relasjonelle* variablene på *spor II* beskriver forholdet til den avdøde i form av grubling over tapet og den avdøde, hvordan man tenker og føler om den avdøde, tapsprosessen, minner og indre forestillinger, emosjonell distanse, konflikt, idealisering, konsekvenser for selvfølelsen og hvordan minner om den døde og tapet har blitt omdannet til noe «utover sorg og vevd inn i livshistorien» (Rubin, 1999, s. 685, min oversettelse).

Rubin, Malkinson og Witztum (2003) beskriver hvordan Rubins modell kan anvendes for å forstå og forholde seg til traumatisk tap og sorg. Modellen retter ikke bare oppmerksomheten mot de plagsomme symptomene på traumet, men også på betydningen av de relasjonelle forholdene. I tillegg vektlegges det å beskrive selve den traumatiske hendelsen og omstendighetene rundt. I terapi må man ta opp både

hvordan personen reagerer på og tilpasser seg tapet – spor I, og forholdet til den avdøde – spor II.

I terapi vil en ofte være opptatt av å lindre de mest plagsomme symptomene knyttet til det traumatiske tapet, for eksempel symptomer på post-traumatisk stresslidelse (PTSD) med angst, depresjon, autonom hyperaktivitet og atferdssymptomer som for eksempel unngåelse av traumerelaterte stimuli – spor I. Men gradvis må man også ta opp temaer knyttet til de relasjonelle sidene ved tapet: de indre representasjonene av den avdøde, følelsene og tankene som knytter seg til den avdøde, og hvordan man kan skape ny mening og et liv uten den avdøde. Litt etter litt må man også bygge opp et nytt forhold til den døde – spor II (Malkinson, 2005).

Modellen er basert på empiriske forskningsfunn og på kliniske erfaringer (Malkinson, 2005; Rubin, 1999). Malkinson og Rubin mener tilnærmingen er godt egnet ved traumatiske tap. Traumer og tap har mange fellestrekk. En traumatisk hendelse kan innebære en opplevelse av tap, og tapet av en elsket person under omstendigheter som er sterkt belastende, kan være en traumatisk opplevelse. Tap og traumer kan ses som en form for sjokk som krever tilpasning og omstilling til konsekvensene av det som har hendt. Samtidig må man forholde seg til virkningen av den traumatiske hendelsen i seg selv. Tapet av en nær person kan kreve en reorganisering av ens indre psykologiske relasjon til den avdøde, men også i forholdet til en selv (Rubin et al., 2003).

Begrepet traumatisk tap eller traumatisk sorg impliserer at det er former for tap som ikke regnes for å være traumatiske. Om et tap blir opplevd som traumatisk eller ikke, vil være avhengig av en rekke variabler. Det kan både være knyttet til omstendighetene rundt tapet, for eksempel om tapet skjedde under fryktelige forhold, og til utvikling av symptomer på traumatisering i etterkant av tapet. Men faktorer knyttet til forholdet til den avdøde og hva han eller hun betydde for ens liv, vil også kunne påvirke om tapet blir opplevd som traumatisk eller ikke. Det er derfor vanskelig å forutsi hvilke former for tap og traumer som faktisk vil bli opplevd som traumatiske av den som rammes. Det kan også være vanskelig å gjøre noe klart skille mellom symptomer på traumatisering og symptomer på en svært vanskelig sorgprosess.

Lichtental, Cruess og Prigerson (2004) hevder at komplisert sorg bør ses som en egen psykopatologisk tilstand. De mener symptombildet, sårbarhetsfaktorer, tilleggsplager og forløp skiller seg fra både depresjon, tilpasningsforstyrrelser og PTSD, og krever en egen tilnærming i terapi. Stroebe og Schut (2005–2006) viser til forskjellige måter å vurdere traumatiske tap på i forhold til diagnostiske kategorier.

## **Kognitiv terapi**

Kognisjoner dreier seg om hvordan informasjon om hendelser bearbeides og tolkes. En grunnleggende ide i kognitiv terapi er at det ikke er hendelsen i seg selv som forårsaker de emosjonelle reaksjonene, men at emosjoner er knyttet til hvordan vi tolker det som skjer. ABCmodellen utviklet av Albert Ellis (Ellis & Dryden, 1987) illustrerer forholdet mellom A – den aktiverende hendelsen (Activating event), B – antakelsen (Belief) om det som skjer og C – konsekvenser (Consequences) i form av følelser og atferd.

Chadwick, Birch-wood og Trower (1996) hevder at kliniske problemer er C'er – følelser og atferd som følger som konsekvens av B'er – antakelser om det som skjer. Dette er i motsetning til vanlige oppfatninger om at det er A – aktiverende hendelser, som primært forårsaker problemene eller C – de problematiske følelser eller atferd som følger som konsekvenser.

Individet påvirkes av hendelser i barndom og oppvekst, og da særlig hendelser knyttet til de primære omsorgsgivere. Slike erfaringer former de kognitive skjemaer (se f.eks. Young, Klosko & Weishaar, 2003 for nærmere beskrivelse) – de grunnleggende antakelsene eller leveregler om en selv, andre, omgivelsene eller fremtiden. Grunnleggende skjemaer eller kjerneoppfatninger gir opphav til avledede eller sekundære antakelser og leveregler som regulerer hvordan man oppfatter og tolker dagliglivets hendelser og hvilke konsekvenser det får for følelser og atferd. En mann kan være opptatt av å streve etter suksess i alt han gjør, ut fra en avledet antakelse om at man må være vellykket for å vise seg selv og andre at man er verdifull. Dette kan henge sammen med en kjerneoppfatning av ikke å være verd å elske.

Negative automatiske tanker dukker opp i sinnet i vanskelige situasjoner, i form av korte setninger eller utsagn, eller indre bilder og forestillinger, som virker både troverdige og sannsynlige, og som skaper emosjonelt ubehag i form av sinne, angst og skyld- og skamfølelse. Ved hjelp av sokratiske utspørring forsøker man i kognitiv terapi sammen med pasienten å forstå sammenhenger mellom tanker, følelser, atferd og kroppslige symptomer. Man prøver også å forstå hvordan negative automatiske tanker og antakelser kan henge sammen med tidligere opplevelser i pasientens liv. Målet er at pasienten i økende grad skal kunne se mønstre i eget liv, stille spørsmål ved sine antakelser og undersøke om det er alternative måter å forholde seg til det som skjer på. (For en mer detaljert beskrivelse av relevante temaer innen kognitiv terapi se for eksempel Beck, 1976; Brask-Rustad, 2004; Davidson, 2000; Ellis & Dryden, 1997; Malkinson, 1996; Salkowskis, 1996.)

Ellis og Dryden (1997, 1999) og Malkinson og Ellis (2000) har i sin kognitive terapimodell, kalt Rational-Emotive Behaviour Therapy (REBT), vektlagt betydningen av kognitive fordreininger («distortions»). De drøfter rasjonell versus irrasjonell tenkning (funksjonell og adaptiv versus dysfunksjonell og maladaptiv tenkning). Fordreid tenkning kan være tanker preget av urimelige krav til en selv, andre eller verden, der ting eller forhold *må* være eller ikke være, på spesielle måter. Slike ekstreme krav til hvordan livet må være kan skape angst, depresjon eller aggresjon hvis man opplever at det likevel ikke blir slik. Det kan være krav til hvordan man som menneske må være, hvordan forhold til andre bør og skal være, eller hvordan livet må være. Terapien rettes både mot å kartlegge og modifisere slike kognisjoner og mot problemløsning.

### **Kognitiv parterapi**

Kognitiv terapi har i hovedsak hatt fokus på individer, men i den senere tid har det vært en viss interesse for å utvide modellen til par og familier. Et eksempel er Monson,

Guthrie og Stevens' (2004) kognitive parterapi for PTSD, som virker lovende, men som trenger mer utprøving. Det finnes imidlertid fortsatt begrenset med litteratur på dette feltet. Det kan derfor være nyttig å støtte seg til litteratur også fra andre tilnærminger om hvordan par og familier påvirkes av traumatiske tap, og hvordan dette kan behandles (se for eksempel Dyregrov, 2001). Balcom (1996) viser hvordan man fra et familiesystemisk perspektiv tar hensyn til at problemene kan henge sammen med symptomer på PTSD hos den ene eller begge parter, selve samhandlingen i paret (for eksempel fysisk mishandling), eller ytre hendelser (for eksempel ulykker, katastrofer).

Dattilio (1998) representerer en kognitiv tilnærming, og tar utgangspunkt i hvordan de skjemaer individene bringer med seg inn i parforholdet fra sin egen opprinnelsesfamilie, kan påvirke nåtidige par-relasjoner og hvordan paret oppfatter sitt forhold og samspillet. Skjemaer knyttet til forhold blir også påvirket av kultur, massemedia og tidligere erfaringer fra andre forhold (Dattilio, Epstein & Baucom, 1998). Kognitive fordreininger og irrasjonell tenkning kan påvirke parets antakelser om hverandre og påfølgende samhandling, noe som kan forårsake konflikt og stress. Typiske kognitive fordreininger er *overgeneralisering*, der en enkelt hendelse eller to blir sett som å utgjøre et generelt mønster; *forstørring av feil* eller *minimalisering av ressurser*; *vilkårlige slutninger*, der handlinger blir bedømt til tross for manglende bevis; *selektiv abstraksjon*, der informasjon blir tatt ut av sin opprinnelige sammenheng og brukt til å forme generelle antakelser om personer eller hendelser. Det kan også være antakelser om at partneren har uuttalte og underliggende negative motiver for sine handlinger, eller tilskrivning av egenskaper, der det å feile ses som bevis for at man også i fremtiden vil være mislykket. I terapien tar man opp parets tendens til å fokusere selektivt på informasjon som forsterker negative antakelser, forventninger, spådommer og standarder om forholdet som er urealistiske eller upresise.

Ellis og Dryden (1999) drøfter hvordan irrasjonelle holdninger og forventninger, og påfølgende sinne, angst, sårethet, depresjon, skyld og sjalusi, kan forstyrre kommunikasjon og problemløsning, og slik øke misnøye og konflikter. Scmaling, Fruzzetti og Jacobson (1988) vektlegger samhandlings- og kommunikasjonsmønstre i parforholdet, og hvordan endring i atferd kan bedre opplevelse av forholdet.

### **Kognisjoner ved traumer og sorg**

Traumatisering og PTSD er reaksjoner på ekstremt belastende hendelser som overfall, katastrofer eller brå død. Hvordan en person opplever slike hendelser, vil imidlertid ha betydning for i hvilken grad personen faktisk opplever hendelsen som traumatisk. Stroebe, Schut og Stroebe (2006) ser på tap i lys av tilknytningsteori, og hvordan forhold knyttet til tilknytningstype kan påvirke opplevelsen av tap og sorgprosessen. Ehlers og Clark (2000) viser hvordan individuelle forskjeller både i oppfatningen av et traume og dets ettervirkninger påvirker det videre forløpet. Også Rubin et al. (2003) vektlegger den subjektive opplevelsen av tapet. I tillegg til å fokusere på symptomer eller atferd i tilknytning til traumatisk sorg i etterkant av tapet av en nær person hevder de som nevnt at det er viktig å vurdere kvaliteten på forholdet til den avdøde.

Malkinson (1996) understreker at sorgreaksjoner er universelle, men at det er variasjoner i måter å reagere på tap som henger sammen med kulturelle og individuelle faktorer. Hva som utgjør et traume for en person, blir ikke nødvendigvis opplevd på samme måte av en annen person, selv om de begge ble berørt av hendelsen. Når det gjelder traumatisk tap, vil en rekke variabler påvirke den totale opplevelsen: omstendighetene rundt dødsfallet, hvordan situasjonen ble oppfattet av de etterlatte, forholdet til den avdøde, opplevd mestring, individuelle forskjeller i måter å sørge på, og ulike antakelser om hvilke konsekvenser tapet vil ha for fremtiden.

Når man som terapeut skal forholde seg til pasienter som har opplevd et traumatisk tap, er det derfor nødvendig å vurdere den enkeltes opplevelse av tapet og hva det innebærer, samt antakelser om fremtiden. Aktuelle temaer kan være ensomhet, tap av trygghet eller tillit, økonomiske problemer og svekket helse. Dødsfallet kan ha grunnleggende konsekvenser for opplevelse av identitet, som når en partner mister en ektefelle eller foreldre mister et barn. Tilknyttede følelser som sinne eller opplevelse av å være avvist, for eksempel etter et selvmord, kan komplisere sorgprosessen. I tillegg til intense følelser som sorg, sinne og skyld synes emosjonell smerte å være en sentral faktor i sorg (Malkinson, 2005). Tapet av en elsket person kan påvirke kjernedimensjoner ved identitet, forhold til andre og antakelser om fremtiden.

Sorgen etter tapet av en elsket person som var helt sentral i ens liv, følger ikke et bestemt utviklingsløp. For mange er dette en livslang prosess med omfattende problemer med å tilpasse seg den nye situasjonen og finne ny mening i livet.

Irrasjonelle eller dysfunksjonelle tanker kan komplisere sorgprosessen. To hovedformer for dysfunksjonell tenkning kan identifiseres: For det første unngåelse av smerte knyttet til sorgen som henger sammen med tanker om at smerten vil bli altfor voldsom og intens til å kunne bæres. For det andre det å tvinge seg til å oppleve smerten på en ekstra sterk måte ut fra tanker om at smerten må oppleves fordi man fortjener det, eller fordi man ved å holde fast på smerten kan holde fast på minnet om avdøde (Malkinson, 1996).

### **Klinisk illustrasjon**

Jeg vil beskrive et par som henvendte seg til et familievernkontor på grunn av parkonflikter som ble forsterket av tapet av et barn ved dødsfall et år tidligere. De kom i over ett år til regelmessige samtaler en eller to ganger i måneden, og etter hvert var både forfatteren og en annen familieterapeut til stede i de fleste samtalene. De ønsket primært å jobbe med parrelasjonen, men fordi de hadde flere barn, kom vi også inn på situasjonen til dem. Hustruen hadde i tillegg noe oppfølging individuelt. Etter som terapien utviklet seg, fremsto det døde barnets rolle og funksjon knyttet til de to partnerne som svært forskjellig. For moren var barnet helt sentralt i hennes liv. Båndet mellom dem ble styrket ved barnets livstruende sykdom. Barnet gav henne en intens opplevelse av å være viktig og elsket, og av å kunne gi det all sin kjærlighet og omtanke. Hun opplevde at båndet mellom henne og barnet var annerledes enn båndet mellom faren og barnet. Faren sa at han hadde elsket barnet like mye og at deres bånd var like

sterkt, og han protesterte mot konens beskrivelse av forholdet. Forskjellene i hvordan de så sitt respektive forhold til barnet, skapte økt konflikt og lidelse.

### «Bare gjennom smerten kunne hun holde fast på barnet og minnet om det»

Omstendighetene rundt dødsfallet var traumatiske. Selv om de visste at barnet var alvorlig sykt og kunne dø, var den akutte forverringen uventet, og de var ikke forberedt på dødsfallet. Da moren redselslagen oppdaget at barnet var døende, ønsket hun å forsøke å redde det ved bønn. Men hun fikk ikke de andre med på dette. Hun ble også fortvilet og sint når legene nektet å koble det døde barnet til de livsbevarende apparatene igjen. Faren på sin side aksepterte at barnet var dødt, og støttet ikke konens ønske om at legene skulle forsøke å bringe barnet tilbake til livet igjen. Han fortalte at han var forferdelig trist for at barnet døde og sørget dypt, men han aksepterte det på en måte som var annerledes enn hans kones måte å håndtere det på. Hun var i slikt sjokk at hun ikke klarte å tillate dem å begrave barnet, og faren måtte overtale henne til å gi slipp på den døde. Som en følge fikk moren en opplevelse av et ekstremt brått og traumatisk tap, og av å ikke ha kontroll og påvirkningsmuligheter i situasjonen. Hun opplevde det som at mannen og legene på en måte hadde tatt livet av barnet.

Moren fortalte at hun så det som nødvendig å tvinge seg til å oppleve smerten i all dens styrke fordi hun bare gjennom smerten kunne holde fast på barnet og minnet om det. Faren sa at han tenkte på og savnet barnet svært mye, men han måtte ikke på samme måte tvinge seg til å lide for å holde fast på minnet. Han trodde ikke at barnet ville ha ønsket at de aldri skulle slutte å lide så voldsomt.

### **Lidelse og konflikt**

Moren opplevde barnets død som så belastende at hun utviklet psykiske og atferdsmessige symptomer på traumatisering. Et år senere sa hun at hun opplevde at hun fortsatt var i sjokk. Hun led av symptomer på PTSD i form av gjentatte påtrengende og svært plagsomme mentale bilder, hyppige mareritt, unngåelse av stimuli og aktiviteter som minnet om dødsfallet, intenst emosjonelt ubehag når hun snakket om hendelsen, dissosiasjon og sterk autonom aktivering med kraftige kroppslige angstsymptomer. Dette fikk hun hjelp med hos sin egen psykolog, men var likevel sterkt plaget.

Da parterapien startet, ble det tydelig at det traumatiske tapet av barnet var av sentral betydning for konfliktene mellom dem. Konens bitterhet og sinne var omfattende. Mannen, som var frustrert og lei av å bli beskyldt for å ha tatt livet av barnet, hadde på sin side en kontant og svært sint måte å svare på når de kranglet. De virket begge ensomme og slet med å støtte hverandre i sorgen. Etter en periode der vi forsøkte å hjelpe dem til å fungere bedre i hverdagen, ble det tydelig at det ikke var noen særlig forbedring. Det ble klart for oss at å fokusere på spor I (jfr. Rubins tospors modell for

sorg) med vektlegging av funksjon og symptomer, ikke var tilstrekkelig for å bedre situasjonen. Vi måtte også rette oppmerksomheten mot relasjonelle temaer knyttet til det traumatiske tapet – spor II.

Dette var rett før jul, og paret hadde konflikter knyttet til hvordan de skulle tilbringe julen. Moren fant det utålelig å være hjemme fordi hun tenkte på siste jul da barnet var sammen med dem. Hun savnet det forferdelig og fortalte om forholdet til barnet og hvordan dette hadde gjort at hun følte seg så elsket. Nå følte hun seg alene og fortapt. Faren på sin side ønsket å forsøke å gå videre og få tilbake en slags opplevelse av normalitet i livet, også av hensyn til den øvrige familien. For ham virket det mer nyttig å tilbringe julen som vanlig. De følte seg begge avviste av hverandre i sin sorg, og at den andre ikke var støttende og empatisk. Når de fortalte sin historie, var det slående hvor forskjellig de syntes å oppleve det som hadde skjedd. De fortalte to helt ulike historier, og begge hadde en tendens til å ugyldiggjøre den andres versjon. Det var først etter at vi hadde snakket om forholdene rundt barnets død og hvordan dette syntes å ha påvirket dem på forskjellig måte, at konflikten roet seg noe. Begge fortalte oss om sitt forhold til barnet før dødsfallet, og om tanker og følelser etter tapet. Moren fortalte oss at hun var bekymret for sine symptomer, det at hun ikke klarte å slutte å sørge, og angsten for at hennes reaksjoner var unormale.

### **Bånd som varer**

Rubin (1996) og Malkinson (2005) vektlegger som nevnt betydningen av de fortsatte båndene til den avdøde, i motsetning til tidligere teoretisk vektlegging av å bryte båndene i den såkalt «normale sorgprosessen». Malkinson og Bar-Tur (2004–2005) hevder at målet i terapi ved komplisert sorg er å hjelpe etterlatte til å finne ny mening med livet og en måte å fortsette på til tross for det smertefulle tapet. Dette inkluderer det å knytte en ny type indre forbindelse til den tapte kjære. De understreker samtidig den store variasjonen i individuelle reaksjoner på tap.

I parterapien forsøkte vi å validere begge foreldrenes historie og hjelpe dem til å lytte til hverandres fortelling uten å kritisere eller benekte den andres opplevelse. Dette er for å hjelpe dem til å føle seg litt mer forstått og akseptert. De klarte å tilbringe julen sammen med resten av familien på sin vanlige måte. Vi fortsatte å prøve å få dem til å føle at deres individuelle og svært forskjellige opplevelser av det som hadde skjedd, kunne bli gyldiggjort og respektert. De fortalte oss igjen og igjen om det traumatiske tapet og hvordan de opplevde hva som hadde skjedd. De beskrev tanker og følelser de nå opplevde når de tenkte på det døde barnet. Slike samtaler syntes i noen grad å redusere konfliktene rundt opplevelsen av hva som egentlig hadde skjedd. Paret var imidlertid enda ikke i stand til å tilfredsstille hverandres behov for trøst og støtte, eller til å sørge sammen. Det var fortsatt hyppige konflikter både i timene og mellom timene. Begge følte seg ensomme og frustrerte.

Da jeg ikke kunne være til stede i en av timene, fikk vi tillatelse til å filme denne samtalen. Når jeg i etterkant så på filmen, opplevde jeg at paret hadde mange tilsynelatende meningsløse konflikter om bagateller i hverdagen. Jeg fikk inntrykk av



sterk smerte, frustrasjon og sinne som det var vanskelig å håndtere for dem, som økte tendensen til irrasjonell tenkning, og som i sin tur forsterket parkonfliktene. De tolket hverandres utsagn på måter som var fordreid av sinne og frustrasjon. Da dette ble et tema i neste samtale, sa konen at hun hadde så mye sinne i seg som hun ikke visste hvor hun skulle gjøre av fordi hun ikke kunne bebreide noen spesiell person for det som hadde skjedd. På spørsmål om dette kunne påvirke henne når hun hadde konfliktene med ektemannen og fordreie hvordan hun tolket hans måte å kommunisere med henne, var hun enig i at dette nok kunne være slik. Hun sa også at hun følte at hun fortsatt var i sjokk, og vi drøftet hvordan dette kunne påvirke henne i forståelsen av hva som skjedde i hverdagen. Vi snakket også om hvordan traumet kunne påvirke hvordan de så på ekteskapet og hvordan intense følelser kan fordreie deres oppfatninger av hverandre.

Til tross for at de følte at ekteskapet var sterkt skadelidende, diskuterte vi hvordan samlivet kunne bedres hvis de fant måter å mestre det traumatiske tapet på som ikke gjorde dem ytterligere fremmed for hverandre. Målet var å hjelpe dem til å sørge på en mer hensiktsmessig måte. Vi forsøkte å hjelpe dem til økt rasjonell tenkning om tapet og sorgen, og å redusere kognitive fordreininger som kunne førte til økte konflikter og mer dysfunksjonelle måter å sørge på. Vi fortalte også at det er normalt å oppleve at tapet og sorgen ikke er blitt lindret etter et år, og at det kan være en langvarig prosess der man gradvis finner en måte å leve uten barnet mens man samtidig bærer med seg, og holder levende minnet om barnet.

## **Kjønnsforskjeller**

Ifølge Schwab (1996) og Dyregrov (2003) finner flere studier kjønnsforskjeller hos foreldre som sørger. Som gruppe er det en tendens til at mødre blir mer emosjonelt overveldet og oppslukt av sorgen, mens fedre oftere har tendens til å være mer opptatt av hvordan konen og andre familiemedlemmer har det. Schwabs funn tyder på at mødre oftere opplever mer intens sorg målt ved Grief Experience Inventory. Blant de variablene som mødre skåret høyere på, var depresjon, sinne, skyld, problemer med å kontrollere emosjonelle uttrykk, forvirring, depersonalisasjon, fortvilelse og tap av mening. Slike kjønnsforskjeller kan påvirke parforholdet. Compton og Follette (1998) refererer litteratur som viser at par som sliter med traumer, preges av et sterkt redusert nivå av emosjonelt engasjement og intim atferd. Par kan også vise unngåelsesatferd som manglende vilje til å forholde seg til smertefulle tanker, følelser og minner i tilknytning til traumet. Slik unngåelsesatferd kan svekke muligheten for å gå gjennom det smertefulle sammen. Dyregrov (2003) beskriver hvordan kvinner og menn kan ha ulike mestringsstrategier for å håndtere sorgen, og at kvinner ofte ønsker å prate om tapet, mens menn i større grad sørger alene. Dette kan føre til at paret utvikler konflikter rundt hvor intime og nære de skal være hverandre.

I parterapien ble det klart at de to hadde svært forskjellige holdninger til hvordan de burde forholde seg til tapet. Konen ønsket at de skulle prate mer om det sammen. Når hun opplevde at ektemannen holdt smerten for seg selv og ikke snakket med henne om

det som hadde skjedd, oppfattet hun dette som at han ikke var villig til å endre seg og til å jobbe med forholdet deres. De syntes å finne det svært vanskelig å håndtere forskjellene i måtene de reagerte på. Forskjellene ble tilskrevet til negative personlige karaktertrekk. Slike attribusjoner ble viktig å ta opp fordi de skapte konflikter. Vi drøftet normale og vanlige kjønnsforskjeller når det gjelder holdninger til relasjoner for å hjelpe dem med å se at det ikke var noe fundamentalt feil eller unormalt med deres reaksjoner selv om forskjellene skapte konflikter (se også Baucom, Epstein & La Taillade, 2002).

### **Problemløsning og kommunikasjon**

Rabin og Nardi (1991) fant i sin studie av par med konflikter der mannen led av PTSD, at det var viktig å forsøke å bedre problemløsning og kommunikasjon, å oppmuntre partene til å se den andre som kilde til støtte, og å gjenoppbygge en mer positiv identitet som et velfungerende par. I parterapien ønsket vi å fokusere på mer atferdsmessige sider ved forholdet, som hvordan de kommuniserte, hva de gjorde sammen, og hvordan de løste praktiske oppgaver. Paret opplevde at de drev fra hverandre, og at tapet av barnet hadde en destruktiv innvirkning på forholdet. Vi forsøkte å snu denne utviklingen ved å utforske hvordan de hadde samarbeidet og samhandlet før dødsfallet, hvordan de hadde løst konflikter, og hvordan de den gangen i langt større grad hadde hentet krefter og støtte fra hverandre. Kunne de klare å finne frem igjen til den følelsen av samhold? Vi forsøkte også å finne gjøremål i hverdagen som syntes å bringe dem litt mer sammen.

Både mannen og konen hadde stor glede av et yngre barn, fortsatt i spedbarnsalder. Til tross for alle problemene klarte de sammen å ta vare på de andre barna i familien. Vi forsøkte å forsterke disse aktivitetene og ressursene, og å hjelpe paret til å se at de gjorde en god jobb når det gjaldt å gi de andre barna et trygt og godt hjem.

### **Sinne og bitterhet**

Samtalene var preget av den dype bitterheten og det sinnet de to følte for hverandre. De virket utrygge på hverandres hensikter og holdninger. Tendensen til å tilskrive negative holdninger og intensjoner til hverandre syntes å være et emosjonelt forsvar mot å bli ytterligere såret og skuffet.

Baucom et al. (2002) drøfter problemene med sokratisk utspørring når nivået på fiendtlighet og motsetninger i et par er høyt. Partnerne kan frykte innrømmelser som kan bli brukt mot dem i en senere konflikt. Det er lettere å utforske tenkemåter på en sokratisk måte når man møter en empatisk terapeut i en tryggere individuell sammenheng.

Vi lot paret lese et tidligere utkast til denne artikkelen. Med dette ønsket vi å gi dem informasjon om traumatisk tap og sorg, og hvordan dette kan påvirke parforhold (for nærmere beskrivelse av psykoedukative tilnærminger for par som har opplevd traumer og kriser, se Dyregrov, 2003 og Rabin & Nardi, 1991). Hensikten var å hjelpe dem til å se reaksjonene på tapet av barnet som en følge av de traumatiske omstendighetene rundt tapet, og ikke som et resultat av negative individuelle karakterpreg. Vi ønsket å gi dem

økt forståelse for plagsomme symptomer, og få redusert opplevelsen av skam, skyld og utilstrekkelighet.

## «Paret opplevde at de drev fra hverandre, og at tapet av barnet hadde en destruktiv innvirkning på forholdet»

Gang på gang måtte vi forholde oss til hustruens sinne. Hun uttrykte sinne mot meg etter at hun hadde lest utkastet til artikkelen. Hun sa at det var fordi det gjorde det mer klart for henne at barnet virkelig var dødt, og at hun ikke var i stand til å forsones seg med det. Selv om hun på ett plan visste at sinnet var irrasjonelt, kunne hun likevel ikke hjelpe for det. Tidligere hadde dette sinne gitt henne energi til å konfrontere sykehuset med det som hadde skjedd. Hun var bekymret for at hvis hun gav slipp på sitt sinne og sin lidelse, ville hun gi slipp på minnet om barnet. Å akseptere dødsfallet og tapet, og å ikke skulle lide så mye lenger, var truende for henne og et svik mot barnet.

Som terapeuter var vi bekymret for at konens beslutning om å holde fast ved sitt sinne gjorde det vanskelig for paret å komme videre i sin sorgprosess. Men vi skjønnte etter hvert at målet for terapien kanskje ikke var å hjelpe henne til å lide mindre, men heller å hjelpe henne til å takle tapet på sin egen måte og til å finne sin måte å leve med smerten ved tapet av barnet på. Spørsmålet var hvordan hun kunne veve minnet om barnet inn i sin livshistorie og samtidig holde ut smerten og sinnet ved tapet.

Vi snakket om forskjellen mellom funksjonelt sinne og dysfunksjonelt sinne, og om tilknyttede tanker og antakelser. Tanker forbundet med et funksjonelt sinne kunne for eksempel være: «Når jeg tenker på tapet av barnet mitt, blir jeg trist og opptatt av hvordan livet mitt vil bli uten det. Jeg er sint for det som skjedde, og jeg skal kjempe denne kampen. Men jeg kan kontrollere sinnet, og det tar ikke kontrollen over meg.» Eksempler på tanker ved et dysfunksjonelt og konfliktskapende sinne er: «Når du eller mannen min prater om dødsfallet, blir jeg rasende fordi dere skulle ikke prate om barnet mitt på den måten! Jeg tåler det ikke! Jeg kan ikke akseptere at barnet mitt er dødt. Jeg må være sint, og jo sintere jeg er, desto bedre kan jeg kjempe i denne saken!»

### **Ny mening**

Et traumatisk dødsfall kan splintre den etterlattes kjerneoppfatninger av en selv, verden og fremtiden. Sorg kan da ses som en smertefull prosess der individet reorganiserer det som har blitt knust, oppgir antakelser om meningen med livet og utvikler nye (Malkinson, 1996). I terapi kan man få hjelp til å konstruere ny mening med livet etter dødsfallet.

Nolen-Hoeksema (2001) viser hvordan grublerier i tilknytning til tap og sorg kan være vanskelig å gi slipp på, fordi det kan oppleves som en måte å holde fast ved den avdøde på. Men vedvarende grublerier kan føre til økt opplevd lidelse, forverring av depressive symptomer og større problemer med problemløsning. Den sørgende blir i økende grad

fokusert på sine plager og sin tilkortkomming, og kan anklage seg selv for ikke å fungere. Grublingen blir som kvikksand – den sørgende blir sittende fast i stadig gjentakende tankemønstre, og kommer ikke videre.

I parterapien fortalte hustruen at hun opplevde at hun nå måtte se på livet sitt på nytt og hva som nå var viktig for henne. Den meningen med livet hun før hadde opplevd, måtte vike plass for tvil og grublerier om verdier, prioriteringer og fremtidig valg. Slike eksistensielle grublerier knyttet seg ikke bare til tapet av barnet, men også til hennes totale eksistens og meningen med livet generelt. Disse alvorlige temaene økte belastningene ved traumet og de relasjonelle konfliktene fordi hun opplevde det svært vanskelig å skulle vende tilbake til et «normalt» liv med sin mann. Hun visste ikke på hvilket grunnlag hun skulle bygge et videre liv.

### **Terapeutiske dilemmaer**

I parterapien vekslet vi mellom å forsøke å bedre parets fungering samtidig som vi forsøkte å lindre ektefellenes individuelle symptomer – spor I. Vi drøftet også forskjeller i deres måter å forholde seg til det nå avdøde barnet på – spor II. Vi gav informasjon om hvordan traumatisk tap kan påvirke både individuell fungering og parforhold. Et viktig tema var betydningen av empati og en mer støttende og positiv kommunikasjon.

**«Vi satt ofte igjen med en følelse  
av at uansett hva vi gjorde, så  
burde vi ha gjort noe  
annerledes»**

Vi arbeidet primært med parets fungering i forhold til hverandre, og møtte dem derfor sammen, men hadde også enkelte samtaler der vi delte dem opp. Hustruen hadde dessuten en viss oppfølging hos egen terapeut. Vi drøftet muligheten for å involvere parets øvrige barn (jf. Dyregrov, 2001), men valgte å fokusere på samspillet mellom foreldrene for slik å styrke familien som helhet.

Det var tidvis vanskelig å få til regelmessige samtaler. Paret hadde mange gjøremål som konkurrerte om deres tid og energi, og også vi som terapeuter hadde begrenset med ressurser.

Det var viktig å bidra til å opprettholde balansen mellom to likeverdige parter i forholdet. Begges reaksjoner og holdninger måtte valideres, hvor ulike og motstridende de enn var. Nettopp gyldiggjøring av forskjeller var et sentralt budskap i denne terapien. Den enes reaksjoner måtte dessuten ikke få en merkelapp som mer «forstyrret» enn den andres.

Grey, Young og Holmes (2002) påpeker at selv om eksponering kan være særlig nyttig for å redusere angst etter traumer, kan eksponering øke stress og lidelse der det er høy grad av negativ selvfølelse, og da særlig knyttet til opplevelse av sinne, skyld eller skam. Hvis det ikke er en samtidig kognitiv endring i problematiske antakelser knyttet til

traumet, kan behandlingen bli for belastende. Da risikerer man at pasienten ikke orker å følge opp videre behandling.

I samtalene ble de to foreldrene stadig eksponert for den traumatiske hendelsen, i håp om at dette ville bidra til reduserte plager. Det var her svært viktig å unngå at moren ikke opplevde retraumatisering, eller at terapien ble for vond og overveldende å gjennomføre. Dette var særlig fordi det var så sterk grad av bebreidelser og selvbekreidelser, bitterhet og sinne, og skyld og skamfølelse involvert. Vi opplevde heldigvis at hun etter hvert kunne snakke om tapet uten å bli overveldet, og at behandlingen slik sett var hjelpsom.

Når vi rettet søkelyset mot de traumatiske hendelsene, kunne det forårsake en lekkasje av giftige følelser til andre arenaer i parets liv. Men hvis vi unngikk å snakke om hendelser som var opphav til så mye smerte og konflikt, ville terapien neppe gå videre. Når vi snakket om hustruens problemer, kunne mannen føle seg oversett. Men nettopp hennes reaksjoner påvirket parets fungering i hverdagen. Vi satt ofte igjen med en følelse av at uansett hva vi gjorde, så burde vi ha gjort noe annerledes.

Vi brukte innfallsvinkler fra narrativ terapi (White, 1991) for å engasjere paret i utforskning av alternative historier. Vi så etter mestringsopplevelser som kunne oppveie taps- og konflikthistorien, og etter unntak fra lidelseshistorien som kunne gi opplevelse av styrke og kontroll. Vi opplevde imidlertid ikke at vi maktet å endre deres oppfatninger og opplevelser i nevneverdig grad ved slike innfallsvinkler. Vi valgte derfor å forsøke å endre på parets attribusjonsmønstre, kommunikasjonsformer og konfliktløsningsstrategier, og syntes at det fungerte bedre.

Som terapeuter møtte vi et par som led under intens emosjonell smerte og sorg. Samtalene var hyppig preget av et svært høyt nivå av konflikt og sinne som det måtte settes grenser for, samtidig som vi gav begge mulighet til å uttrykke tanker og følelser i trygge omgivelser.

Alle de beskrevne dilemmaene var noe vi kontinuerlig måtte reflektere sammen over, og forholde oss til, uten av vi fant noen form for endelig løsning. Det var en tidkrevende og utfordrende, men også svært lærerik og meningsfull prosess å hjelpe paret til å leve bedre sammen med mer optimisme rundt forholdet.

Therese Brask-Rustad

DPS-Psykoseteamet

Sykehuset Buskerud HF

3004 Drammen

Tlf 32 86 19 12

E-post [therese.brask-rustad@sb-hf.no](mailto:therese.brask-rustad@sb-hf.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 8, 2006, side 805-812*

## TEKST

**Therese Brask-Rustad**

+ Vis referanser

### Referanser

- Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Baucom D. H., Epstein N., & La Taillade J. J. (2002). *Cognitive-behavioural couple therapy*. I A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed.; ss. 26-58). London: The Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Brask-Rustad, T. (2004). Behandling av panikk lidelse på en offentlig poliklinikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 810-813.
- Compton, J. S., & Follette, V. M. (1998). *Couples surviving trauma: Issues and interventions*. I V. M. Follette, J. I. Ruzek, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive-behavioural therapies for trauma* (ss. 321-352). New York: The Guilford Press.
- Dattilio, F. M. (1998). *Cognitive-behavioral family therapy*. I F. M. Dattilio (Ed.), *Case studies in couple and family therapy. Systemic and cognitive perspectives* (ss. 62-84). New York: The Guilford Press.
- Dattilio, F. M., Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (1998). *An introduction to cognitive-behavioral therapy with couples and families*. I F. M. Dattilio (Ed.), *Case studies in couple and family therapy; Systemic and cognitive perspectives* (ss. 1-36). New York: The Guilford Press.
- Davidson, K. (2000). *Cognitive therapy for personality disorders*. Oxford: Reed Educational and Professional Publishing.
- Dyregrov, A. (2001). Early intervention - a family perspective. *Advances in Mind-Body Medicine*, 17, 160-196.
- Dyregrov, A. (2003). Familien etter dødsfall - forståelse og bistand. I T. Berge, E. D. Axelsen, G. H. Nielsen, I. H. Nordhus & R. Ommundsen (red.), *Samtaler som forandrer* (ss. 98-119). Oslo: Fagbokforlaget.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 8, 319-345.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1999). *The practice of rational emotive therapy* (2nd ed.). New York: Springer.
- Grey, N., Young, K., & Holmes, E. (2002). Cognitive restructuring within reliving: A treatment for peritraumatic emotional «hotspots» in posttraumatic stress disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 37-56.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G., Prigerson, H. G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662.
- Malkinson, R. (1996). Cognitive behavioral grief therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 14, 155-171.
- Malkinson, R., & Bar-Tur, L. (2004-2005). Long term bereavement processes of older parents: The three phases of grief. *Omega: Journal of Death and Dying*, 50, 103-129.
- Malkinson R., & Ellis, A. (2000). The application of rational-emotive behavior therapy (REBT) in traumatic and nontraumatic loss. I R. Malkinson, S. S. Rubin, & E. Witztum (Eds.), *Traumatic and*

nontraumatic loss and bereavement: Clinical theory and practice (ss. 173-195). Connecticut: Psychosocial Press.

Monson, C. M., Guthrie, K. A., & Stevens, S. (2003). Cognitive-behavioral couple's treatment for posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, 26, 393-402.

Monson, C. M., Schnurr, P. P., Stevens, S. P., & Guthrie, K. A. (2004). Cognitive-behavioral couple's treatment for posttraumatic stress disorder: Initial findings. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 341-344.

Nolen-Hoeksema, S. (2001). Ruminative coping and adjustment to bereavement. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (ss. 545-561). Washington, DC: American Psychological Association.

Rabin, C., & Nardi, C. (1991). Treating post traumatic stress disorders couples: A psychoeducational program. *Community Mental Health Journal*, 27, 209-224.

Rubin, S. S. (1996). The wounded family: Bereaved parents and the impact of adult child loss. In D. Klass, P. R. Silverman & S. L. Nickman (Eds.), *Continuing bonds. New understandings of grief* (ss. 217-232). Boston: Taylor & Francis.

Rubin, S. S. (1999). The two-track model of bereavement: Overview, retrospect and prospect. *Death Studies*, 23, 681-714.

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

Salkovskis, P. M. (1996). The cognitive approach to anxiety: Threat beliefs, safetyseeking behaviour, and the special case of health anxiety and obsession. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (ss. 48-74). New York: The Guilford Press.

Schwab, R. (1996). Gender differences in parental grief. *Death Studies*, 20, 103-114.

Schmaling, K. B., Fruzzetti, A. E., & Jacobson, N. (1989). Marital problems. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems* (ss. 339-369). Oxford: Oxford University Press.

Stroebe, M., & Schut, H. (2005-2006). Complicated grief: A conceptual analysis of the field. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52, 53-70

Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2006). Who benefits from disclosure? Exploration of attachment style differences in the effects of expressing emotions. *Clinical Psychology Review*, 26, 66-85.

White, M. (1991). Deconstruction and therapy. *Dulwich Centre Newsletter*, 3, 1-21.

Young, J., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.