

- Bra at sorg er blitt diagnose



Sorgdiagnosen skal ikke brukes til å ta et jafs inn i det normale livet, men sørge for at de som sliter får adekvat hjelp, mener Atle Dyregrov.

TEKST

Nina Strand

PUBLISERT 3. august 2018

- I juni inkluderte Verdens helseorganisasjon (WHO) forlenget sorgforstyrrelse i diagnosemanual ICD-11. Hva skal være kriterier for diagnosen?

- Det er én form for komplisert sorg som nå er godkjent, men det finnes flere typer. Vi som jobber med barn, er opptatt av at dette dreier seg om det som før kaltes kronisk sorg. Når sorg ikke går over, og den er vedvarende og sterk. Men barn og ungdommer som blokkerer for sorgen og ikke forholder seg til den og kanskje faller ut av skolen, de fanges ikke opp av denne diagnosen. Det er synd. På lengre sikt håper jeg på anerkjennelse av også andre typer komplisert sorg. Men den forlengede sorgen vi snakker om her, er kjennetegnet ved at du i minimum seks måneder har en vedvarende lengsel og savn etter den døde, at du er overopptatt av den døde. Det skal være en intens emosjonell smerte. Det behøver ikke bare være tristhet, men også skyld, sinne og det å klandre andre, eller vansker med å akseptere døden. Som for andre diagnoser skal problemene medføre funksjonssvikt på viktige livsområder, for eksempel på skole, i jobb eller sosialt liv. Måten du reagerer på, må gå ut over forventede kulturelle, sosiale og religiøse normer.

- Du mener den nye diagnosen ikke fungerer så godt på barn og unge?

– Barn har ikke samme kapasitet for emosjonsregulering som voksne, og kan reagere annerledes. For eksempel ved å regulere sorgen vekk, skyve den bort. De kan gå rett ut for å leke etter beskjed om et dødsfall. Det kan misforstås, og tolkes som at de ikke sørger, og om de gjør dette mye, kan det være vanskelig å vite når det er ledd i en naturlig og god tilpasningsprosess, og når det dreier seg om en komplisert sorgprosess. Mange barn håndterer sorgen bra gjennom i perioder å holde en viss avstand. Det er synd at vi har lite forskning på nettopp dette. Ved Senter for krisepsykologi ønsker vi nå å forske på dette ved å følge barn over tid, og håper å få midler til det.

– Hvor stor andel av de med sorg tror man vil få denne diagnosen?

– Mellom 10 og 20 prosent. Men det betyr ikke at bare 10 prosent trenger oppfølging. Vi må ikke ha et behandlingsapparat som stirrer seg blind på diagnoser. Noen får plager som forringer deres liv, og de bør få hjelp selv om de ikke oppfyller alle kriteriene på en diagnose.

– Hvordan kan fastlegen være til hjelp?

– Fastlegene har flere diagnoser som de bruker i henvisninger. Inntil nå har de dessverre ikke hatt anledning til å bruke korrekt diagnose for sørgende som sliter. Det fine med sorgdiagnosen er at man ikke får depresjonsdiagnose når man egentlig sliter med sorg, for en depresjonsdiagnose kan lukke dører, eksempelvis ved at man får problemer med å få forsikring. Dessuten responderer folk med komplisert sorg dårlig på antidepressiva. Økt fokus på sorg som følge av diagnosen vil hindre feilbehandling. Ved komplisert sorg er det atskillelsen fra den døde som gir senket stemningsleie, mens ved depresjon er det vedvarende depressiv tenkning, ofte fulgt av håpløshet.

– Finnes det behandling som er spisset inn på sorgdiagnosen?

– Det finnes. Både studier og kliniske erfaringer viser at det fungerer godt å ta for seg traumeaspekter først. Fokuserer på for eksempel måten personen fikk vite om dødsfallet på. I behandlingen for sorgen bruker man en variant av eksponeringsterapi. Det handler om å ta inn over seg at den døde er borte, slippe fra seg den døde. Kanskje ved å gå sjeldnere til graven, eller å ikke se så ofte på bilder av den døde. Det er en knallhard metode for sørgende, de skal gjøre det omvendte av det de ønsker. Terapien er en kombinasjon av konkrete råd, det å snakke om forholdet til den døde, ta hverdagen tilbake og komme i gang med jobb og vanlige aktiviteter. Den døde skal få en plass som er naturlig når vedkommende ikke lever lenger. Det å ta farvel i fantasien, gå til dødsøyeblikket, og for eksempel skrive til den døde, er blant virkemidlene som benyttes.

– Hva er et rimelig antall terapitimer?

– Det vil variere sterkt. To-tre måneder med intensiv jobbing er ganske vanlig. Men det går ikke å fastsette et bestemt antall timer. Noen ganger avtaler vi å møtes for eksempel tre måneder etter avsluttet terapi, eller om ett år. For noen er terapirommet det eneste stedet de kan snakke om dette. Det er klientens behov som må avgjøre her.

– Kan en sorgdiagnose gjøre at en fratar mennesker muligheter til å erfare at de tåler livet?

– Ja, noen sier at dette skulle jeg klart selv. Da kan det være bra å lære dem selvhjelpsmetoder og gi konkrete oppgaver som gjør at de kan bevare opplevelsen av å ha kontroll og erfare at de med litt drahjelp selv kan oppnå mestring. Dette handler om terapeutisk holdning. Du skal være motivator og gi folk en dytt, men også anerkjenne det de får til. For noen som er fastlåst i sorg, kan en reduksjon av gravbesøk fra hver til annen hver dag være et stort skritt når de endrer på vanene som opprettholder sorgen.

– Innebærer diagnosen en fare for å diagnostisere normale følelser?

– Vi skal ikke behandle normal sorg, og derfor er diagnosekriteriene strenge. Det er viktig for å unngå sykelligjøring av normale reaksjoner. Vi må ha rom for et stort spenn i sorgreaksjoner. Men det er ikke normalt når du hvert minutt savner den døde mange måneder etter dødsfallet, eller du er konstant redd for at andre skal dø. Eller når skyldfølelse fordi du ikke fikk ektefellen til å gå til legen, ødelegger livet ditt. Sorgdiagnosen bygger ikke på et ønske om å ta et jafs inn i det normale livet, men at de som sliter, skal få adekvat hjelp.

Hvorfor NÅ?

- WHO avgjorde i juni at forlenget sorgforstyrrelse nå skal inkluderes i ICD-11. Diagnosen kan stilles etter seks måneders varighet av tilstanden, og er et viktig redskap for å skille normal sorg fra komplisert sorg
- Atle Dyregrov er professor ved Senter for krisepsykologi, Universitetet i Bergen, og har arbeidet med sorg siden han var ferdig psykolog i 1980.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 8, 2018, side 644-645

TEKST

Nina Strand, journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening