

Speciale vinteren 2009-2010

Forskellen Mellem Kompliceret Sorg og Depression

AF KRISTINE ALBINUS GRAUGAARD

VEJLEDER: Karen Vibeke Mortensen

SIDER: antal anslag $191285/2400 = 79,70$ s.



Abstract	4
Indledning:.....	5
Problemformulering:	5
Afgrænsning:.....	5
Kapitel 1: Hvad er sorg?.....	8
Det psykodynamiske perspektiv.....	8
Det tilknytningsmæssige perspektiv.....	12
Sammenfatning	18
Kapitel 2: Kompliceret sorg	19
Mediatorer af sorgforløbet:	19
Sammenfatning:	30
Kap. 3 Kompliceret sorg.....	31
Det psykodynamiske perspektiv.....	32
Det tilknytningsteoretiske perspektiv	35
Sammenfatning	40
Kapitel 3: Depression	41
Det psykodynamiske perspektiv.....	41
Tilknytningsperspektivet:.....	44
Sammenfatning	45
Kapitel 4: Forskellen på kompliceret sorg og depression.....	46
Hvad er forskellen på kompliceret sorg og depression?.....	46
Kan depression være udløst af sorg og eller kompliceret sorg?.....	51
Er der forskel på almindelig depression og depression udløst af sorg?	54
Sammenfatning	56
Kapitel 6: Behandling.....	57
Behandling af depression og normal sorg:	57
Kan psykodynamisk terapi være en vej til behandling af kompliceret sorg?.....	61
Kan tilknytningsfokuseret psykoterapeutisk behandling af kompliceret sorg være en vej til behandling af sådanne patienter?	64
Konklusion	71
Kapitel 7: Diskussion	72
Konklusion og Perspektivering	79
Bilag	82
Litteraturliste:	84

Abstract

The aim of this project is to investigate the differences between depression and complicated grief, and further to investigate the therapeutic possibilities of treating both depression and complicated grief symptoms.

Through the analysis of theoretical and empirical literature these two phenomena and their relationship are investigated in this article.

Freud suggested in the beginning of the 20th century that depression or melancholia as he called it was a pathological reaction to loss. Thus pathological mourning has been seen as depression or anxiety through most of the 20th century. However new research and theory shows that depression and pathological mourning seems to be two separate phenomena.

This article shows that complicated grief seems to be a phenomenon that differs from depression in several ways. First complicated grief seems to express itself in at least three different ways: as 1) prolonged grief 2) as a prolonged period of absence of grief and 3) as psychosomatic symptoms. Secondly there seems to be an element of low self-esteem in depression that is not necessarily present in complicated grief.

However both depression and complicated grief have some symptoms in common. Insomnia, emotional pain, crying, and a lack of interest in the outside world seem symptoms of both of these pathological states.

Regarding treatment of pathological mourning and depression this article investigates two ways of treating these sufferings; the psychodynamic therapy and attachment therapy. The analysis of psychodynamic treatment which focuses mainly on pressure and challenge of the defense to break through to the underlying emotions has led me to ask whether this is an optimal treatment for complicated mourning considering its many possible expressions? Furthermore the treatment of depression seems to be similar to the treatment of complicated grief. The theorists of attachment therapy seem aware of this danger and modifies the treatment to match the expression of the complicated grief, using both problem solving therapy, role-playing and helping the patient to gain insight into the ways her attachment style, by investigation of the attachment to the original objects. However even though the attachment theorists acknowledge the fact that depression can be a pathological reaction to loss, it seems to me to be a problem that none of them describe a way of treating depression through therapy.

Thus further knowledge about these two phenomena and the way they can be treated is needed.

Indledning:

De fleste mennesker som mister nogen som står dem nært, gennemgår en sorgproces hvor smerten er uoverskuelig lige når dødsfaldet har fundet sted, men langsomt som dødsfaldet bliver en realitet for den efterladte, kommer hverdagen tilbage, og minderne om den afdøde bliver mere tydelige end det knugende savn af vedkommende. Men for enkelte holder smerten ikke op, eller også bliver der slet ikke plads til smerten og sorgen, og dermed kan tabet ikke blive en realitet. Disse mennesker har stor sandsynlighed for at udvikle kompliceret sorg. Mange af de symptomer som disse mennesker oplever minder om symptomerne for depression; følelsesløshed, træthed, og grådanfald. Men hvad er det som skiller denne tilstand fra en depression? Kan man udvikle en depression grundet kompliceret sorg? og hvorledes kan man behandle sorg med depression til følge? Dette er nogen af de spørgsmål jeg søger svar på i specialet. Min problemformulering lyder derfor som følger:

Problemformulering:

Hvad er forskellen på kompliceret sorg og depression? Og hvorledes kan man behandle kompliceret sorg og tabsrelateret depression?

Afgrænsning:

Gennem tiden er der en del teoretikere som har beskæftiget sig med begrebet sorg. Bla. Freud, Breuer og Klein. Freud og Breuer udgav sammen i 1893 '*On the psychical Mecanisms of hysterical Phenomena*' en artikel om Anna O og hendes psykosomatiske symptomer i forbindelse med hendes faders død. Senere i 1917 udgav Freud bogen '*Mourning and Melancolia*' som omhandler forholdet mellem normal sorg og melankoli, som er Freuds begreb for depression. Mary Bradbury (2001) skriver i sin artikel om Freud, at han mente at normal sorg og melankoli var svære at skelne, fordi mange symptomer er de samme, dog mente han at der ved melankoli var et tab af selvværd, som ikke er til stede i forbindelse med normal sorg. Ydermere vil der i forbindelse med melankoli være en identifikation med det tabte objekt, som ikke vil være til stede ved normal sorg. Sorgen vil i stedet have det eneste formål at den efterladte gennemgår den pinefulde proces at skulle frigøre sin libido fra det mistede objekt. På denne måde frigøres libidoen til at kunne binde sig til et nyt objekt. Melanie Klein har i sit arbejde med børn fokuseret på at undersøge den naturlige angst og sorg, som opstår i forbindelse med den gradvise separation mellem moderen og barnet. Bowlby, som vi

efterfølgende skal beskæftige os med, var meget fascineret af Kleins arbejde med børn og deres sorg. Melanie Klein mente (Klein 1940) at barnet som ca.3 måneder gammelt indtager den paranoid/skitzoide position, her forsøger barnet at skabe orden i alle de mange indtryk som er i dets postnatale liv ved at splitte dem i godt og ondt. Derved optræder mor sommetider helt ond og sommetider udelukkende som god. Når barnet bliver omtrent et år indtager den depressive position, her begynder barnet at se forældrene som sammensatte personer, som barnet både elsker og kan være vred på. Når mor for en kort periode forlader barnet, vil barnet reagere med sorg, fordi barnet ikke som tidligere oplever denne handling som en ond handling udført af en ond person, men som en berøvelse af sin gode mor. Samtidig vil barnet gradvist erkende, at dets egne fantasier og impulser truer det elskede objekt, og dermed vil der opstå skyld. Dette vil barnet forsøge at løse gennem reparation. Jeg har dog valgt ikke at inddrage Klein, selvom hun har været til stor inspiration for Bowlby og den tilknytningsteoretiske retning, dels fordi Bowlbys beskrivelse af fænomenerne sorg, kompliceret sorg og depression er ret dækkende og dels af afgrænsningsmæssige årsager.

I nærværende projekt anlægges dels et psykodynamiske perspektiv på forholdet mellem fænomenerne depression og kompliceret sorg, startende med Freuds definitioner af disse begreber. Nyere psykodynamikere som Della Selva (2001) og hendes syn på begreberne depression og kompliceret sorg vil herefter blive inddraget. Dels anlægges til diskussion af det psykodynamiske perspektiv et tilknytningsspektiv på forholdet mellem sorg, kompliceret sorg og depression, da tilknytningsteorien er udviklet gennem studier menneskers i måde at sørge på. Her spiller bla. Bowlby en central rolle, da han er far til denne teoretiske retning.

Della Selva (2001) beskæftiger sig ikke kun med sorg. Hendes primære fokus er behandling gennem arbejdet med patientens forsvar. Hun tager afsæt i Freuds teoretiske forståelse men mener at den traditionelle psykoanalyse er for langvarig. Hun bygger i stedet på Davanloos (1980 og 1990) og benytter sig i den forbindelse af Menninger (1958) og Malans (1979) trekanten persontrekanten og konflikttrekanten. Tanken i konflikttrekanten er at patienten har nogle undertrykte følelse, eksempelvis sorg som vedkommende er bange for at komme i kontakt med, dermed opstår der en angst, som klienten vil forvare sig imod. For at opnå en dybere forståelse grundlaget for hendes teoretiske tilgang vil jeg kort i forbindelse med Della Selvas teori om sorg komme ind på de to trekanten beskrevet af Malan (2001).

Della Selvas (2001) beskrivelse af sorg, patologisk sorg og depression bygger hovedsageligt på Freuds og Bowlbys forståelse af disse begreber.

Bowlby er en af de teoretikere som har beskæftiget sig meget med sorg. Bowlbys oprindelige ærinde var gennem videnskabelige undersøgelser at stadfæste psykoanalysen som en naturvidenskabelig disciplin, da han mente at psykoanalytikere som Klein og Anna Freud udviklede psykoanalysen i en mere filosofisk retning end Freud oprindeligt havde tænkt det. Han begyndte således at udvikle tilknytningsteorien, som han bla. behandler indgående i bogen fra 1988 'A Secure Base'. Mortensen (2006) skriver at han i 1950 påbegyndte et samarbejde med Mary Ainsworth hvor de observationsstudier af børns adfærd som mandede ud i skabelsen af tilknytningsteorien blev til. Hans opmærksomhed på netop børn som var afskåret fra omsorg og deres reaktion herpå har ført til at han også gennem en årrække har beskæftiget sig med separation og den sorg som opstår herved. Lavina Gomez (1997) har en god sammenfatning af netop Bowlbys måde at opfatte både tilknytning, sorg og separation på (Lavina Gomez 1997 s. 155): "The human species is not designed to live alone, and permanent bonding is essential for the survival of all, especially the young and the vulnerable... temporary or permanent separation from those people felt to be essential to survival is by definition a crisis, manifested in typical reactions to separation and culminating in the mourning process." Jeg har valgt at benytte Bowlby som en af de central teoretikere i dette projekt, fordi hans arbejder fokuserer på den evolutionære årsag til sorg, netop bruddet af de tilknytningsbånd som er essentielle for overlevelse. Hans værker er mange men specielt er bøger som "*Loss, Sadness and depression*" og "*A Secure Base*" væsentlige for nærværende projekt fordi de siger noget om forholdet mellem sorg, depression og tilknytningsformer.

Parkes teoretiske forståelse lægger sig op ad Freuds og Breuers forståelse af sorg. Han ønsker lige som Bowlby at forstå sorgen som et fænomen der kan forklares biologisk og evolutionært. I sin bog *Bereavement: Studies of grief in adult life* (1996) forsøger han at forklare hvad sorg er og hvilke risikofaktorer som kan føre til at kompliceret sorgforløb. Jeg har valgt at benytte Parkes fordi både Bowlby og Worden som jeg også vil beskæftige mig med bygger meget på netop Parkes Bethlemstudie (1965) af enker og deres sorgforløb.

Worden er en af de nutidige tilknytningsteoretikere som har beskæftiget sig meget med sorg han var medforsker på "Harvard Child Bereavement" studierne, han er medlem af "the Association of Death Education and Counselling" og han har udgivet bøger som, *Personal Death Awareness* (1976), *Children & Grief* (1996) og *Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for Mental*

Practitioners (2008). Worden har således i sit over 40 år lange virke haft sorgforskning og sorgterapi som hovedfokus i sit arbejde.

Kapitel 1: Hvad er sorg?

For at kunne bestemme hvorledes et kompliceret eller patologisk sorgforløb ser ud, vil jeg først undersøge hvorledes et normalt sorgforløb ser ud. Jeg vil udelukkende beskæftige mig med sorg opstået på grund af tab af et andet menneske. Dette gør jeg af afgrænsningsmæssige årsager, og så fordi det er det som er mest underbygget i litteraturen.

Det psykodynamiske perspektiv

Freud

I 1983 udgav Freud og Breuer som nævnt tidligere ” On the Psychological Mechanisms of Hysterical Phenomena” Dette var en beskrivelse af Breuers patient Anna O og hendes mentale sygdom. Anna O var en puritansk kvinde som var optaget af at hjælpe mennesker omkring sig og hun nærede en dyb forkærlighed for sin far. Hendes symptomer opstod da hendes far blev syg, og døde. Anna O’s sygdom gav sig udslag i hovedpiner og lammelser af hendes lemmer. Freud var dybt interesseret i Anna O og hendes case. Han var optaget af hendes symptomer og hysteriske reaktion på faderens terminale sygdom og dødsfald. Herfra beskæftiger Freud sig med sorgens natur, og i 1917 udgiver han artiklen ’Mourning and Melancholia’ som omhandler forholdet mellem normal sorg (mourning) og depression (melankoli).

Mourning

Freud (1917) skriver i at der ved sorg opstår et tab af interesse i verden omkring en. En hver aktivitet eller tanke som ikke har med den afdøde at gøre vil for den efterladte være uinteressant. Desuden vil evnen til at rette sin libido mod et nyt menneske også være hæmmet af tabet. Dette vil ske fordi den efterladtes ego vil være opslugt af den opgave sorgen stiller hende overfor.

Sorgen har til formål at frigøre individets libido fra det tabte objekt så individet er frit til at rette sin libido mod et nyt objekt. Dette sker ved at den efterladte trækker sin tilknytning til objektet tilbage til egoet.

Freud skriver at dette krav fra egoet ikke kan blive opfyldt på en gang fordi den efterladte ikke frivilligt vil give slip på et objekt hvortil dets libido er knyttet, ikke engang selvom et nyt objekt skulle bede om at individet retter sin libido mod det. Skridt for skridt vil den sørgende i

sorgarbejdet frigøre hver enkelt tanke og minde som har forbindelse til den libido som er knyttet til det tabte objekt. Freud skriver at denne pinefulde opgave gør individet ude af stand til at koncentrere sig om andet end sorgen i den periode hvor sorgarbejdet står på. Når sorgens arbejde så er fuldført vil individets ego igen kunne rette sin libido mod et nyt objekt.

Både symptomer som tilbagetrækning af al interesse for omverdenen, og tabet af evnen til at rette sin libido mod et objekt eksisterer også i forbindelse med melankoli som er en patologisk tilstand. Det der gør at sorgen ikke er melankoli er at symptomerne kun eksisterer i den begrænsede periode hvor den efterladte frigør sin libido fra det tabte objekt, og at vedkommende er i stand til efterfølgende når sorgarbejdet er fuldendt at rette libidoen ud i verden igen. Jeg beskriver Freuds begreb Melankoli i et senere afsnit og vil derfor ikke kommentere indholdet af begrebet yderligere her.

Priscilla Roth (2007) beskæftiger sig i denne forbindelse med Freuds definition af netop begrebet objekttab, og dets betydning. Objekttabet siger hun er ikke selve det at individet mister et andet menneske pga. dødsfald utroskab eller af andre årsager, nej det er det at der er sket noget forfærdeligt med individets indre relation til objektet.

Det vil sige at de håb og drømme og den kærlighed som den efterladte har knyttet til objektet og internaliseret i sin opfattelse af verden og sig selv dermed bliver brudt.

Således er det den indre objektrelation som bliver brudt, og som den efterladte skal forholde sig til.

driftsbegrebet

For at forstå Freuds anden angstteori må vi først se på hans begreb om drifter. Mortensen (2001) skriver at Freud mente at der hovedsageligt var to drifter i mennesket, den ene var livsdriften og den anden var dødsdriften. Livsdriften kommer til udtryk hos mennesket som seksualdrift, Freud mente at denne kunne flyttes mellem de erogene zoner. Den psykiske pendant til seksualdriften var libido eller kærlighed. Libidoen kunne flyttes mellem objekter som det ses i Freuds (1917) beskrivelse af sorgprocessen hvor individet frigør sin libido fra det tabte objekt og når denne proces er fuldført retter den ud i verden igen.

Freuds anden angstteori

Både Della Selva (2001) og Mortensen (2001) beskriver Freuds anden angstteori. Freud (1926) mente at angsten fungerede som et signal til egoet om at noget traumatisk skulle til at ske. Freud definerede begrebet traume, som objekttab.

Angsten fungerer således som et signal for individet om faren ved et muligt objekttab og dermed en mulig sorgproces. Som vi skal se senere kan denne angst komme til at blokere for individets evne til at erkende sorgen og objekttabet, og dermed også til at fuldføre sorgarbejdet, således at tabet forbliver uerkendt. Dette kan måske også forklare Freuds beskrivelse af den efterladtes modstand mod at frigøre sin libido, netop fordi angsten her advarer individet om at dette medfører bruddet af den internaliserede tilknytning som hun havde til afdøde.

Sammenfattende kan vi sige at når individet mister et andet menneske, vil vedkommende også miste den indre relation til objektet, dette kan den efterladte kun erkende gradvist, og sorgens arbejde består således ifølge Freud i at frigøre den libido som er knyttet til det tabte objekt fra hvert eneste minde og tanke som er forbundet med dette. Når dette er sket kan individet igen rette kærligheden mod omverdenen og sorgen er afsluttet.

Della Selva

Della Selvas (2001) beskrivelse af sorg bygger dels på Bowlbys beskrivelse af sorgprocessen hvor den efterladte gennemgår sorgens fire faser 1) følelseløshed 2) længsel 3) desorganisering og 4) fortvivlelse som jeg beskriver i et senere afsnit og derfor ikke vil komme så meget mere ind på her. Dels bygger hendes forståelse af sorgen på Freuds og Lindemanns (1944) teoretiske grundlag. Derudover bygger hun på Menningers (1958) og Malans (1979) konflikt og persontrekant.

Først og fremmest bygger Della Selvas teoretiske forståelse af tab og sorg, på Freuds anden angst teori. Angsten opstår som tidligere nævnt som et faresignal som advarer jeg'et om at en traumatisk oplevelse er under vejs. (se s.10)

Della Selva (2001) forstår dette lige som Freud og Bowlby således at angsten for at miste er naturlig, da sådan et tab særligt i barndommen kan true eksistensgrundlaget for individet. Dermed er tilknytningsforholdet til andre mennesker essentielt for overlevelse, og alle tanker, emotioner eller handlinger som har ført til adskillelse fra objektet vil derfor opleves som farlige. Della Selva (2001) mener dog ikke som Freud at individet bør frigøre alle sine drømme og håb fra den tilknytning som

vedkommende havde til afdøde, hun mener derimod at individet skal finde en måde fortsat at bevare relationen til afdøde, men således at dette ikke hindrer hende i at fortsætte sin tilværelse.

For at komme til en mere uddybende forklaring af denne måde at se tab på benytter Della Selva sig af Menningers (1958) og Malans (1979) brug af konflikt trekanten. I bunden af trekanten finder vi de følelser som den efterladte har i relationen med det tabte objekt, men fordi disse følelser opleves som farlige og som bærende skylden for tabet vil der opstå en angst for dem hos den efterladte. Disse følelser og denne angst vil den efterladte forsøge at forsvare sig imod at opleve og hun vil derfor benytte forskellige forsvarsstrategier til at undgå at opleve dette.¹

Konflikt og person trekanterne

Della Selva (2001) bygger som sagt sin teori på Malans og Menningers trekanter. For her at komme til en dybere forståelse af hendes grundlag fokuseres i dette afsnit på Malans (2001) egen beskrivelse af de to trekanter og den psykodynamiske retnings forståelse af sorgen igennem disse. Malan skriver at de fleste intrapsyriske konflikter kan forklares gennem tolkning af disse to trekanter. Insigtstrekanten som han kalder den første trekant består af forsvar (D), angst (A) og skjulte følelser (I). Denne trekant kan kædes sammen med persontrekanten, som består af patientens relation til andre nutidige personer (O) overføringsrelationen, som regel til terapeuten (T) og de oprindelige relationer (P). Malans beskrivelse af sorg i denne forbindelse begynder også med at patienten gennemgår en følelseløshedsperiode som beskytter (D) den sørgende mod (A) angsten for at sorgens følelser (I) skal overvælde patienten. Malan nævner at det er de samme mekanismer som opererer i forbindelse med patologisk sorg og depression, det som har betydning for at sorgen bliver normal, er at følelseløshedsfasen ikke forlænges uhensigtsmæssigt. Det er bla. de betragtninger Della Selva (2001) bygger på når hun skriver at den efterladte ofte ikke er i stand til at opleve de sorgfyldte følelser fordi hun forsværer sig mod dem og dermed opstår der en følelseløshedsperiode.

Akut sorg

Ud over Malan benytter Della Selva sig også af Lindemanns sorgarbejder ifbm. Sin beskrivelse af begrebet sorg. Gennem sine studier i Conneticut Grove (1944) og gennem arbejdet med efterladte som led under tabet af deres kære pga. af en stor brand i Conneticut, udviklede Lindemann begrebet om Akut sorg som værende et afgrænset syndrom med 5 karakteristika: 1) somatisk ubehag som sammensnøring af halsen tung følelse i brystkassen og maveregionen, dybe suk, generel følelse af

¹ Se bilag 1 Malans trekanter

svaghed i krop og muskler. 2) stærk optagethed af forestillinger om afdøde 3) skyldfølelse 4) vrede og fjendtlighed 5) rastløshed.

Disse karakteristika ser ud til at være en del af et normalt sorgforløb, og Della Selva skriver at det netop ikke så meget er symptomerne som det at de eksisterer i en afgrænset periode der gør at sorgforløbet bliver normalt.

Det tilknytningsmæssige perspektiv

Bowlby:

Bowlby skriver i sin bog *A Secure Base* (1988) om sorgen, at den er en proces som selv for mentalt sunde voksne mennesker kan tage længere tid end blot et halvt år at komme igennem. Den normale sorg deler desuden mange faktorer med den patologiske sorg, disse inkluderer vrede både mod andre, vrede rettet mod selvet og sommetider endog mod den afdøde. Desuden er der ved normal sorg også en periode med manglende tro på tabets realitet og en stærk tendens til at søge efter afdøde i håbet om genforening.

I sin bog *Loss, Sadness and Depression* (1980) deler Bowlby sorgen op i 4 faser, som ser ud til at være kendetegnende for det normale sorgforløb:

- Følelseløshed
- Længsel
- Desorganisering
- Reorganisering.

Følelseløshed

I den første tid efter tab har efterladte ofte svært ved at fatte, at afdøde ikke er mere. I denne periode undertrykkes sorgen fordi den efterladte endnu ikke har erkendt sit tab. Derfor fortsættes hverdagen som vanligt i en kort periode. Dog er det typisk med symptomer som anspændthed og uro.

Længsel

Når det begynder at gå op for efterladte, at afdøde ikke længere er i denne verden, vil hun længes efter ham. Dette kommer til udtryk i erkendelsesøjeblikke hvor der kan være grådanfald, vrede, generel tristhed, og en søgen efter afdøde. Nogle efterladte kan opleve hallucinationsagtige sanseindtryk af afdøde. Hun kan opleve forventninger om at det er afdøde, når telefonen ringer eller døren går, efterfulgt af smerten ved erindringen om, at han ikke er mere.

Den voksnes sorgreaktion minder meget om barnets reaktion på sin moders forsvinden. Barnet bruger gråd og skrig for at gøre moderen opmærksom på, at det savner hende. Bowlby (1980) mener at denne reaktion er at sammenligne med den voksnes sorg. Gråden hos den voksne sørgende har endvidere den sociale funktion, at den er med til at tiltrække støtte fra andre nærtstående.

I forbindelse med længsel kommer der også ofte vrede. Det kan skyldes flere ting; dels en frustration over en frugtesløs søgen efter afdøde, men også vrede mod afdøde over at han har forladt hende. Sommetider opstår der også vrede mod andre som har relation til dødsfaldet, det kan være læger, andre pårørende. Den efterladte kan også rette vreden mod sig selv i bebrejdelser over ikke at kunne have forhindret dødsfaldet.

Desorganisering og reorganisering

Disse to punkter slår Bowlby sammen til et, formentlig for at der ikke skal opstå den misforståelse at den efterladte bliver patologisk desorganiseret. Det der sker, er at den verden som efterladte oplever, pga. tabet, ikke er den samme som før. Den efterladtes verden er efter afdødes bortgang fyldt med sorg, savn og søgen og dette må hun kunne udholde for at komme helskindet gennem sorgen. Dette er en tilvænningsproces hvor hun skal finde sine egne vaner og rutiner. Der hvor vanerne før var hængt op på at gøre tingene som par, hvis det er en ægtefælle hun har mistet, er hun nu alene om det.

Konkluderende kan vi sige, at Bowlby i sin beskrivelse af den normale sorg tegner et billede af den efterladtes vandring gennem sorgen gennem 4 faser som de fleste sørgende gennemgår: 1) Den første fase, hvor tabet endnu ikke er gået op for den sørgende, og hvor vedkommende derfor ikke reagerer på sit tab; 2) en periode med længsel, som er fyldt med blandede følelser af sorg, vrede, gråd og hallucinationsagtige perioder, hvor hun forventer at gense afdøde, og 3) en periode, hvor hun gennem a) opdagelsen af, at tingene ikke kan være som før på grund af tabet af afdøde, begynder b) at reorganisere sin nye hverdag og skaber nye vaner, som ikke længere inkluderer afdøde.

Parkes

Som nævnt tidligere, bygger Bowlbys beskrivelse af sorg en hel del på Parkes' studier af netop efterladtes sorg. Parkes (1996) opfatter sorgen som analog med fysiske sygdomme, der ikke er behandlingskrævende, men som alligevel betegnes som sygdomme, som fx influenza eller

mæslinger. Således mener Parkes, at sorg også skal forstås som en sygdom og behandles derefter. Parkes deler det normale sorgforløb op i 5 punkter:

- Alarm
- Søgen
- Afdæmpning af sorgen
- Vrede og skyld
- En ny identitet

Alarm:

Fight/flight er en reaktion, som opstår hos mennesket i farlige situationer, skabt af enten manglende flugtvej, manglende tilstedeværelse af artsfæller som kan hjælpe, eller tab af et barn eller et andet nærtstående menneske.

Der er specielt to elementer i Parkes' beskrivelse af alarmfunktionen hos mennesket, som er væsentlige for beskrivelsen af sorg. Det ene er hans beskrivelse af den menneskelige tendens til først at mærke sine følelser efter at den farlige situation er overstået. Dette er væsentligt, fordi det kan forklare hvorfor folk som mister, gennemgår en fase hvor de ikke er i stand til at reagere på sorgen, men at følelserne først dukker op hen ad vejen i glimt.

Det andet er, at mennesket lærer af de farlige situationer, som de gennemgår i livet, og derfor synes disse situationer at blive husket. Dvs. at hvis stimuli, som var kendetegnende for den stressende situation så som lyde, lugte, osv. opstår igen, kan de reaktivere mindet om den stressende situation, også selvom den aktuelle situation ikke er farefuld.

Søgen

Mange efterladte finder det formålsløst, når de oplever trangen til at søge, men Parkes mener ikke det er formålsløst. Trangen til at søge har til formål at finde den afdøde, også selvom det ikke er muligt. Søgeadfærden giver mening, hvis man ser det i et overlevelsesperspektiv. Både den gråd og søgeadfærd, som følger med tabet af et andet menneske, ville have øget chancen for at genfinde personen, dersom han rent faktisk havde været bortkommen og dermed mulig at finde igen.

Den efterlattes søgeadfærd fører sommetider til fejlperceptioner. Således finder Parkes (1996), at en del af enkerne i hans Bethlemstudie synes at høre eller se deres afdøde mænd. En del af kvinderne tror endda så meget på denne illusion, at de kalder på den afdøde, for derefter at huske at

vedkommende jo ikke er mere. I sådanne situationer opstår der ofte et stik af smerte i erkendelsen, hvor sorgen får lov at få plads.

Afdæmpning af sorgen

Parkes fokuserer under dette punkt både på en reel afdæmpning af sorgen, som sker gennem bearbejdning af den, men også på undgåelse som et forsvar mod at mærke smerten ved sorgen. Han sætter ydermere spørgsmålstegn ved om undgåelse af smerten i en vis periode altid er usund.

En af de mest almindelige måder smerten ved tab kan mindskes på, er ved at bibeholde en tro på at den afdøde altid er i nærheden. Det kan være i hans efterladte ejendele, bestemte steder som associeres med afdøde eller en tro på, at den afdødes ånd er med den efterladte. Disse elementer kan ofte være med til at mindske smerten ved tabet og give plads til at efterladte kan finde rum til den afdøde, hvor han ikke forhindrer hende i at komme videre med sin tilværelse.

Dette er en tilstand, som ofte nås over tid, og som ikke kommer lige med det samme. Undgåelse af smerten er en mere almindelig første fase af sorgen og giver sig udtryk i flere forskellige forsvarsmekanismer, bl.a. en manglende tro på realiteten af tabet, følelsesløshed, depersonalisering, og derealisation og undgåelse af tanker om tabet. Alle disse måder at undgå at mærke smerten ved tabet, mener Parkes har til formål at den efterladte får tid til på alle måder at vænne sig til sin nye livssituation.

Depersonalisering og derealisation er tilstande, hvor man enten føler sig som om man selv er uvirkelig, eller hvor verden føles uvirkelig. Den efterladte håber derfor stadig at genfinde afdøde og tror ikke på realiteten af den virkelighed, hun befinder sig i. På denne måde erkender hun ikke smerten ved tabet. Undgåelse af tanker er en bevidst handling, hvor efterladte forsøger bevidst at undgå tankerne for ikke at blive bange eller komme til at græde over smerten ved tabet. Selvom dette måske virker som undgåelse mere end afdæmpning af sorgen, så er forsvaret her nødvendigt i den normale sorgproces, for at efterladte ikke behøver arbejde sig igennem hele sorgen på en gang.

De fleste skifter mellem at mærke smerten ved tabet og at befinde sig i en følelsesberøvet tilstand, for at være i stand til at magte den hverdag, de stadig trods tabet er nødt til at forholde sig til. Langsomt arbejder den efterladte sig så hen imod at kunne leve med tabet, og at finde en plads til afdøde i sit liv.

Vrede og skyld

Det varierer utroligt meget fra person til person, hvorledes de efterladte udtrykker vrede. Fælles for de fleste er det, at tabet opleves som uretfærdigt. Derfor leder de efterladte efter nogen at beskylde. Somme tider lader den efterladte sin vrede gå ud over lægen, som overgiver nyheden om at hendes kære skal dø. Somme tider går vreden ud over den afdøde, og somme tider lader hun vreden gå ud over sig selv, i beskyldninger om hvad hun kunne have gjort anderledes, så den afdøde stadig ville være i live. Vreden er nødt til at have et mål, fordi dødsfaldet ellers sætter spørgsmålstejn ved den efterladtes opfattelse af verden og dennes sikkerhed.

En ny identitet

Langsomt, som sorgen mindskes, kan den efterladte give slip på sine roller i forhold til afdøde, og hun kan begynde at definere sig selv på ny. Dette betyder ikke, at hun giver helt slip på relationen til afdøde. Mange enker gør nogle af den afdøde mands pligter eller beskæftigelser til deres egne, for på den måde netop ikke at glemme den relation til ham, de havde til hinanden, da han stadig levede.

Worden

Worden deler lige som Bowlby sorgen op i 4 dele, men i stedet for faser taler han om arbejdsprocesser. De fire arbejdsprocesser er følgende:

1. At acceptere realiteten af tabet
2. At arbejde sig gennem smerten ved sorgen
3. At tilpasse sig til livet uden afdøde
4. At bevare et tilknytningsbånd til afdøde

At acceptere realiteten af tabet

Den første arbejdsproces, som efterladte skal igennem, når hun har mistet, er at arbejde hen imod en accept af, at tabet rent faktisk har fundet sted. Mange, som har mistet, beskytter sig mod den smerte det er at erkende tabet. Derfor kan der opstå magisk tænkning, en slags hallucinationer om afdøde. Fx kan den efterladte komme til at forveksle personer på gaden, der minder om afdøde, med ham, hvorefter hun må minde sig selv om, at han ikke er mere.

En anden form for beskyttelse mod erkendelsen af tabet er, at efterladte bliver ved med at tale til afdøde, som om vedkommende ikke var død. En tredje måde efterladte kan beskytte sig mod tabet af en nærtstående, er ved at vurdere tabet som mindre betydeligt end det egentlig er.

Det tager tid at komme til både en kognitiv og en emotionel accept af at tabet har fundet sted, men for at komme videre i sorgforløbet, således at dette ikke udvikler sig patologisk, er det nødvendigt at efterladte arbejder sig hen mod en accept af at have mistet.

At arbejde sig gennem smerten ved sorgen

Denne proces handler om at den efterladte giver sig selv lov til at mærke smerten ved tabet. Hvis ikke vedkommende gør dette, kan det være med til at forlænge sorgforløbet. Smerten ved sorg er ikke ens for alle, og det er også forskelligt hvor meget smerten fylder for den enkelte, men det er næsten umuligt at miste et nærtstående menneske uden at føle en eller anden for smerte herved. De mest almindelige udtryk for smerte ved tab er gråd og sorg, men også vrede, angst, skyld, depression og ensomhed kan være en del af den smerte, den efterladte må gennemleve som følge af et tab. Dog mener Worden (2008) at den efterladte er udstyret med nogle strategier for, hvorledes vedkommende håndterer smerten. Disse kopingstrategier kan være mere eller mindre adaptive, men de giver den efterladte en mulighed for selv at have indflydelse på sorgforløbet.

At tilpasse sig livet uden afdøde

Først er der den ydre tilpasning. Den efterladte skal vænne sig til at klare hverdagen selv, hvor vedkommende før har været vant til, at afdøde var der og kunne assistere hende. Mange dagligdags vaner skal ændres, og det tager tid.

Men der er også en indre tilpasning til livet uden den afdøde. Når den efterladte har mistet fx sin ægtefælle, skal hun til at revidere sin forståelse af sig selv. Det at være en del af et ægtepar giver hende identitet, men når hun nu ikke længere er det, hvad eller hvem er hun så? Derfor skal den efterladte til at finde sig selv på ny efter et sådant dødsfald.

Det tredje den efterladte skal forholde sig til, er sin forståelse af verden. Når man mister, kan det ryste ens verdensforståelse, så man mister den mening man havde med tilværelsen. "Janhoff Bulmann (1992) has identified three basic assumptions that are often challenged by the death of a loved one: That the world is a benevolent place, that the world makes sense, and that the person him- or herself is worthy." (Worden 2008 s.49). Således afføder tabet af en nærtstående ofte en afgørende revurdering af ens verdensbillede.

At bevare et tilknytningsbånd til afdøde

I denne proces handler det om for den efterladte at finde en plads til den afdøde i sin tilværelse, uden at dette bånd forhindrer hende i at fortsætte sin egen tilværelse. Worden beskriver en

teenagepigens måde at finde den plads til sin afdøde far i sit hjerte. ““There are other people to be loved”, she wrote, “and it doesn’t mean that I love Dad any less.”” (Worden 2008 s. 52)

Worden beskriver således sorgen som en arbejdsproces, hvor den efterladte skal forholde sig aktivt til de fire faser. Hun skal 1) erkende sit tab både emotionelt og kognitivt. 2) Dernæst skal hun være i stand til at blive i og udholde den periode, som er fyldt med smerten ved tabet. 3) Hun skal forholde sig til, hvorledes hun opfatter sig selv, sin hverdag og verden efter afdødes bortgang. Og 4) sidst men ikke mindst, er det nødvendigt at hun finder en plads i sit hjerte til afdøde, hvor afdøde ikke forhindrer hende i at fortsætte sit liv.

Sammenfatning

Freud (1917) mente, at den sørgende måtte gennemgå den pinefulde proces at frigøre sin libido fra objektet. Da angsten for objekttabet er stor, vil individet være uvilligt til at gennemgå denne proces, og det er dermed en langsommelig proces som stiler mod at frigøre individets libido, således at denne kan rettes udad mod et nyt objekt. I processen, hvor sorgen er til stede, vil den efterladte være så opslugt af arbejdet med denne, at vedkommende vil tabe al interesse for sin omverden. Dette varer imidlertid kun indtil sorgen er fuldført og er dermed ikke en patologisk tilbagetrækning. Della Selva (2001) bygger til dels på denne freudianske tilgang, hvor tabet af et objekt vil aktivere forsvarsmekanismer mod angsten for at mærke de underliggende følelser, som var knyttet til den afdøde, fordi disse opleves som ubærlige. For at sorgen kan blive normal, mener Della Selva, at den efterladte skal bringes i kontakt med disse følelser. I modsætning til Freud mener Della Selva at det er sundt, hvis den efterladte er i stand til at bevare relationen til afdøde, samtidig med at hun retter sin kærlighed ud mod verden igen.

Både Worden (2008), Parkes (1996) og Bowlby (1980) deler i modsætning til Freud (1917) og Della Selva (2001) sorgen op i faser, som, hvad enten de er arbejdsprocesser eller faser, er elementer, som er typiske for den normale sorgproces. Både følelseløshed, hallucinations perceptioner, gråd, sorg, smerte, vrede, en reorganisering af ens liv og af meningen med tilværelsen er elementer, som er typiske for det normale sorgforløb. De tre tilknytningsteoretikere divergerer lidt i deres antal af faser, men grundlæggende er de dog meget enige i, at sorgen består af en række processer, som starter med 1) forsvarsmekanismer mod at mærke sorgen, 2) dernæst går over i smerten ved sorgen, og 3) ender med en reorganiseringsfase, som i hvert til fælde Worden mener, bør inkludere en blivende relation til afdøde.

Kapitel 2: Kompliceret sorg

Inden jeg går ind i at redegøre for begrebet kompliceret sorg, vil jeg også i dette afsnit kigge på nogle af de mediatorer, som kan have afgørende indflydelse på, at den efterladtes sorgforløb ender med at blive patologisk.

Mediatorer af sorgforløbet:

Mediatorer af sorgforløbet er risikofaktorer, som har indflydelse på sorgens forløb. Det kan eksempelvis være en psykisk lidelse, et traumatisk dødsfald, eller forholdet mellem den efterladte og den afdøde.

I det følgende vil jeg forsøge at skabe et overblik over de 5 risikofaktorer, som er vigtige for, om sorgforløbet bliver kompliceret. Disse faktorer er 1) køn og alder 2) afdødes identitet 3) årsager til og omstændigheder omkring dødsfaldet 4) personlighedsvariable og tilknytning, samt 5) sociale faktorer

1) Køn og alder

Bowlby skriver på baggrund af Parkes (1964b) og Maddison & Walkers (1967) studier af enkers sorgforløb, at jo yngre den efterladte er, jo mere intens er sorgen, og jo større sandsynlighed vil der være, for at sorgforløbet bliver kompliceret.

Der er langt flere kvinder, som bukker under for kompliceret sorg end mænd. Dels er det oftere kvinder, som mister deres mænd, end mænd, der mister deres koner. Derudover skriver Bowlby (1980), at selvom kvinder (Parkes 1964 & Clayton, Desmarais and Winokur 1968) oftere ser ud til at udvikle angst og depressionssymptomer inden for det første år efter tabet, så ser det ud til, at en lige så stor procentdel af mændene udvikler de samme symptomer som følge af sorg, bare senere. Uanset hvad er korrelationen mellem udviklingen af kompliceret sorg, alder og køn ikke særlig stærk.

Parkes (1996) mener lige som Bowlby, at både køn og alder har betydning for om sorgforløbet bliver kompliceret. Han nævner, at kvinder har flere psykiske problemer som følge af tab, end mænd har. Til gengæld er mænd i højere risiko for at få slagtilfælde eller andre fysiske sygdomme som følge af tab. Desuden er kvinder mere tilbøjelige til at søge hjælp. Dette kunne tyde på, at håndteringen af sorgen er forskellig afhængig af om den efterladte er en mand eller en kvinde.

Specielt yngre mennesker som har mistet, enten en ægtefælle eller et af deres børn, er ofte i høj risiko for at udvikle kompliceret sorg. Der har også indflydelse på sorgen, om det var et gammelt menneske som døde eller om afdøde var gået bort alt for tidligt. Parkes skriver, at yngre enker havde større psykologiske vanskeligheder med at takle sorgforløbet og oftere søgte læge end ældre enker gjorde.

2) *Afdødes identitet*

Freud (1917) skriver ikke meget om risikofaktorerne for at sorgen bliver til melankoli, men han skriver dog lidt om betydningen af den afdødes identitet. Han skriver at det mistede objekt hos melankolikeren ofte skal findes i patientens nærhed. Relationen til dette objekt er ofte på en gang skrøbelig og samtidig næsten en besættelse for den efterladte. Mennesker, som udvikler melankoli og ikke sorg, vil have en tendens til at træffe narcissistiske objektvalg, hvilket betyder, at den efterladte higer efter at internalisere objektet i sit ego, herved internaliseres også ambivalensen i relationen til det mistede objekt, og således bliver den efterladte på den ene side som besat af relationen til objektet, og på den anden side bliver relationen skrøbelig. Dermed er det af betydning, om objektet er i nær relation til efterladte, fordi denne besættelse af objektet typisk findes i de nære relationer.

Bowlby (1980) skriver ligeledes, at når der er tale om kompliceret sorg, så er det næsten altid i forbindelse med tabet af et nærtstående familiemedlem. Ofte er tabet af en forælder årsagen til patologisk sorg. Specielt hvis det er et barn som mister den ene eller begge forældre.

Bowlby mener dog ikke, at årsagen til om sorgforløbet bliver patologisk skal findes i hvor afhængig den efterladte var af afdødes økonomiske og sociale bidrag, selvom disse ting selvfølgelig gør udfordringen med at reorganisere tilværelsen større. Det er derimod af større betydning, hvilket tilknytningsforhold der var mellem efterladte og afdøde.

Worden (2008) mener også at identiteten af afdøde netop har betydning for sorgforløbet, fordi det siger noget om det tilknytningsforhold, som har været mellem afdøde og efterladte. Det har således stor betydning for sorgprocessen, hvor tæt relationen mellem afdøde og den efterladte var.

Della Selva (2001) skriver ikke direkte om at den afdødes identitet har betydning for om sorgforløbet bliver patologisk, men hun mener lige som Worden, at arten af tilknytningen har

betydning for, om sorgen udvikler sig patologisk eller ej. Således har det dermed også betydning hvem afdøde var.

3) *Årsag til og omstændigheder omkring dødsfaldet*

Både Bowlby (1980), Parkes(1996), Worden (2008) og Della Selva (2001) er inde på, at et pludseligt og uventet dødsfald altid er sværere for den efterladte end et ventet dødsfald, dels fordi den efterladte ikke har haft tid til at vænne sig til tanken, om at deres kære skulle dø, men også fordi chokket kan forlænge perioden inden den efterladte kan komme i gang med at sørge. Specielt er det dog dødsfald, hvor afdøde ikke var særlig gammel, som fører til kompliceret sorg.

En anden risikofaktor er, hvis efterladte har måttet passe afdøde i en lang periode inden dødsfaldet. Della Selva (2001) skriver, at jeg'et kan blive udtømt efter i en lang periode at have taget sig af den syge. Dette kan føre til, at den efterladte føler sig skyldig over ikke at have gjort det godt nok, og det kan også komplicere forholdet mellem den døende og den pårørende i pasningsperioden, hvilket også kan afføde skyldfølelse hos den efterladte efter dødsfaldet.

Hvorledes den efterladte får besked om dødsfaldet kan også være en af de omstændigheder som er med til at påvirke sorgprocessen. Hvis for eksempel den afdøde er soldat og er død i en krig langt borte fra sine pårørende, så kan det forlænge den første uvirkelige periode, hvor vedkommende ikke tror på dødsfaldet for den efterladte, hvilket kan gøre sorgen kompliceret.

Det ser også ud til, at hvis dødsfaldet er blevet skjult og løjet om, således at for eksempel et barn af afdøde ikke får besked om dødsfaldet, eller der pyntes på sandheden for at beskytte barnet, så kan barnet fastholde en tro på at den afdøde kommer tilbage. Dette kan medføre kompliceret sorg på sigt.

Relationen mellem afdøde og pårørende og dens kvalitet i perioden op til dødsfaldet har også stor betydning for, hvorledes sorgforløbet udvikler sig efter dødsfaldet. Bl.a. kan skænderier mellem den efterladte og afdøde før dødstidspunktet være en risikofaktor, for at den efterladte bagefter føler skyld. Omvendt kan en positiv sidste tid, hvor efterladte og døende bruger hinandens selskab positivt, være medvirkende til at gøre sorgen efter tabet lettere at bære.

En omstændighed ved dødsfald, som også kan have indflydelse på den efterladtes sorgforløb, er hvis hun føler nogen har skylden for dødsfaldet. Dette kan afføde stor vrede. Det er selvsagt at

drab afføder stor vrede mod drabsmanden, men der kan også opstå vrede over uforsigtighed fra afdødes side, som for eksempel ved uagtsom kørsel.

Parkes (1996) er inde på at mord er en af de mest risikofyldte tabstyper der findes, fordi det inkluderer så mange af de andre risikofaktorer. Dels er det uventet og utidigt, men der opstår også en masse vrede og mistillid til fx politiet og retssystemet, der opstår mistillid til andre mennesker generelt, og der opstår skyldfølelse hos den efterladte for ikke at have beskyttet den afdøde bedre. Alle disse elementer øger risikoen for kompliceret sorg og depression.

Når dødsfaldet har været traumatisk, fx ved drab eller selvmord, er det ofte svært for den efterladte at komme igennem sorgen. Worden (2008) skriver, at specielt arbejdsprocesserne 2 og 3 (at arbejde sig gennem smerten ved sorgen, og at tilpasse sig til livet uden afdøde) er svære at komme igennem i sådanne tilfælde, fordi den efterladdes opfattelse af verden som meningsfyldt bliver rystet. Dermed bliver det vanskeligere for hende at forholde sig til en verden uden afdøde.

Både Bowlby (1980) og Parkes (1996) skriver om selvmord som en særlig type af tab. Dels har den efterladte en tendens til at beskyldte den afdøde for at have taget livet af sig, men samtidig har hun ofte tendens til at beskyldte sig selv for ikke at have hindret selvmordet.

Parkes (1996) nævner endvidere civile og militære katastrofer som eksempler på tab, hvor sorgforløbet for de efterladte er i høj risiko for at udvikle sig til kompliceret sorg. Raphael (1986) har fundet, at der her er specielt to faktorer, som øger risikoen for at udvikle kompliceret sorg. Den ene er, at der ofte i sådanne sammenhænge er flere tab samtidig, hvilket er mere traumatisk end et enkelt dødsfald. Den anden er, at katastrofer har en tendens til at underminere social støtte, fordi de mennesker som udgør det sociale netværk i sådanne situationer enten selv vil være ramt eller vil føle sig udsat for fare.

Parkes anfører, at efterladte som har lidt dødsfald, hvor deres sorg ikke bliver socialt accepteret, har høj risiko for at udvikle kompliceret sorg. Dels vil den efterladte savne den sociale omsorg, som har betydning for sorgens forløb, og dels vil hun i visse tilfælde være nødt til at skjule sin sorg. Det gælder for eksempel for elskerinder som har mistet, eller for homoseksuelle, hvis kærlighedsforhold ikke bliver accepteret af deres omgivelser. Det kan også være sorg, som omgivelserne ikke har været opmærksom på, fx i forbindelse med børn, som har mistet, og hvor andre pårørende har anset dem for at være for små til at forstå tabet.

4) *Personlighedsvariable, herunder coping og tilknytning*

Personlighedsvariable som copingstil og tilknytningsstil er de faktorer, som lægges størst vægt på i forhold til vurderingen af, hvorledes den efterladtes sorgforløb udvikler sig, da den efterladtes håndtering af sorgforløbet og den relation hun havde til afdøde nok er de mest afgørende faktorer for, hvor svært eller let sorgprocessen forløber.

Freud (1917) skriver ikke ret meget om håndteringen af sorgforløbet som en risikofaktor, men han nævner at ambivalensen i relationen til objektet, øger risikoen for at sorgen bliver til melankoli. Som tidligere nævnt, har den melankoliramte en tendens til at foretage narcissistiske objektvalg, hvilket betyder at relationen til objektet, præges af dels en skrøbelighed og dels en besættelse af objektet, som den efterladte ønsker at internalisere. Denne ambivalens har stor betydning for sorgen, fordi tabet af objektet fremhæver ambivalensen i relationen. Da objektet jo er gået tabt, tvinger det den efterladte til at forholde sig til denne ambivalens ved at rette den mod egoet. Dette sker for at undgå, at relationen til objektet brydes.

Alene det at Bowlby (1980) her vælger at bruge et helt kapitel på denne ene risikofaktor, vidner om, at han tillægger den efterladtes tilknytningsstil stor betydning for, hvorledes hendes sorgforløb udvikler sig. Desværre er de undersøgelser, som er nævnt her, begrænsede af, at det er meget få cases, der generaliseres ud fra.

Den angst/ambivalente tilknyttede beskriver Bowlby som et menneske, der på den ene side er nærmest besat af tilknytningsobjektet, og på den anden side alligevel nærer mange vrede følelser over for ham.

I Parkes' (1972) studie af engelske enker bad han dem vurdere på en firetrins skala, hvor meget de skændtes med deres afdøde mand. Studiet viste, at de som skændtes meget med deres mænd, udviste mere nervøsitet under interviewene, de berettede om større skyldfølelse end de øvrige enker, de havde flere fysiske symptomer, og de var efter det første år mere isolerede end dem, som ikke skændtes så meget med deres mænd.

Dette synes at indikere, at denne ambivalente tendens hos enkerne, som på den ene side elskede deres mænd, men på den anden side havde et meget turbulent forhold til dem, forhindrede kvinderne i at gennemgå et normalt sorgforløb.

Også kompulsiv/omsorgsfuld tilknytning mener Bowlby har betydning for, hvorledes sorgforløbet udvikler sig. Den efterladte med denne tilknytningsform vil have svært ved at tilpasse sig tabet, fordi hun gennem afdødes levetid har været dybt afhængig af ham og meget bange for at miste ham. Samtidig er hun meget omsorgsfuld og vil gøre alt for ham. Efter afdødes bortgang vil hun have en tendens til at være optaget af de andres sorg i stedet for at mærke sin egen sorg, da dette er for vanskeligt. Hun vil være optaget af sin egen skyld og af, hvordan hun kunne have gjort det bedre for afdøde, mens han stadig levede.

Selvom disse to tilknytningsformer ser forskellige ud, har de mennesker, har disse tilknytningsstile, det til fælles, at de er meget angste for at miste dem, de holder af. Deres reaktioner på det er meget forskellige. Den angst-ambivalente reagerer med både vrede og udtryk for savn og kærlighed, men det er svært for hende at forene disse to sider i et normalt sorgforløb. Den kompulsivt omsorgsfulde tilknytningsstil fører ofte til, at den efterladte vender vreden indad og føler skyld over ikke at have gjort det godt nok.

Den sidste tilknytningsstil, som Bowlby (1980) nævner, er den assertive/uafhængige tilknytningsstil. Evidensmateriale vedrørende efterladte med denne tilknytningstype er meget sparsom, men det er sandsynligt, at den efterladte, som har denne tilknytningsstil, er disponeret for patologisk eller kompliceret sorg. Der er tre årsager til, at der er så lidt evidens omkring efterladte med denne tilknytningsstil og deres sorgforløb: 1) Dels virker denne efterladte ikke som én, der har det dårligt, og ofte bliver hun sat i samme kategori som dem med et normalt sorgforløb; 2) dels er hun ofte ikke særlig motiveret for at deltage i undersøgelser om sit sorgforløb, og 3) dels kan hun have så sparsom en tilknytning til afdøde, så hun reelt ikke oplever tabet som særlig stort.

Trods dette synes Maddison (1968) alligevel at have fundet i sin undersøgelse med 20 enker, at de som havde denne tilknytningsstil, var i risiko for at udvikle kompliceret sorg.

Parkes (1996) nævner kort kopingmekanismer, men mener ikke, at de tilstrækkeligt dybdegående kan sige noget om risikoen for sorgens forløb eller forklare mere end det, man allerede kan forklare med begrebet egostyrke.

Blandt de personlighedsvariable, som Parkes (1996) beskriver, lægger han vægt på undgåelse og repression. Han understreger dog, at de også kan fungere som gavnlige forsvarsmekanismer, så sorgen kan erkendes lidt efter lidt og dermed ikke overvælder den efterladte. Der, hvor

undgåelsen af sorgen bliver en risiko for sorgforløbet, er, hvis den trækker ud og udelukker sorgen helt, så sorgen ikke bearbejdes i bidder, men udskydes. I Parkes' eget Londonstudie af efterladte enker fandt han tre grupper: Den første gruppe var blevet overvældet af sorgen og kunne dermed ikke håndtere hele sorgen på én gang, hvilket forlængede sorgen noget. Den anden gruppe viste moderate følelser i den første uge, de tog sorgen i bidder og blev derfor ikke nær så overvældede af den som den første gruppe. Den tredje gruppe undgik helt sorgen, og fik dermed udskudt deres reaktion hvilket forværrede deres situation. Ydermere var en del af de kvinder, som var i den tredje gruppe, yngre end kvinderne i de andre to grupper, flere af deres mænd var gået bort pludseligt og fem ud af syv af disse kvinder havde tidligere psykiatriske vanskeligheder. Dermed var denne gruppe også ramt af andre risikofaktorer, som komplicerede deres sorgforløb yderligere.

Parkes deler tilknytningsstilen op i angst-tilknytning, afhængig tilknytning og ambivalent tilknytning.

Gennem et spørgeskema beregnet på et retrospektivt studie af tilknytningsstilen mellem forældre og barn hos nu voksne børn fandt han, at efterladte hvis tilknytning til forældrene var præget af, at forældrenes adfærd havde medført angst hos barnet, også havde større risiko for at udvikle patologisk sorg.

I forhold til afhængig tilknytning finder Parkes, at den efterladte, som har psykiske problemer, beskriver sig selv som langt mere afhængig af afdøde end den efterladte, som ikke har psykiske problemer grundet sorgen.

Parkes(1996) skriver, at i relationer, hvor tilknytningen er præget af ambivalens, er der ofte konflikter mellem den pårørende og den døende. Den pårørende med denne type tilknytning har derfor ved afdødes bortgang ofte stor lettelse blandet med skyldfølelse og vrede, over at afdøde har efterladt hende. Det kan være svært at navigere i disse emotioner, og dermed kan denne type af tilknytning mellem afdøde og efterladte komplicere sorgforløbet for hende.

De to personlighedsvariable, som ifølge Worden (2008) udgør den største risiko i forhold til sorgforløbet hos den efterladte, er Koping- og tilknytningsstil.

Kopingstilen er den måde, den efterladte håndterer tabet på. Hvis hun er problemløsningsorienteret, kan hun komme til kort, fordi hun ikke kan ændre på det faktum, at

tabet har fundet sted. Ofte vil den efterladte med denne type kopingstil forsøge en enkelt måde at tackle sorgen på, og hvis dette ikke virker, giver vedkommende op og lader sig dernæst overvælde af sorgen uden at navigere i den.

Aktiv emotionel håndtering af tabet er mere effektivt, det kan eksempelvis være at kunne se det positive i den triste situation, være god til at bede om andres hjælp, eller bruge humor som et redskab til at regulere eller dæmpe smerten ved tabet.

Hvis efterladte derimod håndterer tabet ved at undgå det, så kan det føre til kompliceret sorg, fordi det kan forlænge den første del af sorgen, hvor det er svært for hende at acceptere tabet. Således får sorgen ikke plads, hvilket kan føre til kompliceret sorg.

Det har også stor betydning, hvorledes efterladtes og afdødes indbyrdes tilknytning til hinanden har været. Intensiteten af smerten ved tabet er næsten automatisk bestemt af, hvor stor kærligheden i forholdet var.

Den trygt tilknyttede efterladte mærker smerten ved sorgen, men er i stand til at arbejde sig igennem den og er i stand til at udvikle en sund, blivende relation til afdøde, hvor hun kan mindes ham, uden at han forstyrrer hende i at komme videre med sit liv. Hvis den efterladtes tilknytning til gengæld er usikker, er der forskellige risici forbundet hermed. Worden (2008) nævner 4 forskellige usikre tilknytningsstile, som hver især udgør en risiko for at sorgforløbet bliver patologisk.

Den angst/overoptagede efterladte har ofte lidt under forsømmelse i den tidlige barndom. Hun er meget usikker på sig selv og søger bekræftelse fra alle steder. Hun er sådan et menneske, som har en ekstra kæreste i baghånden, hvis det nuværende forhold skulle gå i stykker. Hun håndterer tab dårligt og udviser en høj grad af stress, hvis hun mister et nærtstående menneske. Desuden vil hun have tendens til i overdreven grad at søge hjælp hos andre. Hun har derfor stor risiko for, at hendes sorgforløb kan blive patologisk.

Den efterladte med angst/ambivalent tilknytning, som mister et andet menneske, vil ofte opleve rigtig meget vrede i forbindelse med tabet, men da vreden er så overvældende, udtrykker hun den ikke, men søger i stedet at undertrykke den ved at ophøje afdøde. Vreden opstår fordi den angste ambivalente ikke stoler på at andre. Dermed er hendes tillid til afdødes kærlighed skrøbelig, og derfor er vedkommendes død netop et brud på hendes tillid til ham.

Den efterladte, som har en undgående/afvisende tilknytningsstil, viser umiddelbart ingen reaktion på sorg, da hendes selvforståelse er bygget op omkring selvstændighed og uafhængighed af andre. Worden (2008) skriver dog, at der er uenighed om, hvorvidt denne manglende reaktion kan føre til kompliceret sorg senere, eller om hun rent faktisk ikke reagerer på tabet.

Den efterladte, som er præget af undgående/frygtsom tilknytning, vil have meget svært ved at håndtere tabet. Hun vil gerne skabe relationer, men er bange for at gøre det, fordi hun tidligere har oplevet, at de bliver brudt. Derfor er hun i høj risiko for at udvikle depression og kompliceret sorg i forbindelse med bruddet på en nær relation. Den vrede og sorg, som den efterladte med denne tilknytningsstil føler efter tab, bliver lukket ned og ikke udtrykt. Social tilbagetrækning er en typisk måde for hende at reagere på.

Således er både den efterladdes måde at håndtere tabet på, men også hendes måde at relatere sig til andre, af stor betydning for, hvorledes sorgforløbet udvikler sig.

Della Selva (2001) skriver om personlighedshåndtering og tilknytning, at specielt to ting er væsentlige mediatorer af sorgforløbet. For det første arten af tilknytning til den efterladte. Hun nævner her ambivalent tilknytning, men skriver også at hvis tilknytningsforholdet til afdøde har været præget af vrede og fjendtlighed vil der være stor sandsynlighed, for at den efterladte udvikler patologisk sorg. For det andet skriver hun, at hvis den efterladdes jegfunktion er udbrændt eller udtømt efter at have ydet pleje op til dødsfaldet, vil det have stor betydning for sorgforløbet bagefter.

Meget mere skriver Della Selva egentlig ikke om arten af tilknytning, men fokuserer i stedet på personlighedsvariable, som kan være med til at sorgforløbet udvikler sig patologisk. Hendes fokus er her på jeg'ets skrøbelighed og de forsvarsmekanismer, det bruger for ikke at komme til at mærke smerten ved tabet.

Della Selvas skriver om to hovedkategorier af forsvarsmekanismer, de formelle forsvar og de taktiske forsvar.

De formelle forsvar tager sigte mod at undgå oplevelsen af indre forbudte følelser. Disse forsvarsmekanismer kan igen deles i to hovedkategorier, de repressive og de regressive. De repressive forsvar involverer intellektualisering, rationalisering, minimering, forskydning og

reaktionsdannelse. Her bruger klienten forsvarerne til at undertrykke sine emotioner ved at distancere sig fra dem eller negligere deres betydning. Den efterladte med sådanne repressive forsvar vil ofte bruge dem til at undertrykke sorgen i en periode, så hun ikke behøver tage sig af sorgen på en gang. Dog vil sorgen ligge lige under overfladen, og derfor vil sandsynligheden, for at den efterladte, som benytter sig af denne type forsvar, ender med at få et patologisk sorgforløb, ikke være særlig høj.

De regressive forsvar er forsvar som projektion, somatisering, fornægtelse, udadreageren og impulsudladning. Her bygger Della Selva i forhold til sin beskrivelse af sorg på Lindemanns(1944) arbejder, som beskriver akut sorg og den akutte sorgs patologiske varianter. Lindemann opdagede nemlig, at akut sorg kunne optræde med patologisk afvigende symptomer som *culitis ulcerosa*, som er blødende tyktarmsbetændelse. Dette er en stærk somatisering, hvor den efterladte ikke er klar over disse symptomers psykiske årsag og dermed ikke formår at udtrykke dem. Efterladte som benytter sådanne regressive forsvar, vil som regel ikke koble forsvaret med tabet og vil derfor være i stor sandsynlighed for at udvikle patologisk sorg, da følelser og emotioner omkring tabet ikke erkendes.

De taktiske forsvar har til formål at forsvare den efterladte mod følelsesmæssig nærhed. Et menneske, som har mistet, kan let som Della Selva er inde på det, udvikle en angst for at knytte bånd til andre mennesker igen, fordi tabet har affødt et traume, som den efterladte forsøger at undgå gentagelse af, ved at forsvare sig mod følelsesmæssig nærhed.

De taktiske forsvar kan lige som de formelle deles i to kategorier. Dels 1) verbale forsvarsmekanismer som vag/generel eller spredt/ufokuseret tale, sarkasme, og trætkekærhed, dels 2) nonverbale forsvarsmekanismer, som involverer undgåelse af øjenkontakt, tendens til at le og smile, grådlabilitet og korslagte arme og ben.

Della Selva beskriver de taktiske forsvar som jegsyntone, dvs. at den efterladte opfatter disse forsvar som værende en del af hendes person, og hun ser dem dermed ikke som forsvarsmekanismer. Det er således svært for den efterladte at se disse forsvarsreaktioner udefra, og hun vil være i fare for at udvikle kompliceret sorg.

Jeg dystone forsvar er forsvar, som den efterladte har lettere ved at identificere som forsvar, og derfor er disse også lettere at ændre på. Repressive forsvar er ofte mere jegdystone end taktiske

og regressive forsvar er det, og derfor har den efterladte, som bruger repressive forsvar, ikke så stor sandsynlighed for at udvikle patologisk sorg.

Dette leder os hen på Della Selvas beskrivelse af jegfunktionen, som hun mener, har stor betydning for, om den efterladte udvikler patologisk sorg eller ej. Della Selva deler generelt set patienter op i tre kategorier: Neurotiske klienter, karakterforstyrrede klienter, og klienter med skrøbeligt jeg.

Den neurotiske gruppe er relativt velfungerende personer, som har et aktuelt og ofte afgrænset problem, de benytter sig af repressive forsvar, der som tidligere nævnt er jegdystone og derfor relativt lette at identificere. Denne type efterladte har ikke så høj sandsynlighed for at udvikle patologisk sorg.

Efterladte, som er præget af en karakterforstyrret jegfunktion, vil ofte have flere problemer i tilknytning til tabet. Angsten hos disse klienter er relativt intens, og derfor benytter denne gruppe sig ikke udelukkende af repressive forsvar, men bruger en blanding af repressive og regressive forsvarsmekanismer som udadreageren og projektion. Disse klienter forsvarer sig ofte også mod følelsesmæssig nærhed i deres relationer til andre. På denne måde kan de isolere sig fra omverdenen. Deres forsvarsmekanismer er mere rigide og jegsyntone end forsvarsmekanismerne hos efterladte, som har en neurotisk jegfunktion, og de vil dermed have højere sandsynlighed for at udvikle patologisk sorg.

Den sidste gruppe er klienter, som har et skrøbeligt eller udbrændt jeg. Disse klienter vil i reglen have svært ved at skelne mellem deres følelser og forsvarerne mod dem, og de vil ydermere have svært ved at skelne de forskellige emotionelle tilstande fra hinanden. Derfor vil de ved tab opleve sorgen som overvældende og uden afgrænsning. Sandsynligheden for at disse klienter udvikler patologisk sorg er følgelig meget høj.

5) *Sociale variable*

Både Bowlby, Parkes og Worden beskriver også de sociale faktorer, som har betydning for sorgforløbet.

Bowlby (1980) skriver, at det har stor betydning for sorgforløbet, hvem den efterladte bor sammen med. Enker, som bor sammen med fx deres voksne børn, har mindre tendens til at udvikle depression og angst som følge af sorgen end enker, som bor alene.

Socioøkonomiske forhold som små børn der skal tages vare på, afdødes frafald af indtægt, osv. kan gøre sorgen over afdøde uoverskuelig og fyldt med praktiske forhold, som kan gøre det umuligt for den efterladte overhovedet at få tid til at bearbejde sin egen sorg. Bowlby mener dog ikke, at disse forhold alene er bestemmende for, om den efterladte udvikler kompliceret sorg, men at der er andre risikofaktorer, som har større betydning.

Worden (2008) er også inde på nogle af de sociale risikofaktorer. Worden (2008) skriver, at bl.a. Swartzberg & Jahnhoff-Bulman, (1991); Sherkat &reed, (1992), og Stroebe (1999) har lavet studier, som viser, at jo mere social støtte den efterladte oplever at have fået, jo mindre stress vil vedkommende opleve i forbindelse med dødsfaldet.

Parkes mener at social støtte er en væsentlig faktor for, hvorledes sorgen udvikler sig. Maddison (1968) finder, at de enker, som lider mest af psykiske vanskeligheder som følge af tab, er kvinder som ikke har følt, at de kunne udtrykke deres følelser omkring sorgen frit til deres nærmeste omgivelser. Parkes (1996) pointerer dog, at man skal være varsom med at konkludere, at de kvinder, som modtager sparsom social støtte, af denne grund ender i depression og kompliceret sorg. Kompliceret sorg kan nemlig også føre til, at den efterladte isolerer sig fra sine omgivelser.

Parkes skriver ligesom Bowlby, at hvis der er små børn, som er afhængige af den efterladtes styrke og tilstedeværelse, kan det gøre det vanskeligt for hende at få tid til sin egen sorg og have overskud til børnene i en situation, hvor det økonomiske grundlag er minimeret.

Sammenfatning:

Et sorgforløbs risikofaktorer er talrige, og jeg vil ikke gå ind på dem alle her. Det, jeg vil forsøge med denne sammenfatning, er at påpege de væsentligste risikofaktorer for om sorgen bliver kompliceret, nemlig tilknytningsstilen hos den efterladte og de forsvars- og copingmekanismer, som den efterladte bruger for at tackle sorgen.

Tilknytningsstil:

Samtlige teoretikere er inde på, at tilknytningsstilen hos den efterladte og tilknytningsforholdet mellem efterladte og afdøde er væsentlige risikofaktorer for sorgforløbet. Der ser ud til at være enighed om, at hvis den efterladtes forhold til afdøde var præget af ambivalens, vil der opstå megen vrede i sorgforløbet, som bunder i en mangel på tillid til kærlige relationer. Ved dødsfald har den

afdøde brudt den efterlattes tillid, og derfor vil hun skulle bære både vrede, skyld og kærlige følelser for afdøde samtidig, hvilket ofte bliver for overvældende for hende.

Der er lidt uenighed om beskrivelsen af dependens i tilknytningen mellem afdøde og efterladte. Dog er der det fælles for beskrivelserne, at angst og vrede hos den efterladte er affødt af det afhængighedsforhold, som hun har haft til afdøde, og den efterlattes evne til erkendelse af tabet påvirkes negativt heraf. Nogle efterladte med dependent tilknytningsstil undertrykker deres emotioner ved at overføre afhængighedsforholdet til de andre pårørende, mens andre overvældes af en grundlæggende angst for at miste grundet forudgående oplevelser med brudte relationer. Dette er ofte folk, som har mistet forældre i den tidlige barndom.

Kopingstil

Hverken Freud (1917) eller Bowlby (1980) synes at tillægge kopingmekanismer særlig stor vægt, Parkes er endda meget negativ over for brugen af begrebet af kopingmekanismer. Alligevel minder Parkes', Della Selvas og Wordens måder at se den individuelle håndtering af tabet på så meget om hinanden, at disse, hvad enten de ses som copingmekanismer, forsvarsmekanismer eller personlighedsvariable, kan sammenfattes under tre hovedkategorier af håndtering af tabet, som har betydning for sorgens udfald.

- 1) En type af efterladte vil have en tendens til at lade sig overmande af sorgen efter kun at have forsøgt meget få strategier til at håndtere den, og dermed vil vedkommende være i stor risiko for at udvikle kompliceret sorg.
- 2) Efterladte som er i stand til at styre deres emotioner på en sådan måde, at de kan åbne og lukke for sorgens ventil, om man så må sige. Denne type efterladte er neurotikere, som benytter repressive forsvar, og har et relativt velfungerende jeg. De vil have en mindre sandsynlighed for at udvikle patologisk sorg.
- 3) Den sidste type efterladte forsøger at lukke helt ned for sorgen og udvikler derfor et forsinket patologisk sorgforløb. Denne type efterladte er karakterforstyrrede, disse har en svagere egofunktion end efterladte, som hovedsageligt benytter repressive forsvar.

Kap. 3 Kompliceret sorg

De efterladte, som udvikler kompliceret sorg, er af den ene eller den anden grund ikke i stand til at sørge på en sådan måde, at deres sorgforløb bevæger sig i retning mod en lindring eller en lettelse af sorgen. De ovenfor diskuterede risikofaktorer er en væsentlig del af forklaringen på, hvorfor der

sommetider opstår denne stilstand i sorgforløbet. Ingen af disse faktorer er dog i sig selv dækkende for begrebet kompliceret sorg. Derfor vil jeg i det næsten afsnit undersøge hvad kompliceret sorg er.

Det psykodynamiske perspektiv

Freud

Freud beskæftigede sig ikke meget med begrebet kompliceret eller patologisk sorg, og han beskrev da også kun ganske kort i sin artikel (1917), hvorledes sorgen kan blive patologisk. Han mente, at sorg i sig selv ikke er patologisk, men at den sørgende med tiden vil kunne frigøre sin libido fra objektet, og at symptomer som tilbagetrækning fra omverdenen og tab af evnen til at elske vil forsvinde, når sorgen er overstået. Da symptomerne således er bundet til sorgen, som kan forklares ved objekttab, er disse ikke patologiske.

Freud (1917) mente dog, at sorgen kan blive patologisk, når den deprimerede ikke er i stand til at komme ud af ambivalensen i relationen til det mistede objekt. På den ene side ønsker hun at identificere sig med det tabte objekt, således at hun ikke er nødt til at opgive relationen; på den anden side fører denne identificering med det mistede objekt til egotab, fordi objektet jo netop er gået tabt. Ydermere internaliseres den kærlighed, som har eksisteret i relationen, men det had den efterladte føler mod objektet for at have forladt hende, internaliseres også i egoet. Herved opstår der en ambivalens i egoets relation til sig selv, fordi det nu er identificeret med det tabte objekt. Denne ambivalens gør sorgprocessen patologisk, da den tvinger den deprimerede til at rette skylden for tabet mod sig selv, så vedkommende bebrejder sig selv for at ønske objektets endeligt.

Meget mere skriver Freud ikke om patologisk sorg. Dette kan være en af grundene til, at patologisk sorg førhen har været diagnosticeret som depression, ganske enkelt fordi det var Freuds opfattelse at depressionen fungerede som et regressivt forsvar mod at mærke de narcissistiske og ambivalente følelser, som knyttede sig til det tabte objekt, og som følgelig gør sorgen patologisk.

Der er dog andre, som har beskrevet fænomenet patologisk sorg set ud fra netop et Freudiansk tankesæt. Dels er der Della Selva (2001), som jo bla. trækker på Freud i sin forståelse af begrebet sorg, men lige netop hendes definition af patologisk sorg bygger mere på Bowlbys, Lindemanns og Davanloos beskrivelser af den patologiske sorg. Dels er der Vamik D. Volkan, som til diskussion og uddybelse af Freuds artikel (1917) om 'Mourning og Melancholia' har beskrevet patologisk sorg ud fra et freudiansk perspektiv.

Vamik D. Volkan (2007) beskriver en type af patologisk sorg, hvor den efterladte hverken lider under en depression eller kan siges at gennemgå et normalt sorgforløb. Vamik D. Volkan kalder dem perennial mourners, afledt af det franske ord perennitè som betyder vedvarende, og således lider disse mennesker under vedvarende sorg.'

Den efterladte kan lige som ved sorgudløst depression, som jeg kommer ind på senere i afsnittet om depression, ikke give slip på den internaliserede tilknytning til objektet, selvom dette ikke eksisterer i den virkelige verden mere.

Når sorgen bliver til melankoli, identificerer den efterladte sig med det tabte objekt ved at rette den libido, som er tilknyttet objektet, tilbage mod egoet. Ved vedvarende sorg ønsker den efterladte at identificere sig med det tabte objekt, men af en eller anden grund sker denne identificering ikke, og den efterladte beholder i stedet den mentale repræsentation af det tabte objekt i sin selvrepræsentation, men som et fremmedlegeme, som så at sige ikke kan blive integreret i egoet. Volkan (2007) kalder dette fremmedlegeme for et introjekt, som i den psykoanalytiske litteratur betyder en objektrepræsentation, som individet ønsker at identificere sig med, men hvor identifikationen ikke finder sted.

Della Selva

Della Selvas beskrivelse af patologisk sorg bygger som nævnt på både Bowlbys (1970) og Lindemanns (1945) teoretiske grundlag.

Della Selva mener lige som Bowlby, at den patologiske sorg er en overdrivelse eller en forvrængning af den normale sorg. Hvis individets forsvar mod sorgen bliver så stærkt, at vedkommende sidder fast i sorgens faser og ikke kan komme igennem dem, så er sorgen blevet patologisk. Dermed er det ikke forsvarsmekanismerne i sig selv, som er problematiske, men deres intensitet og voldsomhed.

I forhold til Lindemanns (1945) beskrivelse af patologisk sorg benytter Della Selva sig mest af hans beskrivelse af psykosomatisk sorg. Dvs. at den akutte sorg bliver kanaliseret ud i fysiske symptomer, hvor den efterladte ikke selv er klar over, at disse symptomer har med sorgen at gøre. Dette vil jeg komme nærmere ind på i afsnittet om somatiske problemer grundet sorg.

Della Selva skriver dog også kortfattet, at den akutte sorg kan forsinkes eller overdrives, således at det bliver til patologisk sorg.

Som Della Selva (2001) beskriver det, er fleksibiliteten i den efterlattes forsvarssystem væsentlig for, om sorgen udvikler sig patologisk. Ydermere er det af stor betydning for sorgforløbet, hvor stor kognitiv bevidsthed den efterlattede har om fleksibiliteten i sit forsvarssystem. Della Selva benytter sig her af to af Bowlbys faser i den normale sorg, nemlig følelseløsheds- og desorganiseringsfasen. Hun beskriver, hvorledes disse faser kan blive patologiske dele af sorgen, hvis den efterlattes forsvarsmekanismer forhindrer hende i at komme igennem den pågældende fase. Dette kan fx komme til udtryk i en kronisk følelsesdistancering eller en kronisk depression og håbløshed.

Kronisk følelsesdistancering

Den efterlattede, som sidder fast i følelseløshedsfasen, vil opleve denne som kronisk følelsesdistancering. Her forsøger den efterlattede lige som ved den normale sorg at undgå at komme i kontakt med denne. Problemet her er imidlertid, at vedkommende ved kontinuerligt at undgå at føle noget som helst ydermere forhindrer sig selv i på ny at knytte bånd til andre mennesker. Derved bliver sorgprocessen en hindring for den efterlattede i forhold til at fortsætte sin tilværelse, p.g.a. de uerkendte følelser, som vedkommende undgår.

Kronisk depression og håbløshed

Den efterlattede, som ikke kan komme igennem fasen af desorganisering, vil opleve den som kronisk depression og håbløshed. Della Selva inddrager her Davis (1998), som beskriver patologisk sorg som "den store bedrager", fordi han mener at denne kan optræde forklædt som bl.a. depression, som angst, panikangst og PTSD.

Den patologiske sorg kan altså ifølge Della Selva(2001) komme til udtryk som depression, men hvorledes ser denne type depression så ud?

I denne form for patologisk sorg synes tabet at have indvirkning på den efterlattes fornemmelse af sit eget selvbillede. Della Selva henviser til Manns (1973) behandling af sammenhængen mellem selvets udvikling og de tab, som vedkommende har gennemgået. Han mener, at selvets konturer netop dannes af de tab, som den efterlattede gennemgår i sin tilværelse.

Della Selva benytter også Engels (1961) beskrivelse af relationen mellem tab og selvbillede. Han opfatter tab i sig selv som et traume. Jo flere tab, det enkelte individ oplever, jo mere negativt bliver hendes selvbillede, og hendes billede af omverdenen. Dette fører til den håbløshed og depression, som Della Selva er inde på kan opstå, hvis den efterlattede ikke kan komme videre fra sorgforløbets desorganiseringsfase.

Psykosomatiske problemer grundet sorg:

Della Selva (2001) bygger her på Lindemanns (1945) beskrivelse af psykosomatisk sorg. Hans Connecticutstudier viste se s.28, at akut sorg kunne komme til udtryk i en patologisk form, som regel udtrykt i form af Colitis Ulcerosa, som er en mavetarmsygdom. Della Selva mener, at den efterladte som lider af denne type patologisk sorg, benytter sig af somatisering som regressivt forsvar, og dermed ikke selv er klar over, at de fysiske symptomer dækker over den sorg, som den efterladte ikke er i stand til at udtrykke. Denne type af patologisk sorg minder meget om Wordens (2008) beskrivelse af maskeret sorg, som vi skal se det i et senere afsnit. Her er de somatiske symptomer også et udtryk for undertrykte emotioner, som den efterladte ikke har erkendt.

*Det tilknytningsteoretiske perspektiv***Bowlby**

Bowlby (1980) skriver, som Della Selva (2001) også er inde på det, at en væsentlig del af årsagen til at nogle efterladdes sorgforløb bliver kompliceret, skal søges i de forsvarsmekanismer, som de benytter til at undgå at mærke smerten ved sorgen, fx splitting, projektiv identifikation eller benægtelse. Han mener, at der i alle former for kompliceret sorg indgår en eller anden form for forskydning af smerten ved sorgen, fordi den er for svær for den efterladte at mærke.

Bowlby beskriver primært to hovedformer for kompliceret sorg, som både Parkes og Worden også er inde på, nemlig kronisk sorgreaktion, og forsinket sorgreaktion.

Kronisk sorgreaktion

Bowlby skriver på baggrund af en undersøgelse af Gorer (1965), at kronisk sorg er en tilstand af fortvivlelse, som varer ved, til trods for at der er gået mere end et år siden tabet. Det kommer bla. til udtryk i en svag grådfyldt stemmeføring, og korte sætninger. Selvom denne tilstand er affødt af et tab, og derfor ikke udelukkende er en depression, vil de kliniske kriterier for depression ofte være opfyldt, og Bowlby nævner da også, at studier af Brown og Harris (1978) viser, at de fleste depressive tilstande faktisk er opstået p.g.a. en eller anden form for tab, rangerende fra mindre tab af enten penge eller arbejde til større tab som dødsfald.

Bowlby kommer frem til, at selvom den kroniske sorg umiddelbart ser ud til at være en voldsom reaktion på tabet, så er det i virkeligheden en forskydning, fordi den efterladte undgår at erkende realiteten ved tabet ved at fokusere på sin egen lidelse, i stedet for at forholde sig til sit tab. Han beskriver en mor, som 6 uger inden sin søns død slet ikke var i stand til at tale om hans tilstand

uden at bryde grædende sammen. Denne tilstand varede ved indtil to dage før sønnens død, hvor hendes tilstand ændrede sig dramatisk. Hun blev helt rolig og sad stille ved sin søns sygeseng og tog sig af ham. Kvinden beskrev selv, hvorledes hun holdt op med at bekymre sig, om der nu var en mulighed for, at han kunne blive rask. Den pludselige erkendelse, af at sønnen skulle dø, fik hende til at fokusere på at hjælpe ham med ikke at være bange og at fortælle ham, hvor meget hun elskede ham ved roligt at tage sig af ham.

Denne meget bevægende historie viser meget godt, at moderen ikke magtede at erkende realiteten af tabet, og at gråden blev et middel til at fokusere på hendes egen lidelse i stedet for at erkende realiteten af sønnens tilstand. Så snart moderen kunne erkende tabet, blev hendes reaktion mere rolig og fattet, selvom hun stadig sørgede.

Et andet element, som typisk er en del af kronisk sorg, er vrede, som enten går ud over den efterladte selv eller andre omkring, ofte i form af beskyldninger, som tager udgangspunkt i, at der må være nogen, som har ansvaret for dødsfaldet. Dette er igen en forskydning, hvor den efterladte ikke kan bære at mærke smerten ved sorgen og ved den vrede, hun måske føler mod den afdøde for at have forladt hende.

Forlænget fravær af bevidst sorg

Forlænget fravær af sorg, skulle man synes er det modsatte af kronisk sorg, men fælles for dem er, at erkendelsen af tabet udskydes og fokus flyttes. Følelsesløsheden blokerer for, at den efterladte kan erkende tabet. Der vil ofte også være en følelsesløshedperiode i forbindelse med normal sorg, men her vil denne tilstand højst var et par dage, måske en uge. Hvis følelsesløsheden varer ved i flere uger eller måneder, så er der en høj sandsynlighed for, at vedkommende vil udvikle en forsinket sorgreaktion, som vil være voldsommere end for et normalt sorgforløb.

Bowlby skriver, at de personer som oftest rammes af denne type kompliceret sorg, er mennesker som er meget selvstændige, og som ser deres egen sorg som et svaghedstegn. De er stolte af deres uafhængighed af andre og ønsker ikke at lade sig mærke med deres sorg. Nogle af de efterladte, som lider under forsinket sorgreaktion, vil forskyde sorgen ved at koncentrere sig om andre pårørendes sorg i forbindelse med tabet, på denne måde holder de sig beskæftiget uden at behøve at beskæftige sig med deres egen sorg.

For efterladte, hvis sorgforløb ender i en forsinket sorgreaktion, sker der før eller siden det, at de bryder sammen, som oftest med en eller anden form for depressiv reaktion. Der er fire faktorer, som

typisk er med til at udløse reaktionen: 1) Årsdagen for dødsfaldet 2) et andet, men mindre tab 3) at blive samme alder som den afdøde var, da vedkommende gik bort 4) hvis den person, som den efterladte drager omsorg for, lider et tab, og den efterladte kan identificere sig med tabet.

Erstatning for afdøde

Bowlby (1980) nævner også, at erstatning af den afdøde kan føre til patologisk sorg. Bl.a. er der en del forældre, som vælger at få et nyt barn som erstatning for et afdødt barn. Hvis forældrene ser det nye barn som en reinkarnation af det afdøde barn, kan det dels føre til, at det nye barn får et forvrænget tilknytningsforhold til sine forældre, dels at forældrenes sorg over at have mistet det første barn ikke bliver bearbejdet og dermed bliver til kompliceret sorg.

Eufori

Denne type sorgreaktion er ifølge Bowlby ikke særlig almindelig og derfor heller ikke ret godt undersøgt, men den er der. Den efterladte med denne sorgreaktion vil have en fornemmelse af, at afdøde er hos hende, og derfor vil hun virke glad og opstemt. For det meste er denne tilstand en slags ønsketænkning, som forsvinder med tiden, og den efterladte vil føle sig enormt forladt og deprimeret. Sommetider vedbliver følelsen dog at være der, og en egentlig sorgreaktion opstår ikke, og derfor er denne type kompliceret sorg langt fra entydig.

Parkes

Rent diagnostisk skriver Parkes (1996), at mange psykiatere nok vil betegne patologisk sorg som en reaktiv depression, og han anerkender da også, at en del, som lider under patologisk sorg, udvikler depression. Men da sorgens grundlag er den separationsangst, som den efterladte oplever, når hun mister et nærtstående menneske, så opfatter Parkes (1996) nærmere patologisk sorg som en angstdiagnose, som ligger tæt op af diagnosen PTSD.

Parkes tager i sin undersøgelse af begrebet patologisk sorg udgangspunkt i sit eget Bethlemstudie (1965). Her finder han mange af de samme typer af kompliceret sorg som både Bowlby og Worden kommer ind på.

Kronisk sorgreaktion

Han skriver, at ud af de 21 psykiatriske patienter som havde lidt et tab, var der ca. 15, hvis sorgforløb syntes længere end de andres. Efter flere år med sorg havde flere af dem stadig så overvældende symptomer på sorgen, at det forhindrede otte af de 15 i at gå på arbejde, og at de

isolerede sig fra familie og andre relationer. Denne type af kompliceret sorgreaktion benævner Parkes (1996), ligesom Bowlby og Worden, kronisk sorgreaktion.

Forsinket sorgreaktion

Parkes (1996) er også inde på en type sorg, som han kalder forsinket sorgreaktion. Otte af klienterne viste tegn på denne type af kompliceret sorg. For tre af disse patienter, kunne det diskuteres, om de egentlig bare gennemgik den del af sorgen, som netop er kendetegnet ved følelsesløshed, fordi tabet endnu ikke er erkendt. De resterende fem klienter havde dog ikke engang tegn på følelsesløshed, de fortsatte bare deres tilværelse i en rum tid, som om intet var sket. Disse klienter kom dog alle til et punkt, hvor den sorg de ikke kunne erkende, viste sig som depressive symptomer. Parkes beskriver en kvinde, som netop kommenterede, at tårerne sad inde bag øjnene, men hun kunne ikke græde dem ud.

Angst

Angst i forbindelse med dødsfald og sorg er ofte et symptom på kompliceret sorg. Parkes fortæller, at seks af klienterne fra Bethlemstudiet led under panikanfald, hvor de oplevede åndenød, kvælningfølelser og andre somatiske symptomer på frygt grundet ensomheden efter tabet. Parkes fremhæver specielt to elementer i forbindelse med angst i relation til kompliceret sorg, dels en intens separationsangst, og dels en stærk trang til at undertrykke sorgen. Ofte lykkes dette dog kun delvist, og derfor kommer sorg og angst til at overvælde den efterladte, når vedkommende ikke længere kan lægge låg på disse emotioner.

Selvbebrejdelse

Selvbebrejdelser kan også være en del af et kompliceret sorgforløb. Dette gjaldt 14 af de 21 patienter i Parkes' Bethlemstudie. Somme tider var der tale om milde selvbebrejdelser, hvor den efterladte følte, at hun kunne have gjort mere for afdøde; andre gange var det mere alvorlige selvbebrejdelser, hvor hun følte sig direkte ansvarlig for afdødes bortgang. En stor andel af de patienter, som bebrejdede sig selv i forbindelse med tabet, var også bebrejdende over for andre som fx læger eller andre pårørende.

Somatiske symptomer

Fem af de 21 klienter i Bethlem studiet oplevede somatiske symptomer, som syntes at være relaterede til deres sorg. Ofte var de symptomer den efterladte beskrev, meget lig dem den afdøde havde fx i sygdomsperioden inden afdødes bortgang.

Worden

Worden (2008) er optaget af udviklingen af DSM-kriterierne for kompliceret sorg². Som nævnt i afsnittet om Freuds beskrivelse af patologisk sorg, har man tidligere diagnosticeret dette som depression eller angst som følge af tab, men bl.a. studier fra Prigerson og kolleger (1995, 1996) har siden vist, at depression, angst og kompliceret sorg faktisk er tre separate faktorer. Der har været megen diskussion, om hvorledes kompliceret sorg skulle omtales, men kompliceret sorg eller forlænget sorgreaktion er den navngivning, man nåede til enighed om i DSM-IV. Her er kompliceret sorg beskrevet i kriterier fra A-D, som beskriver de vanskeligheder, den efterladte har med kognitiv og emotionel erkendelse af tabet, desuden beskrives de sociale og funktionelle vanskeligheder den efterladte vil have grundet de symptomer, som er følgerne af den komplicerede sorg. Der har dog været vanskeligheder med at finde frem til, hvornår diagnosen kunne stilles. Worden (2008) argumenterer for, at mange af de symptomer, som ses i normal og patologisk sorg, er de samme de første måneder, og at det derfor ikke er muligt at sige med sikkerhed, hvem der er i risiko for at udvikle patologisk sorg. Yderligere mener han, at diagnosen først bør stilles efter den første årsdag for dødsfaldet, fordi de efterladte, hvis sorg forløber normalt på dette tidspunkt, ofte vil være i bedring. DSM V diagnosen for kompliceret sorg kommer først i år 2010, så Worden forholder sig derfor til en eksisterende model for kompliceret sorg, som deler sorgen op i 4 forskellige komplicerede sorgforløb – kronisk, forsinket, overvældende og maskeret sorgreaktion.

1. Kronisk sorgreaktion

En kronisk sorgreaktion er et forlænget sorgforløb, hvor sorgen ikke synes at ville tage nogen ende for den efterladte. Den efterladte synes at gå i stå i sorgprocessen, fordi hun ikke er i stand til at håndtere en enkelt eller flere sider af sorgen. Det er meget forskelligt hvilke dele af sorgen, der volder problemer, alt efter hvem den efterladte er, men Worden har nogle bud på hvilke typer af efterladte, som typisk vil have svært ved at håndtere de forskellige arbejdsprocesser af sorgen. Den efterladte som lider af ambivalent tilknytning og som nærer ambivalente følelser i forholdet til afdøde, vil ofte have svært ved at komme igennem den del af sorgprocessen, hvor hun skal arbejde sig gennem smerten ved sorgen. Den efterladte, der lider af enten angst eller dependent tilknytning, vil gå i stå med bearbejdelse af sorgen i fase 3, som handler om at forme nye relationer og skabe sig

² DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) er et sæt af kriterier, som udarbejdes af The American Psychiatric Association. DSM-IV refererer til den 4. reviderede udgave af DSM-systemet, som kom i år 2000.

en tilværelse uden afdøde. Dette er svært, når disse menneskers tilknytningsform er præget af mistillid.

2. Forsinket sorgreaktion

Forsinket sorg reaktion opstår ofte som følge af, at den efterladte ikke er i stand til at sørge på det tidspunkt, hvor dødsfaldet finder sted. Eller fordi efterladte har oplevet en mindre sorgreaktion end dødsfaldet berettigede til og derfor først oplever sorgreaktionen senere. Som oftest opleves den forsinkede sorgreaktion som en overdreven sorgreaktion på et mindre tab. Denne sorgreaktion tilhører ofte i virkeligheden det tidligere tab. Ofte kommer den forsinkede sorgreaktion som følge af manglende social støtte omkring tidspunktet for det tab, den efterladte ikke har kunnet sørge over.

3. Overvældende sorgreaktion

Ved overvældende sorg reaktion oplever den efterladte, at sorgen tager til som tiden går, hvor den ved det normale sorgforløb gradvist aftager. De fleste, som lider under overvældende sorgreaktion, er ikke klinisk deprimerede, men symptomerne kan blive så voldsomme, at en klinisk depression er udfaldet. Angst er en almindelig reaktion på tab også i forbindelse med et normalt sorgforløb, men hvis den udmønter sig som panikanfald eller en anden form for patologisk angst, kan det være et tegn på en overvældende sorgreaktion. Andre patologiske reaktioner som posttraumatisk stress og misbrugsadfærd kan også blive en følge af en overvældende sorgreaktion.

4. Maskeret sorgreaktion

Maskeret sorgreaktion er den fjerde og sidste form for kompliceret sorg, som Worden beskriver. Denne form for kompliceret sorg viser sig i symptomer, som ikke normalt er tegn på sorg, for eksempel som fysiske symptomer eller uhensigtsmæssig adfærd. Lige som den forsinkede sorgreaktion opstår maskeret sorg fordi den efterladte på tabstidspunktet ikke er i stand til at udtrykke sin sorg adækvat. Således kommer sorgen til udtryk ad andre veje, fx som fysiske symptomer eller som uhensigtsmæssig adfærd. Den store forskel på denne form for kompliceret sorg og de andre former er, at den efterladte ikke umiddelbart kæder symptomerne og sorgreaktionen sammen. Derfor kan det være svært at behandle maskeret sorg, før den efterladte har indset, at det er sorg der er årsagen til hans symptomer.

Sammenfatning

Freud (1917) beskæftigede sig ikke ret meget med begrebet kompliceret sorg, men mente, at sorgen blev patologisk, fordi individet grundet konflikten i dets ambivalente forhold til det tabte objekt var

nødt til at bebrejde sig selv for tabet af objektet. Herved opstår den selvbebrejdende adfærd, som er typisk for melankoli. Melankolien er således en patologisk reaktion på tabet. Senere teoretikere, som har diskuteret og udbygget Freuds syn på forholdet mellem sorg og depression, har i tråd med hans forståelse af dette udviklet begrebet om patologisk sorg, så den mentale repræsentation af objektet kommer til at eksistere som et introjekt, uden at kunne identificere sig med egoet.

Til forskel herfra bygger Della Selva (2001) lige som Bowlby, Worden og Parkes sin forståelse af kompliceret sorg op om, at der findes flere forskellige typer. De to typer af kompliceret sorg som disse teoretikere er enige om, er kronisk sorgreaktion og forlænget fravær af sorg; denne type kalder Della Selva dog for kronisk følelsesdistancering. Kronisk sorg er en type af kompliceret sorg, hvor den efterladtes sorg ikke vil tage ende, og hvor hun selv efter flere år stadig føler sorgen lige så intenst som lige efter tabet. Som i eksemplet hos Parkes(1996), med kvinden som ikke kunne omtale sin søns død uden at komme til at græde, vil der hos den efterladte være en tendens til at denne intense sorg bliver en forsvarsmekanisme for den efterladte mod at erkende tabet.

Ved forlænget fravær af sorg, eller kronisk følelsesdistancering bliver sorgen udskudt, og den efterladte vil forsøge at undertrykke smerten ved tabet ved at fortsætte hverdagen, som om intet var hændt. Sorgen vil dog sjældent kunne undertrykkes effektivt og vil derfor på et tidspunkt indhente den efterladte, og reaktionen vil ofte være voldsommere, fordi den så længe har været undertrykt.

Kapitel 3: Depression

Depression og kompliceret sorg har mange fællestræk, hvad angår deres symptomer. For at kunne diskutere, hvorledes disse to patologiske tilstande ligner hinanden, og hvor de divergerer, vil jeg i dette afsnit forsøge at beskrive hvad depression er. Her vil jeg både give en beskrivelse af depression set fra et tilknytningsperspektiv og set fra et psykodynamisk perspektiv.

Det psykodynamiske perspektiv

Freud

Freud (1917) beskrev depression, eller melankoli, som en tilstand, der minder om sorg. Både ved melankoli og i forbindelse med sorg opstår der symptomer som interesseløshed i omverdenen, pinefuld modløshed, og tab af evnen til at rette sin kærlighed ud i verden. Ydermere vil selvværdet ifølge Freud hos den deprimerede forringes så meget, at den deprimeredes tanker og følelser om sig selv vil være fyldt af selvkritik og selvbebrejdelser.

Både den sørgende og den deprimerede er ramt af tab af et objekt eller af tab af objektets kærlighed, men med den forskel at tabet for den som rammes af melankoli, ikke er bevidstgjort. Den som rammes af melankolien, har måske nok erkendt tabet af den afdøde, men ikke hvad det var i relationen til objektet, som hun har mistet.

Til trods for at den melankolske patient på den ene side har været stærkt fikseret på det tabte objekt, så er relationen til det ikke så stærk hos den melankolske patient som hos den normale sørgende, da den deprimerede er hurtigere til at frigøre den libido, som er knyttet til objektet. Herefter sker der dog noget andet end ved normal sorg, i stedet for at rette den frigjorte libido ud i verden igen trækker individet denne libido, som er knyttet til det tabte objekt, tilbage til egoet. Dette medfører at egoet identificeres med det tabte objekt, men da objektet er gået tabt, vil denne identificering med objektet i stedet for objekttab føre til egotab. Dermed opstår der hos den deprimerede en følelse af tab af selvværd og tab af evnen til at rette sin kærlighed mod omverdenen.

Dette sker, fordi den deprimerede patient har en tendens til at træffe narcissistiske objektvalg. Freud forstod et narcissistisk objektvalg som en relation til objektet, som ikke er særlig stærk, og som er præget af et regressivt ambivalent forhold til objektet, samtidig med at den deprimerede patient er besat af objektet og ønsker at identificere sig med dette. Ambivalensen opstår, fordi individet ved at identificere sig med det mistede objekt internaliserer den kærlighed til det, som hun ikke vil opgive, selvom objektet er gået tabt. Samtidig internaliseres imidlertid også hadet til objektet for at have forladt hende, og på denne måde rettes både had og kærlighed mod individets eget ego. For at det skal give mening for individet at identificere sig med det mistede objekt, samtidig med at denne identificering fører til egotab, er individet nødt til at beskyldes sig selv mod tabet af objektet. Herved opstår den selvbebrejdende adfærd, som er typisk for den melankolske patient. Freud mente, at det som sker, når den deprimerede mister objektet, er, at der gennem identificering med det tabte objekt finder en regression sted fra det narcissistiske objektvalg til den underliggende narcissistiske disposition hos den deprimerede patient.

Således opstår depression altså dels som en reaktion på tab, ligesom sorgen gør det, men i stedet for et normalt sorgforløb sker der gennem identificeringen af egoet med det tabte objekt en regression til individets narcissistiske disposition.

Della Selva

Della Selvas (2001) syn på depression bygger på Freuds (1926) og Davanloos (1987) forståelser af dette begreb. Som tidligere nævnt, bygger Della Selvas forståelse af tab på Freuds anden angstteori, som beskriver angsten som et faresignal for individet, om at et traume er ved at opstå. For nogle individer er denne angst for den traumatiske hændelse, som efter Freuds forståelse indebar enten tab af objektet eller tab af objektets kærlighed, så stor, at traumet enten internaliseres eller fortrænges. Della Selva (2001) bygger yderligere på Davanloo (1987) som gennem sit kliniske arbejde med depressive patienter har undersøgt, hvorledes depressionen kan fungere som forsvar for angsten. Davanloo har i sit arbejde med depressive patienter fundet at depression gennem internalisering og fortrængning fungerer som en regressiv forsvarsmekanisme, som patienten benytter for ikke at komme i kontakt, med den angst patienten har for underliggende følelser som skyld, sorg og aggressive impulser. Ved at fortrænge disse emotioner slipper den deprimerede for at skulle mærke smerten ved erkendelsen af dem.

Della Selva (2001) skriver at den deprimerede vil være præget af symptomer som tilbagetrækning, selvbeprejdelse, passivitet, hjælpeløshed, mindreværds og utilstrækkelighedsfølelse som vedkommende vil internalisere som en del af sit selv billede. Jo mere jegsynton det regressiv forsvar er jo sværere vil depressionen blive og den deprimerede vil være præget af langsom tale, passivitet og hjælpeløshed. Den deprimerede vil i et sådant tilfælde, ikke umiddelbart selv kunne knytte passiviteten og hjælpeløsheden til de underliggende følelser som sorg og skyld dels fordi disse emotioner er fortrængt, dels fordi hjælpeløsheden og passiviteten ikke opleves som forsvar, men som en del af den deprimeredes selv billede. Således er den deprimeredes evne til at skelne mellem de forskellige dele af konflikttrekanten forringet, og der ved ske en fusion mellem forsvar og følelser.

Tilknytningsperspektivet:**Bowlby**

Ifølge Bowlby (1980) er depression i langt de fleste tilfælde affødt af, at den deprimerede ikke føler, at hun er stand til at opretholde en affektiv relation og derigennem mister troen på sig selv. Bowlby mener, at dette ofte skyldes barndomstraumer, hvor den deprimerede ikke har kunnet forme en sund og velfungerende tilknytning til sine forældre, til trods for barnets utallige forsøg på at gøre netop dette. Dermed vil dette barn som voksen have en tendens til at vurdere tab af tætte relationer på baggrund af denne indlæring, nemlig ved at forstå bruddet på relationen, som om hun ikke var værdig til at blive elsket.

Hun vil ofte have oplevet et tab i barndommen, og hvis dette er tilfældet vil den deprimerede opfatte et hvert forsøg på at skabe relationer som dømt til at mislykkes. Hun vil så at sige forvente tab af den nære relation som værende en selvfølge, og derfor vil hun opleve det som formålsløst at forme affektive relationer i det hele taget.

Den deprimeredes ruminative adfærd opstår, når hun for ikke at mærke smerten ved tabet af de nære relationer bruger ruminationen som forsvarsmekanisme. Hun fortaber sig hermed helt i sin egen lidelse ved hele tiden at bekræfte sig selv i sin egen uduelighed og i, at hun ikke er værdig til at blive holdt af.

Et menneske, som er disponeret for depression, vil benytte undgåelse, ikke som en midlertidig løsning, men som en permanent løsning for ikke at komme til at mærke de underliggende følelser, som har med depressionen at gøre.

Således kan depression ifølge Bowlby både være udløst af et tab eller en anden stressende livsbegivenhed, hvilket kan fungere som forsvar mod at mærke de underliggende følelser.

Parkes

Da Parkes' hovedfokus generelt ligger på sorg og sorgbearbejdning, er det begrænset, hvad han siger om depression, men jeg skal forsøge at give et overblik over hans beskrivelse af dette fænomen. Parkes tager udgangspunkt i John Prices (1967) forklaring af begrebet depression, som et ethologisk fænomen, der opstår fordi mennesket er et socialt væsen. Han mener, at depression opstår som følge af tab af et nærtstående menneske, fordi tabet af den sociale relation samtidig er tab af status i en gruppe, som medfører en følelse af lavt selvværd hos den deprimerede. John Price mener, at de fleste sociale arter har udviklet hierarkiske strukturer, som er med til at forhindre kaos

og befordre samarbejde i gruppen. Dette øger chancerne for overlevelse. På denne måde er depressionen hos den som mister, en naturlig følge af tabet både af den nære relation, men også af den sociale status og beskyttelse, som er væsentlig for overlevelse.

Worden

Worden skriver, at der ved depression lige som ved sorg opstår symptomer som søvnforstyrrelser, manglende appetit, tristhed og gråd. Derudover opstår der ved depressionen som regel en følelse af værdiløshed og lavt selvværd. Den deprimerede føler sig elendigt til mode og tom inden i. Worden skriver, at depression *kan* opstå som følge af tab, men ikke nødvendigvis gør det.

Worden benytter sig af Gerald Klermans (1986) beskrivelse af depression. Ifølge ham er depression ofte udløst af et tab – enten umiddelbart efter tabet eller også på et tidspunkt, hvor den deprimerede bliver mindet om det. Ydermere kan depression fungere som en forsvarsmekanisme mod at mærke sorgen ved tab. Hvis tilknytningsforholdet mellem afdøde og efterladte er præget af ambivalens, vil den efterladte ofte føle stor vrede mod afdøde, og hvis hun ikke er i stand til at bearbejde denne vrede, vil den ofte blive rettet indad. Dermed vil den blive til selvbebrejdelser og befordre udviklingen af en klinisk depression.

Sammenfatning

Sammenfattende er der bred enighed om, at depression er en tilstand præget af selvbebrejdelser, isolering, gråd og generel tristhed, og at denne tilstand kan opstå som følge af tab. Både Freud, Della Selva, Bowlby og Worden mener, at depressionen opstår, fordi den efterladte ikke er bevidst om tabet og de underliggende følelser, som hun er angst for at komme i kontakt med. Således kommer depressionen til at fungere som et forsvar mod at mærke de underliggende følelser, som knytter sig til den relation, den deprimerede har haft til det mistede objekt.

Bowlby er dog ydermere inde på, at depression ofte opstår, fordi den deprimerede ikke er i stand til at forme og opretholde affektive relationer til andre mennesker. Dette sker fordi tab eller andre stressende faktorer fra den deprimeredes tidlige barndom har lært hende, at affektive relationer enten altid mistes, eller at de ikke er mulige at opnå.

Parkes' forståelse af, hvorfor depression opstår som følge af tab, er anderledes. Han mener, at depressionen opstår, fordi der ved tab af et nærtstående menneske også følger et tab af social status og dermed social tryghed. Denne sociale status har betydning for den deprimeredes overlevelse, og dermed er depressionen en naturlig følge af tabet.

Kapitel 4: Forskellen på kompliceret sorg og depression

I dette afsnit undersøges det, hvorledes depression og kompliceret sorgreaktion adskiller sig fra hinanden, og på hvilke punkter der er fællestræk. Ydermere ses her nærmere på, om depression kan opstå som følge af en kompliceret sorgreaktion

Hvad er forskellen på kompliceret sorg og depression?

Teorier

Freud (1917) mente, at melankoli var en patologisk reaktion på tab, hvor tabet hos den melankolske patient ikke var erkendt. Derfor ønskede hun at identificere sit ego med det tabte objekt for at relationen ikke skulle opgives. Da den, som rammes af melankoli, ofte har tendens til at foretage narcissistiske objektvalg, vil relationen være skrøbelig, og den libido, som er knyttet til det tabte objekt, vil hurtigt kunne frigøres. Libidoen rettes imidlertid ikke ud i verden igen, men mod melankolikerens ego og identificeres hermed. Således slipper hun for at skulle opgive relationen til det tabte objekt, men da objektet jo er tabt, vil objektidentificeringen som tidligere nævnt føre til egotab. Ydermere vil hun internalisere den ambivalens, som eksisterer i relationen til objektet, og hun vil således være nødt til at bebrejde sig selv for tabet, fordi hun kun kan komme ud af de ambivalente følelser ved at rette skylden for tabet mod sig selv.

Således opfattede Freud melankoli som den patologiske reaktion på tab, hvor den internaliserede ambivalens vedkommende havde i relationen til det mistede objekt, gør sorgprocessen patologisk.

Volkan (2007) har efterfølgende udviklet en supplerende beskrivelse af patologisk sorg ud fra netop Freuds tanker om måden depression og sorg hænger sammen på. Denne kalder han for *perennial mourning*, eller vedvarende sorg. Mennesker, som lider under vedvarende sorg, kan ikke identificere sig med den mentale repræsentation af det tabte objekt, men de kan heller ikke finde de nødvendige ressourcer til at eksternalisere denne objektrepræsentation. Så til forskel fra den deprimerede, som retter den libido, der var knyttet til det tabte objekt mod sit eget ego, og som hun derefter har identificeret sig med, så sker denne identificering ikke hos den, som lider under vedvarende sorg. Her rettes den mentale repræsentation mod egoet, men uden at den efterladte er i stand til at identificere sig med denne. Dermed kommer den mentale repræsentation af det tabte objekt til at eksistere som et introjekt i den efterladte, som vedkommende hverken kan internalisere eller rette ud i verden igen.

Bowlby (1980) beskriver ligesom Freud depression som en form for kompliceret sorg. Bowlby mener, at de fleste depressioner er udløst af tidligere eller nuværende sorg over et tab. Dette forsøger han at vise i sine undersøgelser, hvilket jeg kommer nærmere ind på i det næstfølgende afsnit.

Della Selvas (2001) beskrivelse af forskellen på depression og kompliceret sorg ligger relativt tæt op ad Bowlbys og Parkes' forståelse af det. Hun ser depression som havende to mulige relationer til kompliceret sorg: For det første kan den komplicerede sorg ganske enkelt være maskeret som depression. Her bygger della selv på Davis (1998), som beskriver patologisk sorg som den store bedrager og mener, den kan optræde både som depression og angst. Ydermere bygger Della Selva sin beskrivelse af forskellen på depression og kompliceret sorg på Bowlbys sorgfaser. Della Selva skriver, at for den efterladte, som sidder fast i den fase, som Bowlby beskriver som desorganisering eller fortvivlelse, vil sorgen blive til depression og håbløshed. For det andet kan depressionen ifølge Della Selva være et regressivt forsvar, den efterladte benytter sig af for ikke at skulle mærke sorgens emotioner.

Worden (2008) skriver at patologisk sorg og depression forholder sig til hinanden på følgende måde: Både ved depression og sorg ser man typisk symptomer som søvnbesvær, vanskeligheder med at spise og intens gråd og sorg. Dog er der ikke nødvendigvis i forbindelse med en kompliceret sorgreaktion noget tab af selvværd, som det er typisk ved depression. Her refererer Worden til Freuds (1917) beskrivelse af forskellen på depression og sorg. Freud mente, at depression, eller melankoli, var meget lig normal sorg, og at depression kunne optræde som en patologisk form for sorg. Dog mente han, at de vrede impulser i relationen til afdøde blev rettet indad, når der opstod melankoli hos patienten.

Worden beskriver ydermere, hvordan den nuværende DSM-IV diagnose af kompliceret sorg koncentrerer sig om den efterladdes vanskeligheder med at erkende tabet og de kognitive emotionelle og sociale vanskeligheder, som kan opstå herved. Således kan depression ifølge Worden (2008) være udløst af en kompliceret sorg reaktion, men er det ikke nødvendigvis.

Parkes (1996) skriver ikke ret meget om depression, men han beskriver kort i forbindelse med et studie af psykiatriske patienter, som havde mistet deres ægtemænd, og normale enker, at de fleste symptomer for de to grupper syntes at være de samme, med én undtagelse, nemlig at skyld og

selvbebrejdelser var hyppigere hos de psykiatriske patienter end hos de normale enker. I sin konklusion skriver han, at kompliceret sorg kan vise sig som depression.

Lige som Worden mener Parkes således, at der når den komplicerede sorg bliver til depression, vil der være et tab af selvværdsfølelse. Men selvom Worden nævner, at sorg kan blive til depression, så skriver han ikke direkte, at depression kan optræde som en form for kompliceret sorg, således som Parkes indikerer det her.

Forholdet mellem sorg, patologisk sorg og depression ser altså ud til at være mere kompliceret end som så. Freud (1917) og Volkan (2007) syntes at mene, at depressionen p.g.a. ambivalens kunne gøre sorgen patologisk. Ydermere anfører Volkan, at sorgen kan blive patologisk uafhængigt af melankoli, hvis den efterladte ikke er i stand til at internalisere objektrepræsentation i egoet, og denne i stedet kommer til at eksistere som et introjekt. Både Parkes (1996) og Della Selva (2001) er inde på, at depressionen kan fungere som et regressivt forsvar mod at mærke sorgen, og at den komplicerede sorg kan forklæde sig som depression. Problemet med at konkludere ud fra Freuds og Volkans og for så vidt også Della Selvas syn på forholdet mellem depression og kompliceret sorg er dels, at Freud næsten ikke beskæftiger sig med begrebet patologisk sorg. Dette gør Volkan og Della Selva til gengæld, men deres opfattelser af begrebet patologisk sorg er ikke ens. Volkan (2007) bygger sit begreb om vedvarende sorg op omkring en Freudiansk tankegang, hvor individet retter den mentale repræsentation af det tabte objekt mod egoet, men er ude af stand til at internalisere denne objektrepræsentation. Della Selva (2001) bygger sin beskrivelse af begrebet om patologisk sorg op omkring Bowlbys og Lindemanns beskrivelser af dette begreb, hvor den efterladte så at sige kommer til at sidde fast i sorgens faser og ikke kan komme videre. Hendes beskrivelse af både depression og sorg bygger mere på Davanloo, Malan og Freuds begreber om disse faktorer. Hun opfatter depression som et udtryk for et regressivt forsvar for angsten for at mærke de underliggende følelser, som er en del af sorgen. Ydermere er både Freuds, Della Selvas og Volkans arbejder udelukkende et resultat af teoretisk og klinisk arbejde med klienter. Således divergerer disse teoretikere i spørgsmålet om, hvorvidt depression udgør en form for patologisk sorg, eller om depression er den patologiske form for sorg. Vi kan heller ikke vide om folk, som lider under almindelig sorg og ikke kommer i behandling, har samme symptomer som Freud, Volkan og Della Selva beskriver, at klienter med depression og kompliceret sorg har. Hvis man derfor skal nå frem til en mere generaliseret forståelse af den præcise sammenhæng mellem sorg, kompliceret sorg og depression i forhold til, om kompliceret eller patologisk sorg skal optræde som selvstændig

diagnose i den kommende DSM-V manual, må sammenhængen mellem disse fænomener også undersøges empirisk. Ganske vist bygger Della Selva sin beskrivelse af kompliceret sorg delvist på undersøgelser, som Lindemann har foretaget i Connecticut (1945), men disse undersøgelser dækker kun psykosomatiske symptomer opstået på grund af sorg, og dermed ikke resten af begrebet kompliceret sorg.

Empiriske undersøgelser

Bowlby (1980) bygger sin beskrivelse af både sorg og depression op omkring empiriske studier af disse to fænomener, og finder, at der er en sammenhæng mellem disse to, hvilket vi skal se i det næstfølgende afsnit. Desuden bygger han sin beskrivelse af kompliceret sorg delvist på Parkes' Bethlemstudier (1972). Problemet er, at Parkes ikke skriver ret meget om depression, da hans udgangspunkt er sorgarbejde, og dermed er det svært herudfra at danne sig et klart billede af den præcise sammenhæng mellem sorg, kompliceret sorg og depression. Desuden undersøger Bowlby ikke relationen mellem patologisk sorg og depression empirisk, men kun sammenhængen mellem sorg og depression.

Evidensen omkring netop forholdet mellem kompliceret sorg og depression er sparsom, også fordi diagnosen kompliceret sorg er så relativt ny, da man netop tidligere har diagnosticeret det som depression, PTSD eller angst som følge af tab.

Worden skriver dog (2008), at Prigerson et al. (1995) brugte allerede indsamlede data fra et studie med ældre mennesker til at faktoranalysere målene for sorg og depression. Her fandt de, at depression og kompliceret sorg med meget lille overlap faktisk er to separate faktorer.

Flere nyere undersøgelser har repliceret disse fund. Både Georg A. Bonnano et al. (2007) og Let Dillen et al. (2009) bekræfter de hidtidige studiers fund omkring kompliceret sorgs uafhængighed af PTSD, angst og depression.

Let Dillen et al. (2009) studier replicerer tidligere undersøgelser fund, bla. Prigerson et al. (1995) undersøgelser, som påviser, at den komplicerede sorgs fænomenologi adskiller sig klart fra både depression og angst. Let Dillen et al. (2009) nævner i deres artikel et andet væsentligt studie af Melhem et al. (2004a og 2004b), som viser, at kompliceret sorg kan ses som en selvstændig faktor, der kan adskilles fra depression og PTSD. Gennem det sidste årti synes der gennem studier som replicerer Prigerson et al.'s fund at være nået en enighed om kompliceret sorg som et fænomen, der er klart adskilt fra både depression og angst, og som rammer ca. 10-15% af voksne mennesker som

har lidt et tab. Ydermere kommer kompliceret sorg til udtryk i symptomer som kronisk pinefuld længsel efter afdøde, problemer med at acceptere, at tabet har fundet sted, problemer med at have tillid til andre mennesker, følelsesløshed, og tanker om en trøstesløs fremtid.

Let Dillen et als. (2009) første studie undersøger den indbyrdes korrelation for faktorerne depression, angst og kompliceret sorg gennem faktoranalysering af følgende spørgeskemaer: (*Traumatic Grief Inventory for Children*) TGIC, (*Becks Depression Inventory for Youth*) BDI-Y og (*Becks Anxiety Inventory for Youth*) BAI-Y.

De finder samstemmende med tidligere studier af voksne, at kompliceret sorg, depression og angst er tre adskilte faktorer³. Dog viser undersøgelsen også, til forskel fra hvad tidligere studier peger på, at de tre faktors interne korrelation er moderat. Korrelationen mellem kompliceret sorg og depression var 0.48 mens den mellem kompliceret sorg og angst var 0.41, og korrelationen mellem depression og angst var 0.83. Derfor vil kompliceret sorg have tendens til at optræde samtidig med depression og angst. Til diskussion, af hvorvidt korrelationen mellem depression og kompliceret sorg er for høj til, at man kan adskille de to faktorer, kan man sige, at for det første diagnosticeres depression og angst som to forskellige faktorer til trods for deres indbyrdes ret høje korrelation, hvilket må give grund til at formode at man således også kan opfatte kompliceret sorg som et fænomen adskilt fra depression og angst. For det andet kan man se ved at tage kvadratet af korrelationskoefficienten (mellem depression og kompliceret sorg), at depression kun 'forklarer'⁴ 23% af den samlede varians på den komplicerede sorg. Der er altså 77% af variansen på kompliceret sorg, som ikke 'forklares' ved depression. Forfatterne konkluderer derfor, at kompliceret sorg synes at have en symptomatologi, som er adskilt fra angst og depression, men at yderligere undersøgelser er nødvendige for at kunne stadfæste kompliceret sorg som selvstændig diagnose. Forfatterne problematiserer dog også, at det er muligt at de spørgeskemaer, som er brugt i denne undersøgelse, ikke dækker alle dele af variansen på kompliceret sorg. Ydermere skriver de, at da diagnosen for kompliceret sorg er ændret i den nye DSM V fra kompliceret sorg til (Prolonged Grief Disorder) PGD, bør sammenhængen mellem depression, angst og denne nye diagnose

³ Se bilag 2

⁴ 'Forklarer' er her sat anførselstegn, da det her skal forstås i rent statistisk forstand. Hvis det er den komplicerede sorg, der har udløst depressionen, går årsagspilen den modsatte vej. Man kan også forestille sig, at andre fælles faktorer har udløst begge dele, jf. s. 51

undersøges, selvom den indeholder hovedsageligt de samme elementer som den gamle diagnose for kompliceret sorg.

Georg A. Bonnano et al.(2007) har i deres studier undersøgt, om kompliceret sorg har en effekt på individets psykologiske funktion målt gennem (GAF) *Global Assessment of Functioning*, som er uafhængig af den effekt, depression og PTSD har. De gennemfører et struktureret interview⁵, hvor de finder de at kompliceret sorg forklarer 5% af variansen, mens depression og PTSD henholdsvis forklarer 3% og 2% af variansen af GAF målene. Desuden foretager de et semistruktureret interview med deltagerne, hvor kompliceret sorg forklarer 7% af variansen, mens depression forklarer 4% og PTSD målene forklarer 1%. Det ser altså ud til, at kompliceret sorg har betydning for den efterlattes psykologiske helbredstilstand uafhængigt af PTSD og depression. Selvom forfatterne anerkender, at kompliceret sorg har en egen fænomenologi adskilt fra PTSD og depression, mener de dog alligevel, at det vil kræve stærkere og mere omfattende empiri at indføre kompliceret sorg som en særskilt diagnose i den kommende DSM-V.

Samlet set kan vi sige, at disse to undersøgelser replicerer tidligere fund, som peger på, at kompliceret sorg har en selvstændig fænomenologi, der er uafhængig af depression. Og at kompliceret sorg har en selvstændig indflydelse på den efterlattes psykiske velbefindende. Dog mener begge artiklers forfattere, at der skal flere undersøgelser til for at stadfæste den præcise sammenhæng mellem de to fænomener. Ydermere kan der være et problem i, hvilket Let Dillen et al.(2009) også nævner, at den kommende diagnosticering af kompliceret sorg i DSM-V er ændret til *Prolonged Grief Disorder* (PGD). Selvom de fleste symptomer i denne diagnose er de samme som for diagnosen kompliceret sorg i DSM-IV er der dog enkelte ændringer, og det vil være af betydning for fremtidige studier at inkludere disse reviderede kriterier i undersøgelsen af kompliceret sorgs adskilte fænomenologi fra depression.

Kan depression være udløst af sorg og eller kompliceret sorg?

Freud (1917) mente, at den deprimerede lige som den sørgende også havde været udsat for en eller anden form for tab, men at betydningen af tabet ikke var bevidstgjort. Således kunne den deprimerede godt vide hvem hun havde mistet, men ikke hvad det var hos den mistede person, som havde betydning og som nu var gået tabt. Således mente Freud, at depression kunne opstå som en reaktion på tab i stedet for sorg.

⁵ Studiet undersøgte 73 deltagere

Della Selva (2001) skriver som tidligere nævnt, at kompliceret sorg kan være maskeret som depression. Hun skriver med baggrund i Bowlbys faser, at hvis den efterladte kommer til at sidde fast i desorganiserings- og fortvivlelsesfasen, så vil den patologiske sorg komme til udtryk som depression. Ydermere skriver Della Selva med baggrund i Bowlby (1970), Stern (1985) Mann (1973) og Engel (1961), at mange tab i løbet af tilværelsen vil have en markant indvirkning på individets selvbillede og selvtillid - to faktorer som korrelerer højt med netop depression.

Worden (2008) skriver om sorg i det hele taget, at den kan udvikle sig til depression. Ligesom Della Selva er inde på det, peger han desuden på, at depression kan fungere som et forsvar mod at mærke sorgen. Ved at rette de ambivalente følelser, som den efterladte har i relationen til afdøde, mod sig selv, kan hun undgå at mærke de ambivalente følelser og smerten ved sorgen i forbindelse med tabet af afdøde.

Bowlby bygger sin antagelse om at depression i høj grad er udløst af tab på et studie af Brown og Harris (1978). De delte deres sample op i 4 grupper: 1) patienter i psykiatrisk behandling, 2) depressive, som ikke var i behandling, 3) normale og 4) (borderline) forstået som på grænsen til at blive deprimerede, her kalder jeg dem for at undgå misforståelser for grænse tilfælde. I gruppen af grænsetilfælde, depressive uden for behandling og normale var der 458 kvinder, i gruppen af patienter var der 114 kvinder. Ud af de 458 var 76 deprimerede med, som ikke var i behandling. I ca. halvdelen af disse (39) tilfælde havde symptomerne varet over 1 år, og de resterende 37 kvinder havde oplevet symptomernes begyndelse inden for det seneste år. Disse kvinder blev kategoriseret som begyndende deprimerede.

Undersøgelsens mål var at finde ud af, om der er en sammenhæng mellem en alvorlig og truende begivenhed og udløsning af depression. Her fandt Brown og Harris store forskelle mellem de psykiatriske patienter, de begyndende deprimerede og sammenligningsgruppen, som bestod af de normale og grænsetilfældene.

I patientgruppen havde 61% oplevet en alvorlig eller truende begivenhed gennem den forudgående periode. Hos de begyndende deprimerede havde 68% oplevet en alvorlig eller truende begivenhed, mens kun 20% af sammenligningsgruppen i den forudgående periode havde oplevet en alvorlig eller truende begivenhed. Når begivenhedernes karakter blev undersøgt nærmere, var størstedelen af dem tab eller forventede tab.

Ydermere så Brown og Harris i dette studie på, hvorledes sammenhængen mellem tab i barndommen og depression var hos de ovenfor nævnte grupper. Her fokuserede de hovedsageligt på tab af en mor eller en far. De fandt, at i patientgruppen havde 10,5% mistet en mor i barndommen, mens det for gruppen med begyndende deprimerede var 22,4%, i gruppen for normale og grænsetilfælde var det kun 6%, der havde mistet deres mor i barndommen. Ved tab af fædre var mønstret det samme, men ikke helt så tydeligt, idet 15,8% af patienterne havde mistet deres far, 17,1% af de begyndende deprimerede havde mistet en far, mens kun 11,5% af sammenligningsgruppen havde mistet en far.⁶

Undersøgelsen pegede altså på, at der i både gruppen for patienter i behandling og i gruppen for deprimerede, som ikke var i behandling, var en højere andel, som havde været udsat for en stressende livsbegivenhed end der var i gruppen for normale. Desuden viste undersøgelsen, at flere i både patientgruppen og gruppen af deprimerede uden for behandling havde mistet en mor eller en far end i gruppen af normale individer.

I en nyere artikel undersøger Jeffery G. Johnson et al. (2008) risikoen for depression og selvmord som følge af tabet af en ægtefælle. Undersøgelsen viser, at der er en sammenhæng mellem dependens i forholdet til afdøde og risikoen for depression som følge af tabet. Ydermere viser undersøgelsen også, at der er en sammenhæng mellem den måde den efterladte er blevet behandlet på i sin barndom og så den efterladdes interpersonelle dependens og selvtillid. Det vil sige, at jo mere forældrene har været hårde, kontrollerende eller overbeskyttende, jo dårligere selvtillid og jo mere dependent tilknytning vil hun ofte have.

Således konkluderer Bowlby (1980) og Johnson et al. (2007), at tab i hvert tilfælde kan udløse depression. Men er depressionen så nødvendigvis udløst af kompliceret sorg?

En af de ting, som er væsentlig at nævne her, er, at dependens i relationen til afdøde både ser ud til at være en risikofaktor for kompliceret sorg og for depression. Vi kan derfor ikke alene på denne baggrund konkludere, at depression kan udløses af kompliceret sorg, men blot nævne, at de sandsynligvis vil have stor risiko for at optræde samtidig i tilfælde, hvor efterladte ser ud til at have en dependent tilknytning til afdøde.

Yderligere refererer Let Dillen et al. (2009) en undersøgelse fra Melhem et al. (2004a og 2004b), som udover at stadfæste kompliceret sorg som en selvstændig faktor adskilt fra depression og

⁶ Se bilag 3

PTSD også finder, at kompliceret sorg kan udløse depression og ydermere kan have indflydelse på depressionens forløb. Dette gælder også, når der kontrolleredes for baseline depression.

Sammenfattende kan vi sige, at teoretikere som både Della Selva (2001) og Parkes (1996) mener, at depression kan optræde som en forklædt form for kompliceret sorg, og Worden (2008) og Della Selva (2001) er af den opfattelse, at depression også udløses som et forsvar mod at mærke sorgen, så den efterladte undgår at tackle sin ambivalens i relationen til afdøde. Der ser da også ud til at være evidens for, at sorgen over tabet af et nærtstående menneske kan udvikle sig til depression hos den efterladte, og at depression og kompliceret sorg kan udløses af nogle af de samme faktorer, nemlig dependens og ambivalens i forholdet til afdøde. Ydermere viser et enkelt studie fra Melhem et al. (2004a og 2004b), at kompliceret sorg ser ud til at være en selvstændig risikofaktor for udviklingen af depression. Men empirien er spinkel på dette punkt, og der skal yderligere undersøgelser til at replicere disse fund.

Er der forskel på almindelig depression og depression udløst af sorg?

Jeg vil i dette afsnit koncentrere mig om at finde ud af, om depression udløst af sorg er anderledes end ikke tabsrelateret depression. Problemet med de teoretikere, jeg beskæftiger mig med i dette projekt, er, at deres hovedfokus er kompliceret sorg og forholdet mellem kompliceret sorg og depression. Denne litteratur siger derfor ikke så meget om forholdet mellem tabsrelateret depression og almindelig depression.

Freud (1917) beskriver depressionen som den patologiske reaktion på sorg og synes dermed ikke at skelne mellem tabsrelateret depression og andre former for depression. Parkes (1996) og Worden (2008) skriver kun enkelte steder om depression, og her omfatter beskrivelsen altid relationen til sorg. De redegør derfor heller ikke som sådan for forskellen på tabsrelateret og almindelig depression. Della Selva beskriver depressionen som en regressiv forsvarsmekanisme mod at mærke underliggende følelser. Hun bemærker, at depression også medfører, at evnen til at skelne mellem de forskellige dele af konflikttrekanten bliver svækket. Desuden kommer hun ind på, at patologisk sorg kan være maskeret som depression. Men heller ikke hun skriver mere dybdegående om hvorvidt depression grundet tab er forskellig fra depression uden forudgående tab.

Derfor er fokus i dette afsnit to studier, som netop søger svar på dette spørgsmål.

DSM-III og DSM-IV har givet tabsrelateret depression en speciel status, hvorved folk, som opfylder kriterierne for både normal sorg og depression, ikke diagnosticeres som deprimerede, fordi

det i DSM-III er beskrevet, at tabsrelateret depression, som opfylder kriterierne for normal sorg, divergerer markant fra andre typer af depression, Kendler og Zishook (2007).

Kendler og Zishook (2007) har undersøgt, om symptomerne på tabsrelateret depression er anderledes end symptomerne på en almindelig DSM-IV diagnostisk depression. Desuden har Kendler, Meyers og Zishook (2008) undersøgt, hvorvidt tabsrelateret depression er anderledes end depression udløst af andre stressende livsbegivenheder.

I den første artikel af Kendler og Zishook (2007) undersøges det gennem et litteraturstudie om depression udløst af sorg er anderledes end DSM-IVdiagnostisk depression. Forfatterens hypotese var, at tabsrelateret depression er sammenlignelig med den almindelige depressionsdiagnose. I forhold til de følgende faktorer var resultaterne til støtte for forfatterens hypotese: alder, social støtte, helbred, kliniske træk ved de to diagnoser, immunologiske studier, søvnstudier, varighed af symptomer og behandling. For resten af faktorerne: tidligere tilfælde af depression i familien, tidligere tilfælde af depression hos den deprimerede selv, social støtteendokrine studier, var resultaterne ikke entydige.

Forfatterne konkluderer, at der synes at være en overvejende tendens til at depression som følge af tab ikke divergerer fra almindelig depression.

I den anden undersøgelse fra 2008 har Kendler, Meyers og Zishook undersøgt, om tabsrelateret depression er anderledes end depression udløst af andre stressende livsbegivenheder. Deres undersøgelsesgruppe består af 82 individer, som lider under tabsrelateret depression, og 224 individer, som lider under depression udløst af andre stressende faktorer. Det skal her nævnes, at individer med depression, som er opstået uden forudgående livsbegivenheder, er skåret fra undersøgelsesgruppen. Desuden blev de individer, som er i gruppen af mennesker, som led under depression grundet andre stressende livsbegivenheder, valgt ud fra tre specifikke kategorier af livsbegivenheder: 1) tab af arbejde, 2) sygdom og 3) skilsmisse. Således er disse deprimerede også deprimerede grundet en eller anden form for tab, og det er sandsynligt, at disse ikke vil divergere meget fra deprimerede, hvis depression er udløst af tabet af et andet menneske. Undersøgelsen finder da også, at lighederne mellem depression udløst af sorg og depression udløst af andre stressende livsfaktorer er større end forskellene. Både begyndelsestidspunkt og varighed af symptomerne var sammenlignelige i de to grupper. Ligeledes var alvorligheden af patienternes symptomer, selvmordsrisikoen, søvnproblemer, svækket appetit, risiko for yderligere depressive

perioder i fremtiden også sammenlignelige. Dog var der enkelte forskelle mellem de to grupper. Dels opstod tabsrelateret depression hyppigere hos kvinder, og disse synes at være lidt ældre, dels synes de at være præget af mindre skyld i forbindelse med depressionen, og de havde mindre grad af neurotiske træk end de, som var deprimerede grundet andre livsfaktorer.

Forfatterne konkluderer derfor, at resultaterne overvejende peger på, at tabsrelateret depression ikke skal behandles anderledes end depression opstået på grund af andre stressende livsfaktorer, da lighederne mellem de to diagnoser overskygger forskellene. Et problem ved denne sidste undersøgelse er dog, at kriterierne for gruppen, som led under andre stressende livsfaktorer, var koncentreret om tre faktorer, som også alle kan siges at være relateret til tab, selvom det ikke er forbundet til et dødsfald, nemlig tab af arbejde, sygdom og skilsmisse. Yderligere blev deprimerede, som ikke led under forudgående stressende livsbegivenheder, valgt fra i denne undersøgelse. Undersøgelsen siger derfor ikke noget om, om der er en forskel på depression uden forudgående stressende livsbegivenheder og depression udløst af tab.

Sammenfatning

Sammenfattende kan vi sige, at depression og kompliceret sorg, ser ud til at være to forskellige faktorer, som dog deler risikofaktorer, som dependent tilknytning, ambivalent tilknytning og manglende social støtte. Desuden ser der ved depression ud til at være et tab af selvtilid og selvværd, som ikke nødvendigvis opstår ved kompliceret sorg. Dog beskriver Della Selva (2001), at både Bowlby og Stern har fundet evidens for, at der ved mange tab kan opstå et negativt selvbillede hos den efterladte.

Der synes at være evidens for, at depression kan være udløst af tab og normal sorg. Ydermere viser et enkelt studie af Melhem et al. (2004), at kompliceret sorg ser ud til at kunne udløse depression og også har indflydelse på depressionens forløb. Der er dog stadig behov for yderligere undersøgelse med hensyn til kompliceret sorgs adskilte fænomenologi i forhold til den kommende DSM-V diagnose, specielt fordi kriterierne for diagnosticering af kompliceret sorg her er revideret og diagnosens navn ændret til *Prolonged Grief Disorder* (PGD). Desuden synes der at være evidens for, at depression som følge af tab ikke divergerer markant fra depression som følge af andre stressende livsfaktorer – som nævnt med det forbehold, at de andre stressende livsfaktorer også var tabsrelaterede, omend tabene ikke skyldtes dødsfald.

Kapitel 6: Behandling

Oprindeligt ville jeg i dette afsnit undersøge, hvorledes den tilknytningsfokuserede behandling divergerede fra den psykodynamiske for hver af de tre diagnoser; kompliceret sorg, depression, og normal sorg, men af afgrænsningsmæssige årsager, og fordi mit hovedfokus er på kompliceret sorg, har jeg valgt kun at beskæftige mig med behandling af depression og normal sorg i det første mere generelle afsnit om behandling. Dernæst vil jeg i de to næstfølgende afsnit koncentrere mig om forskellene mellem psykodynamisk behandling af kompliceret sorg og tilknytningsfokuseret behandling af kompliceret sorg, og hvilken effekt disse terapeutiske tilgangsvinkler på sorgforløbet har.

Behandling af depression og normal sorg:

Hjælp til den sørgende

Freud (1917) mente ikke at terapeutisk behandling eller samtaleterapi var nødvendig for den, som gennemgik et normalt sorgforløb. Selvom sorgens symptomer meget ligner symptomerne for melankoli, mente Freud, at da de netop kunne forklares gennem objekttabet, så kunne disse symptomer ikke ses som patologiske. Efter hans opfattelse skulle den sørgende selv skulle gennemgå denne proces, og enhver form for terapeutisk intervention ville være nytteløs og endda skadelig. Della Selva (2001) beskæftiger sig med begrebet normal sorg, men adskiller ikke klart terapeutisk behandling af den normale sorg og af patologisk sorg. Derfor har jeg valgt at beskrive hendes behandling af sorg i afsnittet om behandlingen af kompliceret sorg. Bowlby (1980) skriver i det hele taget ikke meget om behandling, men omtaler dog et studie af Raphael (1977), som undersøger effekten af den terapeutiske intervention hos patienter i høj risiko for at udvikle patologisk sorg. Dette vil jeg gå mere ind i en beskrivelse af senere. Her vil jeg blot nævne, at undersøgelsen viste, at 20% af dem, som forventes at få et normalt sorgforløb, faktisk ikke får det. Mange af dem støder antagelig på vanskeligheder, som gør dem ude af stand til at overkomme sorgarbejdet selv. Spørgsmålet er så, om disse mennesker kunne have haft gavn af en eller anden form for terapeutisk rådgivning og hjælp?

Både Parkes (1996) og Worden (2008) nævner, at medmenneskelig omsorg fra et menneske som er villig til at lytte, synes at have stor positiv effekt også for mennesker som forventes at have et normalt sorgforløb. Parkes (1996) bruger en del plads på en detaljeret beskrivelse af, dels hvorledes pårørende og venner til den efterladte kan være til hjælp, og dels hvordan en rådgiver eller terapeut kan være til hjælp for den, som gennemgår normal sorg. Ligesom hos Freud er udgangspunktet, at

den sørgende skal gennemgå sorgforløbet i sit eget tempo, men til forskel fra Freud mener Parkes, at den hjælpende alene ved sin tålmodige tilstedeværelse kan have en stor positiv effekt på den efterlattes sorgproces. Familie og venner har en stor opgave i at hjælpe den efterladte med praktiske og dagligdags opgaver, så den sørgende bliver fri til at koncentrere sig om sorgarbejdet. I løbet af sorgforløbet vil der ofte opstå vrede, som også kan blive rettet mod hjælperen, og her kan det være til hjælp for den sørgende, hvis hjælperne, uanset om det er familie, venner eller en terapeut, udtrykker forventning om og accept af, at vrede og sorgfyldte følelser kan blive rettet mod dem, og at det er en normal del af sorgen. Når sorgen bryder igennem hos den sørgende, mener Parkes (1996), at hjælperen har en yderst væsentlig funktion i også at udtrykke egne følelser omkring sorgen. Ved at vise, at hun ikke er bange for sine egne følelser, viser hjælperen den efterladte, at hendes følelser, hvor pinefulde de end måtte være, er forventelige og nødvendige, for at sorgen bliver normal.

Parkes (1996) mener, at når sorgen først er brudt igennem, så kan det for den efterladte komme til at føles som en pligt over for den afdøde at skulle sørge, og dermed kan det være svært for vedkommende selv at finde en afslutning på sorgprocessen. Her kan det være hjælpsomt, hvis venner, familie eller rådgivere, netop giver udtryk for accept af at sorgen har en begyndelse og en slutning.

I tråd med denne måde at se sorgarbejdet på, hvor både social støtte og somme tider også terapeutisk støtte har en gavnlig effekt har Worden (2008) valgt at dele sit fokus på behandling op i to dele, dels rådgivning eller behandling af akut sorg, og dels terapeutisk behandling af kompliceret, eller patologisk sorg. I dette afsnit vil jeg koncentrere mig om hans beskrivelse af behandlingen af akut sorg.

Worden (2008) skriver at Freuds måde at beskrive normal sorg på, hvor sorgen var den efterlattes egen og ikke skulle forstyrres gennem terapeutisk intervention, skal ses i lyset af, at der i tidligere tider har været stærke sociale og ofte også religiøse måder at forholde sig til sorgen på. Parkes (1996) nævner, at fraværet af sociale normer for sorgprocessen, som typisk ses i de moderne vestlige kulturer, kan gøre sorgen udflydende og uoverskuelig for den efterladte. Selvom ikke alle har følt det gavnligt med de sociale normer omkring et sorgforløb, som især har eksisteret i tidligere tider, så har disse normer måske alligevel været med til at give efterladte lov til at sørge over deres døde. Nutidens mere normløse forståelse af sorg kan derimod henvise den efterladte til en følelse af ensomhed og anormalitet i forhold til de følelser, som hun oplever. Dermed bliver Wordens tanke,

om at også mennesker med akut sorg kan have brug for behandling, relevant. Worden mener dog ikke at alle, som har mistet, alene af den grund bør få behandling. Her henviser han til sin egen undersøgelse, Worden (1996), som viser, at en stor andel af sørgende i høj grad er i stand til at håndtere tabet på egen hånd. Han mener imidlertid, at der er en andel af dem, som lider af normal eller akut sorg, som er i fare for at sorgforløbet belastes, hvis ikke de får hjælp.

Her påpeger han, at psykologisk rådgivning af enten hospicepersonale, psykologer, læger eller andre kan være en hjælp for den efterladte.

Hovedformålet med Wordens tanke om også at behandle patienter med akut sorg er, at disse patienter kan få hjælp til først at acceptere tabet af den nærtstående person, her har den efterladte ofte brug for en rådgiver eller psykolog, som giver sig tid til at lytte på den efterladtes gentagne fortælling om tabet, fordi dette er med til at øge fornemmelsen af, at tabet virkelig har fundet sted. Dernæst er det vigtigt, at behandleren sammen med den efterladte undersøger oplevelser og emotioner, som knytter sig til den relation, hun har haft til afdøde. Her er det væsentligt, at denne undersøgelse både koncentrerer sig om de negative og de positive følelser; såsom sorg, vrede, skyld, glæde og kærlighed og at disse ikke alene opleves på et emotionelt, men også erkendes på et kognitivt plan. Således at den efterladte bliver klar over hvad det er, der føles sorgfyldt, eller hvilke negative følelser, hun nærede for den afdøde og hvorfor. Når den efterladte er blevet klar over sine egne følelser i relationen til afdøde, og hvad hun har mistet, er det væsentligt, at hun får hjælp til selv at kunne skabe sig en tilværelse uden afdøde, men hvor der samtidig bliver plads til at kunne bevare relationen til ham. Dette involverer gennemarbejdning af, hvordan den efterladte bliver i stand til at træffe beslutninger om sit eget liv uden ham, meningen med tabet, og det at skulle knytte sig til et nyt menneske, hvor relationen til afdøde kan sameksistere med denne nye relation. Terapeuten skal ydermere hjælpe den efterladte til forståelsen af, at sorgen tager tid, og at hun ikke er ved at blive sindssyg, fordi hun synes, hun bliver ved med at sanse den afdødes tilstedeværelse, at hun ikke kan holde op med at tænke på ham, eller at hendes evne til at koncentrere sig er nedsat på grund af tabet. Dette er vigtigt for, at den efterladte kan give sig selv lov til at komme til en accept af tabet og normaliteten af hendes egen reaktion.

Depressionsbehandling

Da Freuds (1917) udgangspunkt i artiklen 'Mourning and Melancholia' var beskrivelsen af sorg og melankoli, og ikke hvorledes disse behandles, omfatter hans artikel ikke en lang beskrivelse af den

terapeutiske behandling af depression. Alligevel nævner han enkelte steder hvad han mener, der vil være til nytte for analytikeren at vide i forhold til behandlingen af melankolske patienter.

”It would be equally fruitless from a scientific and a therapeutic point of view to contradict a patient who brings these accusations against his ego. He must surely be right in some way and be describing something that is as it seems to him to be. Indeed, we must at once confirm some of his statements without reservation.” (Freud 1917 s. 246)

Essensen af dette er, at det ikke er væsentligt, om patienten har ret i sine beskyldninger eller ej, men at han ved at udtale sig negativt om sig selv fortæller noget væsentligt om sin egen psykologiske tilstand. Dermed er det væsentligt, at analytikeren ikke modsiger den melankolske patient, fordi det ville give patienten en oplevelse af ikke at blive forstået. Dette ville øge modstanden, og patienten ville holde igen over for terapeuten, hvilket så vanskeliggør undersøgelsen af netop hvad, der har ført til at patienten retter disse beskyldninger mod sit ego.

Dette er den meget korte udgave af Freuds tanker, om hvorledes man som analytiker bør forholde sig til den melankolske patient. Alligevel siger den faktisk en hel del om behandlerens rolle, i forbindelse med klienter, som lider under depression. Man skal dels som psykoanalytiker forholde sig bekræftende til patientens beskrivelse af sin egen psykologiske tilstand, og dels være villig til sammen med patienten at undersøge, hvorfor denne tilstand så er opstået.

Della Selvas (2001) beskrivelse af netop arbejdet med depressive patienter er væsentligt for nærværende projekt, fordi hun til forskel fra Freud skiller behandlingen af depressive patienter fra behandlingen af patienter, som lider under patologisk sorg. Dette sker, fordi hun mener, at depressionen som regressivt forsvar kan være så jegsyntont, at den deprimerede ikke er i stand til at skelne mellem de tre sider af konflikttrekanten. Således kan patienten ikke skelne følelser af sorg fra depressionen, og det regressive forvar denne repræsenterer. Derfor er det nødvendigt, uanset om depressionen fungerer som et regressivt forsvar for sorgen eller som regressivt forsvar for andre uerkendte følelser, med en omstrukturering af patientens forsvar. Dette sker gennem en udforskning af patientens symptomer, karakterstruktur og jegfunktion. Patientens langsomme passive tale og hjælpeløshed må klarlægges og undersøges, således at den depressive patient når til en forståelse af det selvundergravende i denne måde at relatere sig til terapeuten og omverdenen i det hele taget. Først når denne forståelse er opnået, er det muligt gennem pres og udfordring at vende jeg’et mod de jegsyntone karakterforsvar.

Både Parkes (1996) og Worden (2008) nævner kort behandlingen af deprimerede patienter, dog går ingen af dem ret dybt ind i indholdet af denne behandling. Parkes beskriver faktisk kun behandlingen af depression rent medicinsk i forbindelse med behandlingen af sorg. Her skriver han, at antidepressiv medicin kan være et vigtigt led i behandlingen af mennesker, som har udviklet en depression som følge af tab. Specielt depressive, som har generelt langsommere tale og ikke kan sove om natten, ser ud til at have gavn af antidepressiv medicin, som fx. Nor-triptylin, jf. et studie af Pasternak et al. (1994). Worden (2008) skriver tilsvarende meget lidt om den psykoterapeutiske behandling af mennesker med depression, men nævner i forbindelse med sin beskrivelse af behandlingen af overvældende sorg, at depression ofte er en følge af denne type af sorg, og at det her er vigtigt enten gennem klinisk terapi eller psykofarmaka at behandle depressionen, før den underliggende sorg kan blive behandlet. Han nævner også, at terapeuten kan screene for depression gennem Becks depression inventory og bruge denne til at vise patienten egne fremskridt i behandlingen. Bowlby (1988) skriver, som jeg kommer ind på det senere, om tilknytningsbehandling generelt, hvor terapeuten hjælper patienten til en omstrukturering af sin måde at relatere sig til andre mennesker ved først at skabe en tryk base i alliancen til terapeuten, hvorfra klienten kan udforske sin tillærte tilknytningsstil, og de emotioner og kognitioner, som knytter sig til denne. Problemet med både Bowlbys, Parkes' og Wordens måde at se behandlingen af depressive patienter på, er at de ikke giver konkrete bud på, hvorledes behandlingen af depressive patienter skal foregå. Godt nok skriver Bowlby om tilknytningsbehandling generelt, men dette er ikke tilpasset deprimerede klienter, og Worden og Parkes kommer ikke med noget terapeutisk bud på en behandling af deprimerede patienter, de nævner blot, at depressionen er nødt til at blive behandlet, før behandlingen af evt. underliggende sorg kan komme i gang.

Kan psykodynamisk terapi være en vej til behandling af kompliceret sorg?

Freud

Da Freud (1917) jo som sagt mente, at sorg ikke er patologisk, mente han heller ikke, at normal sorg skulle behandles, men skulle have lov at have sit forløb. Derimod mente han, at den som led af melankoli havde en patologisk disposition, og som tidligere nævnt var det, som gjorde sorgprocessen patologisk, internaliseringen af den ambivalens, som knyttede sig til det tabte objekt. Freuds beskriver ikke en særskilt måde, hvorpå analytikeren skal forholde sig til den patologiske sorg. Hans beskrivelse af behandlingen af melankoli er dermed det eneste vi kan benytte os af, når vi skal beskrive, hvorledes hans syn på behandlingen af patologisk sorg må have været. Vi må

således formode, at den undersøgende holdning, som Freud mente terapeuten burde indtage, også omfattede undersøgelsen af den internalisering af ambivalens, som knytter sig til det mistede objekt. Hvorom alting er, nævner han i hvert til fælde kun denne ene måde, hvorpå analytikeren bør forholde sig til den melankolske patient.

Spørgsmålet er så bare, om denne tilgang bør være generel for måden at behandle alle patienter på i det hele taget, eller om det udelukkende gælder for patienter med melankoli? Og hvis det forholder sig sådan, at depression og kompliceret sorg ikke er den samme diagnose, er det så muligt at behandlingen af patienter med depression og behandlingen af patienter som lider under kompliceret sorg ikke skal være ens?

Della Selva

Della Selva (2001) skiller som tidligere nævnt beskrivelsen af behandlingen af patienter med kompliceret sorg fra sin beskrivelse af behandlingen af patienter med depression. Hun bygger sin beskrivelse af arbejdet med patienter, som lider under patologisk sorg på Lindemanns (1944) arbejde med netop denne type patienter. Her opfordres de efterladte til i detaljer at gennemgå relationen til den afdøde gennem udforskningen af både de positive og negative følelser, som har eksisteret i denne relation. Della Selva (2001) skriver, at dette hjælper patienten til at møde den følelsesmæssige smerte, som følger med det at miste et menneske som står én nær uden at behøve at forsvare sig mod den. I modsætning til hendes beskrivelse af behandlingen af depressive patienter går Della Selva her mere direkte ind i en undersøgelse af de følelser, som eksisterer i relationen til afdøde. Della Selva (2001) skriver, at det er vigtigt, at den efterladte gennem behandlingen bliver opmærksom på de forsvar, hun benytter for ikke at komme i kontakt med de følelser, sorgen rummer. Patologisk sorg viser sig ifølge Della Selva ofte i forklædt form som depression, angst eller psykosomatiske symptomer, og hun mener, at det p.g.a. problemets skjulte natur kan være vanskeligt for terapeuten at nå ind til det virkelige problem gennem traditionel analyse. Her trækker hun på Davis' (1988) beskrivelse af Davanloo, som mener, at det patologiske forsvar mod at mærke smerten ved sorgen også viser sig i relationen til terapeuten for at holde ham på følelsesmæssig afstand. Gennem påpegning af disse forsvar kan patienten blive opmærksom på det uhensigtsmæssige i at opretholde dem, og dermed vil hun blive i stand til at komme i kontakt med de underliggende følelser.

Selvom Della Selva (2001) opdeler arbejdet med deprimerede patienter og patienter, som lider under patologisk sorg, så er der stadig et element af sammensmeltning i hendes anskuelse af de to

fænomener og behandlingen af dem. Man kan argumentere for, at når undersøgelser som Let Dillen et al. (2009) har fundet en moderat korrelation mellem depression og kompliceret sorg, og Melhem et al. (2004) har fundet, at kompliceret sorg øger risikoen for at udvikle depression, så kan der være et vist ræson i at behandle depression som et forsvar mod de underliggende følelser. Problemet med dette er blot, at det ikke fortæller noget om, hvorledes man så skal behandle kompliceret sorg, som ikke har en medfølgende depression. Della Selva (2001) skriver også om behandling af psykosomatiske symptomer, men behandlingsmodellen synes at være nøjagtig den samme som for depression forklædt som patologisk sorg, nemlig at patienten gennem udspørgen og problematisering af det patologiske forsvar kommer ned til de underliggende emotioner af sorg, skyld og vrede. En anden form for patologisk sorg, som Della Selva beskriver behandlingen af (og her bygger hun på Bowlby (1980)), er sorgen hos den efterladte, som sidder fast i fasen af fortvivlelse. Della Selva mener, at den efterladte kommer til at lide af kronisk håbløshed og depression, og således skal dette også behandles gennem påpegning af forsvaret. Hvis vi derimod ser på Bowlbys beskrivelse af patienten, som sidder fast i denne fase, er beskrivelsen lidt mere nuanceret. Han skriver også, at den efterladte som lider af denne form for kompliceret sorg, ofte vil opfylde kriterierne for depression, men at hun ikke nødvendigvis altid gør det. Bowlby (1980) er inde på, at den efterlattes optagethed af sin egen sorg og fortvivlelse faktisk kan være et forsvar mod at erkende realiteten af tabet. Mit spørgsmål er her, om den psykodynamisk fokuserede behandling, som jo netop fokuserer på, at patienten skal i kontakt med sine følelser, vil være til gavn for et menneske, som synes at være overvældet af netop disse emotioner?

sammenfatning

Den psykodynamiske tilgang til behandlingen af patienter som lider af patologisk sorg synes således at bygge på en Freudiansk tankegang så langt at den psykodynamiske terapeut accepterer patientens oplevelse af sin egen situation, og at denne danner grundlag for en videre undersøgelse af hvad det er som har gjort sorgen patologisk. Della Selva (2001) skelner dog mellem behandlingen af patienter som lider af depression og behandlingen af patologisk sorg. Fordi depressionen fungerer som et regressivt jegsyntont forsvar for ikke at mærke underliggende følelser som eksempelvis sorgen, må dette forsvar omstruktureres således at patienten gennem en undersøgelse af elementerne i sorgen får en forståelse af det uhensigtsmæssige i at benytte disse forsvar. Derimod handler sorgarbejdet om at klarlægge patientens emotioner således at patienten både får en kognitiv og en emotionel erkendelse af de følelser som knytter sig til relationen til afdøde. Hun fortsætter med at skrive at det også er væsentligt at den sørgende bliver klar over de forsvar vedkommende

benytter for ikke at komme i kontakt med sorgen. Selvom Della Selva således forsøger at skelne mellem behandlingen af depression og kompliceret sorg, så er hendes forståelse af hvorledes patologisk sorg skal behandles meget lig hendes forståelse af hvorledes depression skal behandles. Depressionen skal som forsvar mod at mærke smerten ved sorgen omstruktureres så patienten kan se det uhensigtsmæssige i et opretholde dette og dermed kan tåle at komme i kontakt med de underliggende følelser af sorg. Desuden synes hendes metode til behandling af forskellige former for kompliceret sorg heller ikke at variere alt efter hvilke former for patologisk sorg der er tale om.

Mit spørgsmål er så om dette er tilstrækkeligt hvis ikke depression og kompliceret sorg er en og samme diagnose? Og virker denne behandlingsmetode så for de mennesker som lider under forskellige former for patologisk sorg?

Kan tilknytningsfokuseret psykoterapeutisk behandling af kompliceret sorg være en vej til behandling af sådanne patienter?

Bowlby

Bowlby (1988) skriver om den tilknytningsfokuserede behandling, at terapeuten skal gøre det muligt for patienten at undersøge sine egne repræsentationer af sig selv og sin tilknytning til andre mennesker ved at tilbyde en tryk base for patienten, hvorfra denne udforskning kan finde sted. Gennem denne undersøgelse skal hun blive i stand til at omstrukturere disse repræsentationer gennem den nye viden, hun opnår i terapien. Bowlby (1988) retter ikke direkte behandlingen mod mennesker, som lider under kompliceret sorg, hvilket er et problem i denne sammenhæng. Alligevel er der ting i hans beskrivelse af terapien, som er væsentlige at tage med. Bowlbys tilknytningsterapi fokuserer som sagt på at omstrukturere indlærte relationsmønstre ud fra en tanke om at terapeuten ved hele tiden at sammenholde patientens relation til terapeuten med relationen til patientens tidligste objektrelationer kan nå frem til en både kognitiv og emotionel belysning af netop patientens forventning, om hvad relationen til terapeuten og til andre mennesker i det hele taget indeholder, og om patientens tillærte måde at opbygge affektive relationer på, er adaptiv i relationen til terapeuten og til hendes omgivelser i det hele taget.

Hvorledes er dette så relevant for mennesker, som udvikler kompliceret sorg? Mennesker, som lider under kompliceret sorg, er ofte mennesker, der, som vi så det i afsnittet om risikofaktorer for kompliceret sorg, enten har haft en angst, dependent eller ambivalent tilknytning til deres afdøde. Derfor synes det sandsynligt, at disse mennesker vil have gavn af at få belyst den relation og

tilknytning de har haft til ham, for både at få afdækket positive og negative elementer, som relationen indeholdt. Således kan de efterladte hjælpes til dels at skabe en blivende relation til afdøde gennem mindet om vedkommende, uden at denne kommer til at forhindre dem i at skabe relationer til andre, og dels at fortsætte deres liv ved at skabe nye affektive relationer, som er mindre præget af den ambivalens eller dependens, som deres tilknytning tidligere har været underlagt.

Bowlby nævner ydermere et studie af Raphael (1977), som undersøger hvilken effekt terapi har på mennesker, som er i høj risiko for at udvikle kompliceret sorg. Undersøgelsergruppen bestod af 178 enker. Disse blev inddelt i to grupper: A) En gruppe, hvis sorgforløb forventedes at blive normalt, og B) en gruppe, hvis sorgforløb forventedes at blive patologisk. Gruppe B blev så ydermere delt op i B1, en gruppe som blev tilbudt behandling og B2, en gruppe som ikke blev tilbudt behandling. Fokus i behandlingen var at undersøge først omstændighederne omkring dødsfaldet og de følelser, som knyttede sig til det. Dernæst blev den efterladte opmuntret til at tale om relationen til afdøde og de følelser, som knyttede sig til den. Gennem beskrivelser af ægteskabet med både gode og dårlige minder, og den efterlattes beskrivelse af tidligere tab, og de følelser, som knyttede sig til dem, opstod der hos den efterladte i sådanne terapisesessioner en mere realistisk forståelse af følelser som skyld, vrede, smerte og angst, og deres relation til dette og tidligere tab. Undersøgelsen viste, at ud af de 122 i gruppe A, som ikke havde modtaget behandling, og hvis sorgforløb blev vurderet til at blive normalt, var der 80%, som havde et positivt udfald og 20%, hvor udfaldet af sorgforløbet var negativt. I gruppe B1, hvis sorgforløb var vurderet til at have høj risiko for et patologisk udfald, men som modtog terapi, var der 78%, hvis sorgforløb havde et positivt udfald og 22%, hvor udfaldet var negativt eller patologisk. For gruppe B2, hvis sorgforløb blev vurderet til at blive patologisk, men som ikke modtog behandling var der 59%, hvor udfaldet var negativt eller patologisk, mens kun 41% havde et positivt eller normalt sorgforløb. Tallene indikerer således, at tilknytningsfokuseret terapeutisk behandling af patienter, hvis sorgforløb er i høj risiko for at udvikle sig patologisk, synes at øge chancerne for et positivt udfald af sorgforløbet. Der er dog flere problemer med at vurdere effekten af behandlingen alene gennem dette ene studie. For det første er der, som Bowlby (1980) selv nævner, en del, som ikke deltog i studiet, og det har af praktiske grunde ikke været muligt at indsamle data om deres sorgforløb, og hvorledes disse ellers divergerer fra den undersøgelsesgruppe, som data blev indsamlet fra. For det andet nævner Bowlby (1980), at nogle af de individer i gruppe A, som rapporterede om et positivt sorgforløb 13 måneder efter tabet, således som de var vurderet til, kan have lidt under en forsinket sorgreaktion og have forøget

sandsynlighed for at bryde sammen senere. Raphael (1977) argumenterer her for, at disse personer så ville melde sig ud af undersøgelsen, da mennesker med en forsinket sorgreaktion ikke ønsker at deltage i en undersøgelse, som ville bringe deres forsvar mod at mærke sorgen i fare.

Undersøgelsen er dog langt fra uden værdi: Det er især værd at bemærke, at behandlingen af de patienter, som på forhånd var spået et patologisk sorgforløb, ifølge tallene gav dem et normalt sorgforløb i samme omfang som i gruppe A, som på forhånd var spået et normalt forløb.

Parkes

Parkes' (1996) fokus på terapien er mere direkte rettet mod kompliceret sorg end Bowlbys tilgang er det. Ydermere er han, til forskel fra både Freud, Della Selva og Bowlby, opmærksom på den problematik, der ligger i, at kompliceret sorg ofte bliver set som én type kompliceret sorg, hvor den i virkeligheden har mange forskellige udtryk. Af denne grund er Parkes' beskrivelse af terapi med mennesker, som lider under kompliceret sorg, også meget bred.

Medicinering

Inden Parkes kommer ind på den terapeutiske behandling, diskuterer han behovet for medicinering. En del patienter, som lider under kompliceret sorg, søger nemlig til egen læge, som ofte er tilbøjelig til at medicinere. Det væsentlige i Parkes' diskussion her er, om medicinering er nødvendig. Da sorgen hos den, som lider under kompliceret sorg, ofte er præget af angst og søvnløshed, er det ofte disse symptomer, som den efterladte henvender sig med hos lægen. Ofte udskriver lægen benzodiazepiner, eller beroligende medicin. Problemet, som Parkes nævner omkring medicinering, er, at disse præparater skaber afhængighed, så selvom de er virkningsfulde mod angstsymptomerne er der en risiko, for at patienten udvikler medicinmisbrug. Da Parkes ser sorgprocessen som en læringsproces, stiller han desuden spørgsmålet, om disse præparaters virkning på angsten ikke bare udskyder sorgen? Parkes betoner dog, at dette ikke er undersøgt empirisk.

Parkes er også inde på virkningen af antidepressiv medicin. Denne behandlingsmetode mener han kan være nødvendig i forbindelse med meget depressive efterladte, da disse mennesker vil have svært ved uden medicinering at få gavn af terapeutisk behandling.

Terapi

Parkes (1996) fremlægger evidens for, at forskellige tilgange til arbejdet med patienter, som lider under kompliceret sorg er væsentlig, netop fordi sorgens udtryk ikke er ens. Parkes beskriver Lindemanns psykoterapeutiske tilgang (1944). Her opfordres individet til at opleve sorgens følelser,

og den efterladte opdager gennem terapeutens accept af følelser, som sorg, skyld og vrede, at det er muligt for disse følelser at eksistere i relationen til terapeuten uden at vedkommende går i stykker eller at relationen mellem patient og terapeut sættes i fare. Ydermere beskriver Parkes en type af behandling, advokeret for af bl.a. Gauthier og Marshall(1977) og Ramsey (1979), hvor den hæmmede eller forsinkede sorg behandles ligesom angsttyper ved hjælp af en gradvis eksponering, således at den efterladte gradvist udsættes for den afdødes stimuli, gennem fx tøj eller fotografier. Herigennem bliver hun i stand til at komme i kontakt med følelser og tanker, som knytter sig til relationen til afdøde. Resultater på undersøgelser af denne sidste type behandling af kompliceret sorg har dog vist sig at være blandede. Parkes (1996) mener, at disse typer af behandling kun vil gavne patienter med forsinket eller hæmmet sorgreaktion, men at patienter, som lider under kronisk sorgreaktion, ikke vil have gavn af at forsøge at komme i kontakt med deres følelser omkring sorgen, fordi deres problem netop ikke er, at de ikke kan mærke sorgen, men at disse mennesker ganske enkelt ikke kan finde en vej ud af sorgen igen.

Parkes mener, at mennesker som lider under kronisk sorgreaktion, ofte er enker, som har haft et dependent tilknytningsforhold til afdøde. Disse kvinder har aldrig lært at tage ansvaret for deres egen tilværelse, og har dermed særdeles vanskeligt ved at skulle til at træffe beslutninger, som har betydning for deres liv. Disse kvinder har været afhængige af, at nogen har truffet beslutningerne for dem, og dermed er det ikke blot deres afdøde, der er forsvundet, men også hele den identitet, de selv havde i kraft af afdødes tilstedeværelse. Sådanne efterladte mener Parkes vil have mere gavn af en problemfokuseret type af adfærdsterapi, hvor patienten sammen med terapeuten sætter nogle mål, som den efterladte kan opnå i løbet af behandlingen, som hjælper til forbedring af patientens selvværd og følelse af mening og retning i tilværelsen.

Parkes finder støtte hos Stroebe et al. (1994) til sin tese, om at patienter som lider under hæmmet og forsinket sorg, skal have hjælp til at udtrykke den, mens patienter, som lider under kronisk sorg, skal have hjælp til at se anderledes på deres verden.

Parkes (1996) opfatter behandlingen af patologisk sorg mere nuanceret end både Freud, Della Selva og Bowlby. Parkes' problematisering af netop, at patologisk sorg udelukkende ses som hæmmet eller forsinket sorg, hvor patienten skal hjælpes til at komme i kontakt med sine følelser, er en relevant kritik i forhold til, at behandlingen af kompliceret sorg også skal kunne rumme efterladte med eksempelvis en kronisk sorgreaktion.

En mangel er dog, at han ikke er inde på, hvad behandling af patienter, som lider under psykosomatisk sorg, kunne indeholde, og det fremgår ikke tydeligt, om han blot opfatter denne type af kompliceret sorg som en hæmmet form for sorgreaktion, som skal underlægges en af de første typer af behandlingsforeslag.

Worden

Worden (2008) er ligesom Parkes fokuseret på at differentiere behandlingen af patienter med patologisk sorg, alt efter hvorledes denne kommer til udtryk. Til forskel fra sorgbehandlingen, hvor fokus er på at hjælpe den efterladte til bedre at kunne tackle sorgen selv, så er fokus i terapien rettet mod at identificere og løse op for den separationskonflikt, som ligger til grund for, at sorgen bliver kompliceret.

Worden deler behandlingsforløbet op i 10 punkter, og herigennem beskriver han, hvordan behandlingen af patienter, som lider af kompliceret sorg, kan foregå. Først er det væsentligt at etablere alliancen med patienten. Dette gøres ved at terapeuten udforsker den problematik, patienten kommer med, og accepterer værdien af det materiale, patienten fremlægger. Herefter indgås en kontrakt, som indebærer en beskrivelse af terapiens fokus. Dernæst er det væsentligt, at den efterladte opfordres til at udforske erindringer om den afdøde, fordi dette kan være med til at tydeliggøre de emotioner, som knytter sig til den relation, den efterladte har haft til afdøde. Det er væsentligt, at den efterladte får en balance i fokus på både negative og positive emotioner og erindringer, for at den efterladte opnår indsigt i hele relationen og ikke bare i den del, som hun helst vil huske. Hvis patientens problematik er psykosomatisk, er det vigtigt at sikre sig, at symptomerne ikke skyldes virkelig fysisk sygdom. Som punkt nummer fire er Worden inde på det væsentlige i at undersøge, hvilken af de fire sorgfaser, den efterladte ikke selv kan komme igennem, og hvorledes den underliggende objektkonflikt har indflydelse herpå.

a) Problemer med at acceptere realiteten af tabet

Worden anfører, at det for mennesker, hvis problematik er at acceptere tabet, kan være nyttigt at undersøge, hvad det er, der gør det svært for dem at tro på, at tabet har fundet sted. Ofte ligger disse problemer i arten af den tilknytning, den efterladte har haft til afdøde.

b) Problemer med at arbejde sig igennem smerten ved sorgen

Hvis problemet ligger i, at den efterladte godt kan acceptere realiteten af tabet, men uden affekt, er det væsentligt, at terapeuten skaber et sted sammen med patienten, hvor det er trygt for hende at

udforske både de negative og positive følelser i relationen til afdøde. Et af de centrale elementer i gennemarbejdningen af denne del af sorgen er, at den efterladte bliver i stand til at redefinere sin relation til afdøde, således at hun opnår en forståelse af årsagen til handlinger og emotionelle oplevelser med afdøde, som har haft betydning for arten af tilknytning.

c) Problemer med at tilpasse sig livet uden afdøde

Hvis problemet ligger i, at den efterladte ikke er i stand til at forholde sig til sin tilværelse uden afdøde, kan hendes hjælpeløshed afhjælpes ved en problemløsningsorienteret tilgang, hvor den efterladte gennem rollespil lærer nye måder at relatere sig til andre på. Problemet for denne type efterladte er, at der ofte har været stor afhængighed af afdøde, og dermed er de med tabet af vedkommende usikre på deres egne evner til at relatere sig socialt, hvilket fører til isolering fra omverdenen. Terapeuten kan her hjælpe ved at opfordre patienten til, som Parkes også er inde på det, at give slip på sorgen, og undersøge, hvordan sorgen har påvirket deres selvopfattelse.

d) Problemer med at skabe en blivende relation til afdøde

Hvis den efterladdes problematik omhandler evnen til at skabe en blivende relation til afdøde, som ikke forstyrrer hende i at komme videre med sit liv efter dødsfaldet, så kan terapeuten ved at give patienten lov til at give slip på sorgen, og hjælpe hende til at forstå, at det er tilladt at skabe nye relationer, samtidig med at relationen til afdøde bevares.

Disse fire arbejdsprocesser og behandlingen af problematikker, opstået fordi den efterladte ikke selv er i stand til at komme igennem en eller flere af disse faser, synes at danne grundlaget for beskrivelsen af behandlingsforløbet.

Punkt fem omhandler affekt eller mangel på affekt hos den efterladte. Her er det væsentlige, at terapeuten er opmærksom på, at beskrivelsen af den afdøde i enten overdrevent rosende vendinger, eller som udelukkende et dårligt menneske, kan dække over de bagvedliggende ambivalente emotioner, som den efterladte forsøger ikke at komme i kontakt med. For eksempel kan overdreven idealisering af afdøde være et forsvar mod at mærke den vrede, som den efterladte også føler mod afdøde. Her er det vigtigt, at terapeuten ikke kun lader den efterladte komme i kontakt med de negative emotioner, men fastholder hende i at mærke alle emotioner i relationen.

Punkt seks omhandler overgangsobjekter. Ligesom små børn kan have brug for tøjdyr som overgangsobjekter i adskilleelsesprocessen til at blive sin egen person adskilt fra mor, således kan også efterladte have behov for et overgangsobjekt. Det kan være en eller flere af afdødes ejendele

eller det kan være ting, som minder efterladte om dødsfaldet. Sådanne genstande bliver brugt til at håndtere separationsangsten, men hvis overgangsobjektet er vedblivende, så kan det medføre kompliceret sorg. Her er det vigtigt for terapeuten at undersøge behovet for overgangsobjektet, og dets repræsentation, så patienten får indsigt i overgangsobjektets betydning.

Punkt syv omhandler måden at hjælpe patienten til erkendelse af tabets endegyldighed. Det er ofte dependente mennesker, som har svært ved at acceptere tabet, fordi de hele tiden håber på en genforening med den døde, så de ikke skal tage stilling til deres eget liv og de beslutninger, det medfører helt på egen hånd. Her er det vigtigt, at terapeuten sammen med patienten undersøger, hvorfor hun ikke er i stand til at erkende endegyldigheden af tabet.

Punkterne otte og ni omhandler, hvorledes terapeuten kan hjælpe den efterladte til dels at kunne skabe sig en ny tilværelse uden afdøde, og dels at forbedre hendes evner til at skabe sociale relationer igen efter tabet. Terapeuten kan gøre dette ved at undersøge, hvad den efterladte gerne vil med sin tilværelse. Dette kan få patienten til at sætte sig nogle mål for sin tilværelse. På samme måde kan terapeuten med fordel undersøge sammen med hende, hvilken form for social støtte patienten har fået gennem sorgforløbet, og hvorledes dette har haft betydning for sorgen. Efterladte, som ikke har følt at deres omgivelser har støttet dem tilstrækkeligt, kan reagere med at trække sig tilbage og isolere sig socialt. Terapeuten kan hjælpe disse gennem rollespil og opfordring til, at patienten igen langsomt kan begynde at forme affektive relationer.

Punkt ti fokuserer på at hjælpe patienten til at afslutte sorg processen. Terapeuten kan her spørge ind til patientens fantasi om at give slip på sorgen. Her bliver patienten ofte klar over, at de er bange for at opgive sorgen, fordi de ikke ønsker at komme til at glemme den afdøde. Det kan så være en hjælp sammen med terapeuten at undersøge, hvorledes afdøde kan huskes, så relationen bevares samtidig med at den efterladte kan komme tilbage til livet.

Wordens beskrivelse af behandlingen af mennesker, som lider under kompliceret sorg, er differentieret i forhold til hvilke sorgfaser, den enkelte patient kæmper med. Til forskel fra den psykodynamiske retning ligger fokus ikke lige så ensidigt på pres og udfordring af patientens forsvar for at komme ind til de underliggende følelser. Fokus er i stedet i denne behandlingsmetode mere rettet mod tilknytningsmønsteret, som den efterladte har lært i de tidlige relationer og gentager i sin relation til afdøde. Ydermere fokuserer Wordens (2008) behandlingsmetode til forskel fra den

psykodynamiske på gennem rollespil at forbedre den efterladtes evne til at skabe nye relationer, så den efterladte ikke isolerer sig efter dødsfaldet.

En mangel i Wordens (2008) behandlingsmetode er, at han, trods sin meget differentierede tilgang til arbejdet med patologisk sorg, slet ikke er inde på den terapeutiske behandling af depression i forbindelse med patologisk sorg. Han nævner blot, at hvis depression er en følge heraf, så skal depressionen behandles først. Han giver imidlertid ikke noget konkret bud på, hvorledes dette kan ske.

Sammenfatning

Den tilknytningsfokuserede behandling synes således at have en differentieret tilgang til behandlingen af patienter, som lider under kompliceret sorg. I erkendelse af, at den komplicerede sorg har mere end ét udtryk, alt efter arten af tilknytning i relationen til afdøde, tilrettelægges behandlingen herefter. Den tilknytningsfokuserede behandling indebærer både undersøgelse og udforskning af emotioner og kognitioner omkring den underliggende tilknytning til afdøde, men også undersøgelse af sorgfaserne og spørgsmålet om, hvorfor den efterladte ikke selv formår at komme igennem én eller flere af disse. Yderligere benyttes specielt hos Worden også rollespil for at hjælpe patienten til at kunne samtale med afdøde og få afsluttet konflikter i relationen, og til læring af nye måder at forme relationer på, så klienten har lettere ved at skabe nye affektive relationer.

Det forekommer problematisk, at hverken Bowlby, Parkes eller Worden kommer ind på, hvorledes behandlingen af depression som følge af kompliceret sorg kan foregå. De er alle inde på, at depressionen skal behandles først, og Parkes (1996) og Worden (2008) anfører, at psykofarmaka kan være virksomme til at løsne så meget op for depressionen, så man kan behandle den underliggende sorg, men ingen af dem kommer med konkrete bud på, hvorledes depressionen kan behandles terapeutisk

Konklusion

Det psykodynamiske perspektiv bærer præg af den oprindelige opfattelse af, at kompliceret sorg er en depression opstået p.g.a. tab. Della Selva (2001) forsøger at skelne mellem behandlingen af depression og patologisk sorg, men selve behandlingsteknikken differentieres ikke meget. Således skal det patologiske forsvar klarlægges gennem systematisk undersøgelse og påpegning heraf, hvorefter de underliggende emotioner og kognitioner, som knytter sig til relationen til afdøde, skal bringes til overfladen, så patienten kommer i kontakt med disse. Mit spørgsmål er, om dette fokus

på det patologiske forsvar og det, at patienten kommer i kontakt med sorgen, er tilstrækkeligt i forhold til, at patologisk sorg netop synes at have mere end et udtryk?

Den tilknytningsfokuserede behandling synes at tage mere højde herfor. Selvom det centrale her også er at afdække underliggende emotioner i relationen til afdøde, og hvorledes disse har haft betydning for relationen, så synes fokus også her at rettes mod arten af tilknytningen mellem afdøde og efterladte, og 1) hvorledes dette har betydning for sorgprocessen og den efterladedes evne til at arbejde sig gennem sorgens faser, 2) hvorledes tilknytningsforholdet har betydning for relationen til afdøde, og 3) hvorledes tilknytningen har betydning for den efterladedes evne til at skabe sig nye affektive relationer og tilpasse sig en tilværelse uden afdøde. Worden (2008) benytter også rollespil for at hjælpe den efterladte til at få afslutning på uafsluttede konflikter i relationen til afdøde. Problemet med denne tilgang er, at den ikke giver tydeligt svar på relationen mellem patientens manglende evne til at arbejde sig igennem én eller flere faser af sorgen, og så den underliggende tilknytningskonflikt. Det kan forværre patientens tilstand, hvis ikke dette undersøges nøje og klarlægges. Ydermere er det et problem, at hverken Parkes(1996) eller Worden (2008) behandling ikke tager højde for en beskrivelse af behandlingen af depression, men blot nævner, at den skal behandles, før behandlingen af den komplicerede sorg kan begynde.

Kapitel 7: Diskussion

Gennem specialet har mit udgangspunkt været at undersøge, hvorledes kompliceret sorg adskiller sig fra depression, og hvorledes kompliceret sorg og depression som følge af tab kan behandles. Den erkendelsesrejse, det har været at beskæftige sig med disse to fænomener, har ført mig til en forståelse af, at opfattelsen af forholdet mellem depression og kompliceret sorg ikke er entydig, men har ændret sig gennem tiden. Jeg vil her tage fat i den første del af min problemformulering, nemlig spørgsmålet:

Hvorledes adskiller kompliceret sorg sig fra depression?

Freuds (1917) opfattelse af patologisk sorg er først og fremmest præget af hans interesse for forskellen mellem almindelig sorg og depression, og han beskæftiger sig altså ikke med begrebet patologisk sorg, som vi kender det i dag.

Freud (1917) mente dog, at melankoli er en patologisk reaktion på tab, og at det dermed låner nogle træk fra sorgreaktionen, men også fra den deprimeredes narcissistiske objektvalg, som ved tabet

viser sig som den oprindelige narcissisme. Her identificerer den efterladte sig med det mistede objekt, men samtidig internaliserer hun den ambivalens, som relationen til det mistede objekt har indeholdt.

Således synes Freud altså at have opfattet melankolien som en patologisk reaktion på tab. Vi kan kun gisne om, hvorvidt han mente, at melankolien var den eneste patologiske reaktion på tab, men i betragtning af indledningen, hvori han advarer mod at drage generelle konklusioner på baggrund af hans observationer af sammenhængen mellem melankoli og sorg, så tror jeg man skal se Freuds oprindelige værk som et bud på, hvorledes sorg og melankoli kan hænge sammen, uden at dette udelukker andre mulige patologiske reaktioner på tab.

Dette har imidlertid ikke været eftertidens tolkning. I hvert til fælde har Freuds beskrivelse af forholdet mellem sorg og melankoli dannet udgangspunkt for måden at tænke patologisk sorg på lige indtil slutningen af det 20ende århundrede.

Det ses i samtlige af de teoretikers fremstillinger af forholdet mellem depression og kompliceret sorg, som jeg benytter mig af i dette speciale, at Freuds beskrivelse af melankoli som en patologisk reaktion på sorg har haft indflydelse på deres måde at tænke patologisk sorg på.

Bowlby (1980) skriver på baggrund af bl.a. studiet af Brown og Harris (1978), se s.52, at den form for patologisk sorg, som han kalder kronisk sorg, vil følges af depression i varierende grader. Desuden lægger Bowlby, som nævnt i afsnittet om forskellen på kompliceret sorg og depression, vægt på, at depression ofte er en følge af tab.

Parkes (1996) skriver, at patologisk sorg typisk diagnosticeres som en 'reaktiv depression'. Han mener dog, at det ofte er den underliggende separationsangst, som gør sorgen patologisk. Alligevel nævner han i sin beskrivelse af patologisk sorg også selvbebrejdende adfærd som en stor del af, hvad der gør sorgen patologisk. Han anfører således i sin konklusion, at det er tydeligt, at depression og angst synes at være typiske følger af tab.

Della Selva (2001) mener ligeledes, at patologisk sorg kan komme til udtryk som depression. Hun skriver, at depressionen fungerer som et regressivt forsvar mod at mærke sorgen. Det fremgår dog ikke klart, om depression også kan fungere som regressivt forsvar mod andre underliggende følelser end netop sorg. Til gengæld beskriver hun ikke maskeret depression som den eneste form for

patologisk sorg, hun påpeger også, at patologisk sorg kan komme til udtryk som psykosomatiske symptomer, eller som kronisk følelsesdistancering, hvor den efterladte forsøger at undgå sorgen.

Worden (2008) er en af de nyere teoretikere, som rent faktisk distancerer sig mere fra Freuds tanke om depression som den patologiske reaktion på sorg. Worden anerkender ganske vist at patologisk sorg kan udvikle sig til depression, men påpeger samtidig, at dette ikke altid er tilfældet. Han skriver, at der særlig i forbindelse med overvældende sorg er en tendens til, at den efterladte udvikler depression eller angst. I forbindelse med den normale reaktion på tab indgår både depressive og angste perioder, men i mindre grad, og symptomerne fortager sig over relativt kort tid. Hos én, som lider under overvældende sorg, er disse reaktioner dog overdrevne og bliver ikke mindre med tiden. Sådanne efterladte bliver dermed behandlingskrævende.

Til trods for at begrebet patologisk sorg har været under kraftig indflydelse af Freuds måde at se forholdet mellem sorg og depression på, så skelner nyere teoretikere alligevel mere mellem patologisk sorg og depression, end Freud (1917) synes at gøre det i sin artikel *Mourning and Melancholia*. Dette vil jeg komme nærmere ind på senere.

Mit spørgsmål her er, om eftertiden alligevel ikke har gjort det, som Freud selv netop advarede mod, nemlig at overvurdere den empiriske validitet af hans artikel og fejlagtigt benyttet hans beskrivelse af netop forholdet mellem depression og sorg, til at danne grundlag for hvorledes sorgen kunne blive patologisk?

Den patologiske sorg har, netop i mangel af en selvstændig diagnose, ofte været diagnosticeret som enten depression, angst eller PTSD helt op til 1995, hvor Prigerson et al. (1995) undersøger sammenhængen mellem kompliceret sorg og depression nøjere, og finder, at dette ikke ser ud til at være samme fænomen. Herefter går et arbejde i gang for at indføre patologisk sorg som selvstændig diagnose i DSM IV.

Det er dog ikke sådan, at den komplicerede sorg og depressionen er fuldstændig adskilte fænomener. Det fremgår således klart af Dillen et al.(2009), at der er en korrelation mellem kompliceret sorg og depression. Vi kan derfor ikke udelukke, at disse to fænomener har en effekt på hinanden. Samtidig viser artiklen imidlertid, at for eksempel korrelationen mellem depression og angst, som diagnosticeres som to forskellige lidelser, faktisk er stærkere end både korrelationen mellem depression og kompliceret sorg og korrelationen mellem angst og kompliceret sorg. Dette

taler for at opfatte kompliceret sorg som et fænomen, der er adskilt fra depression såvel som angst, og som også bør opfattes som sådan i diagnostisk sammenhæng.

Dog henviser Dillen et al. til et studie af Melhem (2004a og 2004b), som viser, at kompliceret sorg har en indflydelse på udviklingen af depression, også selv når der kontrolleres for baseline depression.

Ser vi på en anden af de undersøgelser, jeg har fremlagt, nemlig Bonanno et al. (2007), viser deres undersøgelse, at kompliceret sorg synes at forklare en større del af variansen på efterladtes helbredstilstand end PTSD og depression gjorde. Det vil sige, at kompliceret sorg synes at have en selvstændig indflydelse på den efterladtes psykologiske helbred, som er uafhængig af den indflydelse, andre fænomener som PTSD og depression har.

Vi kan altså ikke sige, at depression og kompliceret sorg er fuldstændig uafhængige af hinanden, og det ser også ud til at kompliceret sorg synes at have betydning for, om den efterladte udvikler depression. På den baggrund kan eftertidens teoretikere have haft god grund til at tage Freuds beskrivelse af sammenhængen mellem patologisk sorg og depression alvorligt. Samtidig har det været fejlagtigt udelukkende at se kompliceret sorg ensidigt som depression som følge af tab, da kompliceret sorg ikke er det samme som depression.

Dermed mener jeg at det er et stort fremskridt at kompliceret sorg er blevet indskrevet som en selvstændig diagnose i DSM IV. Man skal dog passe på ikke at gå i den anden grøft ved udelukkende at se patologiske tilstande som følge af tab som kompliceret sorg, og dermed udelade muligheden for at depression også kan være en følge af tab.

Kendler og Zishook (2007) problematiserer, at DSM-III og DSM-IV har givet tabsrelateret depression en speciel status, hvorved folk som opfylder kriterierne for både normal sorg og depression, ikke diagnosticeres som deprimerede inden for de to første to måneder efter tabet, da det i DSM-III er beskrevet, at tabsrelateret depression, som opfylder kriterierne for normal sorg, divergerer markant fra andre typer af depression.

Faktisk viser de to studier, som er fremlagt i mit afsnit om forskellen på kompliceret sorg og depression, at tabsrelateret depression og almindelig depression i overvejende grad synes at være sammenlignelige diagnoser.

Dog er det problematisk ved det ene studie af Kendler, Meyers og Zishook (2008), at de i deres fremstilling af depression grundet andre stressende livsfaktorer, vælger nogle kriterier for denne gruppe, som også er tabsrelaterede. Ganske vist er disse tab ikke relateret til dødsfald, men der er alligevel tale om stressende livsfaktorer, som involverer tab. Dermed siger undersøgelsen ikke noget om, hvorvidt mennesker, som lider under almindelig depression som følge af for eksempel stress grundet længere tids pres, vil udløse lignende depressive symptomer.

Trods dette siger undersøgelsen noget væsentligt om, at tabsrelateret depression skal tages alvorligt som depression. En depression skal ikke afvises som et normalt sorgforløb, alene på det kriterium, at den deprimerede har lidt et tab, hvis hun faktisk opfylder kriterierne for MDD eller MDE.

Kompleksiteten i sammenhængen mellem depression og kompliceret sorg er da også at finde hos langt de fleste teoretikere. Der synes at være enighed om, at sorg kan tage sig ud som kronisk følelsesdistancering, hvor den efterladte forsøger at undgå smerten ved tabet helt, eller ikke har en tilstrækkelig sorgreaktion på det tidspunkt, tabet finder sted, og dermed udskyder reaktionen.

Della Selva (2001) og Worden nævner også, at sorgen kan blive kanaliseret ud i kroppen, således at sorgen i stedet for at blive udtrykt gennem gråd, vrede og savn, kommer til udtryk i psykosomatiske symptomer.

Den patologiske sorg er således ikke let at diagnosticere, da den ser ud til at kunne komme til udtryk på forskellige måder. Worden skriver da også, at den seneste diagnosticering, PGD, ikke synes at dække begrebet, og at han derfor foretrækker begrebet kompliceret sorg, netop fordi det ikke er entydigt, hvorledes sorgen kompliceres.

Når kompliceret sorg nu ikke bare har ét udtryk, og der er delte meninger om, hvorledes depression og kompliceret sorg relaterer sig til hinanden, hvordan kan vi så som psykologer behandle depression eller kompliceret sorg som følge af tab? Dette leder mig til anden del af problemformuleringen:

Hvorledes kan kompliceret sorg og depression som følge af tab behandles?

Fra begyndelsen var det meningen udelukkende at sammenligne og diskutere det psykodynamiske og det tilknytningsbaserede behandlingsfokus, men det er ikke alene forfatterens teoretiske grundlag, som har betydning for deres opfattelse af, hvorledes behandlingen af depression og kompliceret sorg skal foregå. Det har også stor betydning, hvilken historisk referenceramme

forfatteren befinder sig i, i forhold til beskrivelsen af behandlingsmetoden. Dette vil der således også blive taget højde for i denne diskussion.

Freuds (1917) ærinde var oprindeligt ikke behandlingen af melankolske patienter, men som nævnt tidligere, lå hovedvægten i hans artikel på beskrivelsen af relationen mellem melankoli og sorg, og hvorledes sorgen blev patologisk herved. Beskrivelsen af behandlingen begrænser sig derfor til enkelte sætninger, som Freud mente ville være til nytte for terapeuten i behandlingen af melankoli. Her betones som nævnt vigtigheden af, at terapeuten bekræfter den melankolske patients egen beskrivelse af sin egen psykiske tilstand, men på en sådan måde, at han ikke vurderer, om patientens negative udsagn om sig selv er sande eller falske, men accepterer at dette må være sådan patienten oplever det.

Da Freud således ikke skrev ret meget om behandlingen af melankoli og den patologiske reaktion på sorg, har eftertiden, ved et bygge på Freud, ikke haft grundlag for en differentieret beskrivelse af behandlingen alt efter om patienterne lider under kompliceret sorg eller depression som følge af tab.

Bowlbys (1988) beskrivelse af behandling har større fokus på patientens tilknytning til objektet, end tilfældet er hos Freud. Her er det væsentlige, at den efterladte får indsigt i, hvorledes tilknytningen til hendes oprindelige objekter har haft betydning for tilknytningen til afdøde. Bowlby (1980) kommer ikke yderligere ind på, hvorledes en differentieret behandling af patologisk sorg, depression eller sorg skulle tage sig ud. Ligesom Freuds, var Bowlbys ærinde hovedsageligt at beskrive disse tilstandes fænomenologi, mere end at beskrive, hvorledes de kunne behandles.

Ser vi på de risikofaktorer, for at den efterladte udvikler patologisk sorg, som er beskrevet kapitel 2, kan vi se, at såvel Bowlbys som Freuds beskrivelser af behandlingen tager udgangspunkt i to af de vigtigste risikofaktorer, for om sorgen udvikler sig patologisk. Ved, som Freud foreslår det, at tage den melankolske patients beskrivelse af sin egen psykiske tilstand alvorligt kan terapeuten hjælpe patienten til en både kognitiv og emotionelt indsigt i sin egen psykiske tilstand. Dermed vil personlige risikofaktorer som håndtering af tabet eller personlighedsvariable (eksempelvis den underliggende narcissistiske disposition, eller den internaliserede ambivalens), som den efterladte ikke er bevidst om, gennem indsigten i dem, mindske risikoen for, at de kan være med til at udvikle sorgen patologisk, eller at patienten udvikler depression.

Bowlbys fokus på tilknytningsforholdet mellem den efterladte og den afdøde og relationen til tidligere tilknytningsforhold kan gennem indsigten i typen af tilknytning være medvirkende til en

ændring i patientens måde at skabe affektive relationer på, og en ændring i måden at bevare tilknytningen til afdøde, således at dette relationsbånd ikke hæmmer den efterladte i at komme tilbage til livet.

Således ser begge disse beskrivelser af behandling ud til at have en logisk sammenhæng med behandlingen af de risikofaktorer, som synes at øge sandsynligheden for udviklingen af patologisk sorg. Men gælder dette for alle former for patologisk sorg? Bør der være en differentiering i behandlingen alt efter hvilket udtryk sorgen har? Og er det hensigtsmæssigt at differentiere behandlingen i forhold til, om den efterladte lider af depression eller patologisk sorg?

Della Selva (2001) forsøger at inkorporere en dobbelt tilgang, hvori hun faktisk både benytter sig af Bowlbys fokus på en særskilt beskrivelse af den patologiske sorg og Freuds beskrivelse af depression som et forsvar imod at mærke underliggende følelser. Her kommer depressionen så til at fungere som et patologisk forsvar mod at mærke sorgen nedenunder. Problemet er, at Della Selvas beskrivelse af behandlingen ikke er differentieret i forhold til om der er tale om kompliceret sorg maskeret som depression, eller om den patologiske sorg har et andet udtryk. Hun foreslår, at det patologiske forsvar mod at mærke den underliggende sorg skal analyseres og udfordres, således at patienten kan få både kognitiv og emotionel indsigt i de underliggende følelser. Hendes behandlingsforslag bliver så at sige lige så generaliseret som Freuds og Bowlbys.

Således besvares mine tidligere spørgsmål stadig ikke. Parkes (1996) stiller samme spørgsmål, han stiller spørgsmålet, om mennesker som lider under kronisk sorg, hvor sorgen ikke synes at ville tage nogen ende, vil have gavn af enten en terapi, hvor de skal mærke og forstå deres følelser, eller en terapi, som fokuserer på en gradvis desensibilisering af stimuli som forstærker sorgen? Parkes mener, at disse mennesker ofte lider under dependent tilknytning og derfor har været dybt afhængige af afdøde for at kunne strukturere deres tilværelse. Da afdøde ikke er længere, vil denne type efterladte således ikke kun føle, at hun har mistet et andet menneske, men også, at hun har mistet sin verden og en del af sig selv. Dermed mener Parkes i stedet, at disse mennesker vil have gavn af en mere adfærdsterapeutisk behandling, som lægger vægt på at lære den efterladte at forholde sig til sin verden på en ny måde.

Worden (2008) forholder sig nuanceret til behandlingen af patienter med kompliceret sorg. Hans hovedfokus er ligesom Parkes' og Bowlbys den tilknytning, som den efterladte havde til afdøde, og de problemer denne tilknytningsstil giver den efterladte mht. at vænne sig til tabet. Samtidig er han

meget opmærksom på den type af komplikation, som er opstået i forhold til sorgforløbet, og vigtigheden af at rette behandlingen mod dette. Derfor benytter han både undersøgende og udsørgende teknikker til at få patienten i kontakt med uudtrykte emotioner, men han benytter også rollespil til at hjælpe patienter, som har brug for dette, til at indlære nye måder at relatere sig på, dels til afdøde, men også til andre mennesker.

Det besynderlige er imidlertid, at hverken Parkes(1996) eller Worden (2008), til trods for at de begge erkender at depression kan være en følge af patologisk sorg, undlader at inkorporere behandlingen af depression i deres beskrivelse af behandlingen af kompliceret sorg. Parkes argumenterer dog for, at patienter, som lider under svær depression, ikke vil have gavn af terapeutisk behandling, og at det er nødvendigt med medicin for at behandle depressionen, før man kan komme til at behandle sorgen.

Worden (2008) skriver faktisk en lille smule om behandling, men nævner hovedsageligt, at depression bør behandles medicinsk, således at sorgen og dens komplikationer kan behandles efterfølgende. Ydermere skriver han, at en vurdering af patientens depression v.h.a. Beck Depressive Inventory, kan være et redskab til sammen med patienten at vurdere vedkommendes fremskridt i behandlingen. Dog skriver han intet om indholdet af netop denne behandling af depression.

Således har både Wordens (2008) og Parkes(1996)' fokus på, at behandlingen af patologisk sorg og depression skal rettes mod hver enkelt af disse lidelser, den mangel, at der ikke er taget højde for behandlingen af depression. For selvom deres hovedpointer netop ligger i at differentiere behandlingen, og begge teoretikere medtænker depression som en mulig patologisk reaktion på tab, så synes de p.g.a. skellet mellem de to diagnoser, kompliceret sorg og depression, at overse nødvendigheden af en særlig terapeutisk behandling af depression som følge af tab.

Konklusion og Perspektivering

Dette speciale har haft til hensigt at undersøge forskellen mellem kompliceret sorg og depression og hvorledes disse to fænomener kunne behandles?

Opfattelsen af forskellen mellem depression og patologisk sorg har som jeg opfatter det gennem det meste af det 20ende århundrede været præget af en overfokusering på depression som den patologiske reaktion på sorg. Dermed har undersøgelsen af forskellen mellem patologisk sorg og

depression både empirisk og teoretisk og den efterfølgende indførelse af diagnosen kompliceret sorg i DSM-III og DSM-IV været et stort fremskridt.

Gennem min undersøgelse og analyse af empiri og teori er jeg kommet frem til, at kompliceret sorg er et fænomen, som er adskilt fra depression, og som kan komme til udtryk på i hvert til fælde tre forskellige måder; 1) som psykosomatiske symptomer, som 2) hæmmet sorg eller som 3) kronisk sorg. Depression er derimod kendetegnet ved, at der er et tab af selvværd, som ikke altid er til stede ved kompliceret eller patologisk sorg. Dog er der risikofaktorer og symptomer ved begge fænomener, som ligner hinanden. Både depression og kompliceret sorg kan opstå som følge af tab, og både insomnia, skyldfølelser, gråd og følelsesløshed er karakteristiske symptomer ved begge fænomener.

Jeg har også undersøgt, hvorledes depression og patologisk sorg kan behandles. Her har jeg undersøgt den psykodynamiske og den tilknytningsfokuserede behandling af kompliceret sorg og depression. Jeg finder flere problemer ved begge dele. Den psykodynamiske behandling fokuserer meget på patologisk sorg, manifesteret som maskeret depression, og på, at den efterladte skal hjælpes til indsigt i depressionen som forsvar for at komme i kontakt med de underliggende følelser. Her stiller jeg spørgsmålstejn ved, om dette fokus på indsigt er nyttigt for alle, som lider af kompliceret sorg.

Inden for den tilknytningsfokuserede behandling differentierer specielt nyere teoretikere beskrivelsen af behandlingen af klienter med patologisk sorg. Parkes (1996) skriver specielt, at det er et problem udelukkende at benytte sig af indsigtsterapi, da mennesker, som for eksempel lider af kronisk sorg, har større gavn af problemløsningsfokuseret terapi. I den mere tilknytningsorienterede terapi, benyttes således både tolkning af forsvaret for at hjælpe patienten til kontakt med de underliggende følelser, men også rollespil, og problemløsningsfokuseret terapi anvendes alt efter den patologiske sorgs udtryk. Til trods herfor overses det nødvendige i at rette et særligt fokus mod behandlingen af depression, selvom også disse teoretikere erkender, at depression kan være en patologisk reaktion på tab.

Således synes der i betragtning af den korte tid kompliceret sorg har været anerkendt som et selvstændigt fænomen, stadig at være et behov for undersøgelse af, hvorledes dette fænomen kan komme til udtryk, og hvorledes det adskiller sig fra depression. Ydermere synes der at være behov

for beskrivelsen af, hvorledes mennesker, som lider både af kompliceret sorg og depression som følge af tab, kan behandles.

Bilag

Bilag 1.

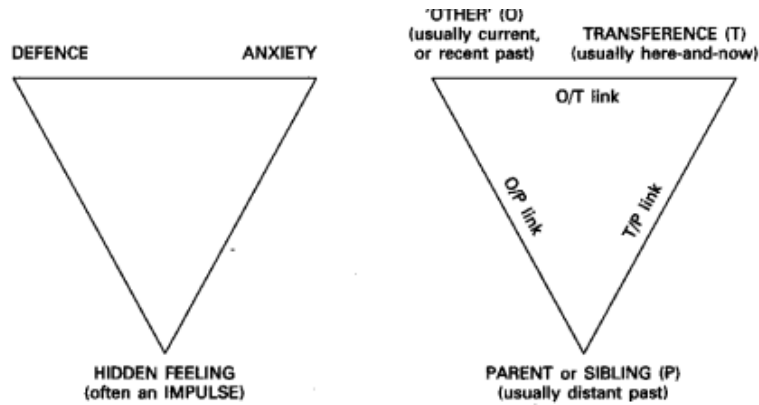


Figure 1 The Two Triangles

Figur 1 – Malans to trekanten

Bilag 2.

TABLE 1 Factor Loadings for Symptoms of Complicated Grief (CG), Depression, and Anxiety from Confirmatory Factor Analysis Among 245 Bereaved Adolescents (Study 1)

Parcels	Loading		
	Factor 1 (CG)	Factor 2 (Depression)	Factor 3 (Anxiety)
TGIC			
Parcel 1	.861		
Parcel 2	.876		
Parcel 3	.862		
BDI-Y			
Parcel 4		.852	
Parcel 5		.864	
Parcel 6		.857	
BAI-Y			
Parcel 7			.875
Parcel 8			.840
Parcel 9			.838

Note. TGIC = Traumatic Grief Inventory for Children; BDI-Y = Beck Depression Inventory-Youth; BAI-Y = Beck Anxiety Inventory-Youth.

Tabel 1

Bilag 3.

TABLE 4 *Incidence of loss of mother and of father, from all causes, before 11th birthday*

	<i>Patients</i>	<i>Cases</i>		<i>'Normals'</i>
	%	%	*	%
Loss of mother	10.5	22.4		6.0
Loss of father	15.8	17.1		11.5
N	114	76		382

* P = <0.01

Tabel 2

Bilag 4.

TABLE 3 *Outcome 13 months after bereavement*

<i>Group</i>	<i>Prediction at assessment</i>		<i>Nos. followed up</i>	<i>Outcome</i>	
	<i>Counselling</i>			<i>% Good</i>	<i>% Bad</i>
A	Good	No	122	80	20
B1	Bad	Yes	27	78	22
B2	Bad	No	29	41	59
Comparison of Group A and Group B1				Not significant	
"	"	"	A and Group B2	P < .001	
"	"	"	B1 and Group B2	P < .02	

Tabel 3

Litteraturliste:

- Bonnano, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B., & Insel, B. (2. november 2007). Is There More to Complicated Grief Than Depression and Posttraumatic Stress Disorder? A Test of Incremental Validity. *Journal of abnormal psychology*, s. vol. 116; 342-351.
- Bowlby. (1970). *Attachment and Loss*. New York : Basic Books; I; Della Selva 2001.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Oxon: Routledge.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: sadness and depression*.
- Bradbury, M. (2 . November 2001). Freud's Mourning and Melancholia. *Hogarth Press*, s. vol. 6; 212-219.
- Breuer, ..., & Freud, S. (1983). *On the psychical Mechanisms of Hysterical phenomena: A Preliminary Communication'*. London: Hogarth; I: Parkes (1996).
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978a). *The Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London: Tavistock Publications; I: Bowlby (1980).
- Clayton, P., Desmarais, L., & Winokur, G. (1968). A Study of Normal Bereavement. *American Journal of psychiatry*, s. 125: 168-178; I: Bowlby (1980).
- Davanloo, H. (1987a). Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly resistant depressed patients: I.restructuring ego's regressive defences . I H. Davanloo, *Unlockin the unconscious* (s. pp.47-80). New York: Wiley; I: Della Selva.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Aronson; I: Della Selva (2001).
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious*. New York: Wiley; I: Della Selva (2001).
- Davis, D. (1998). Transformation of pathological mourning into acute grief with intensive short-term psychtherapy . *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, s. 3: 79-97; I: Della Selva (2001).
- Della Selva, P. C. (2001). *Intenseiv Dynamisk Korttidstearpi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Dillen, L., Fontaine, J. R., & Verhofstadt-Denéve, L. (2009). Confirming the Distinctiveness of Complicated Grief from Depression and Anxiety among adolescents. *Death studies*, Vol 33; 437-461.
- Engel, G. (1961). Is Grief a Disease? *Psychosomatic Medicine*, s. 23: 18-22; I: Della Selva (2001).
- (2009). Melancholia, Mourning and the Countertransference. I L. G. Fiorini, T. Bokanowski, S. Lewkowicz, & (ed.), *On Freud's 'Mourning and Melancholia'* (s. 37-56). London: Karnac Books.

- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. SE 20:. I *The standart edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol 1-24)*. (s. 75-175). London: Hogarth Press; I: Della Selva 2001.
- Freud, S. (2009). Mourning and Melancholia 1917e (1915). I L. G. Fiorini, T. Bokanowski, S. Lewkowicz, & (ed.), *On Freud's 'Mourning and Melancholia'* (s. 243-258 S.E.,14). London: Karnac Books.
- Gomez, L. (1997). *An Introduction to Object Relations*. London: Free association books.
- Gorer, G. (1965). *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*. London: Tavistock Publications; I: Bowlby (1980).
- Johnson, J. G., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (Februar 2008). Investigation of a Developmental Model of Risk for Depression and Suicidality Following Spousal Bereavement. *The American association of suicudology* , s. vol. 38; p.1-12.
- Kendler, K. S., Meyers, J., & Zishook, S. (November 2008). Does Bereavement-related Major Depression Differ From Major Depression Associated With Other Stressfull Lifeevents? *The Amarican Journal of Psychiatry* , s. 149-155.
- Klein, M. (1940). *Mourning and its relation to manic-depressive states*. New York: Dell Publ. Co. I: Mortensen (2006).
- Klermann, G. o. (1986). *The interpersaonal approach to understanding depression: In T Millon & G Klerman (eds.)*. New York: Guilford; I: Worden (2008).
- Lindemann, E. (1945). Psychiatry aspects of the conservative treatment of ulcerative colitis. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 53 , s. 322-325; I: Della selva 2001.
- Lindemann, E. (1944). symptomatology and management of acute grief. *Amarican Journal of Psychiatry*, 101 , s. 141-148; I: Della Selva (2001).
- Maddison, D. (1968). The Relevance of Conjungal Bereavement to Preventive Psychiatry. *British Journal of Medicin* , s. 41: 223-33; I: Bowlby (1980) og Parkes (1996).
- Maddison, D., & Walker, W. (1967, Vol. 113). Factors Affecting the Outcome of Conjungal Bereavement. *British Journal of psychiatry* , s. 1057-67; I: Bowlby (1980).
- Malan, D. H. (1979). *Individual Psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworth; I: Della Selva 2001.
- Malan, D. (2001). *Individual Psychotherapy*. London: Edward Arnold (Publishers) Ltd.
- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge: Havard University Press; I :Della Selva (2001).

- Melhem, N. M., Day, N., Shear, M. K., Day, M. R., & D, B. (2004a). Predictors of Complicated Grief among adolescents exposed to a peers suicide. *Journal of Loss and Trauma* , s. Journal of Loss and Trauma,9: 21-34; I: Let Dillen et al (2009).
- Melhem, N. M., Shear, M. K., Day, R., F., R. C., & Brent, D. (2004b). Traumatic grief among adolescents exposed to peer's suicide. *American Journal of psychiatry* , s. 161(8): 1411-1416; I: Let Dillen et al.(2009).
- Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. New York: Basic Books; I Della Selva (2001).
- Mortensen, K. V. (2006). *Fra Neuroser til relationsforstyrrelser*. København: Nordisk Forlag.
- Parkes, C. (1965; Vol 38; I: Parkes (1996)). ' Bereavement and Mental Illness': Part I 'A Clinical Study of the Grief of Bereaved Psychiatric Patients'; Part 2, ' A Classification of Bereavement Reactions'. *British Journal of Medical Psychology* .
- Parkes, C. (1972). *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*. London: Tavistock publications; I: Bowlby (1980).
- Parkes, C. M. (1996). *Bereavement, Studies of grief in adult life*. Philadelphia: Taylor & Francis Inc.
- Parkes, C. M. (1964b). The effects of Bereavement on Physical and Mental Health: A Study of the Case-Records of Widows. *British Medical Journal* , s. 274-9.; I: Bowlby (1980).
- Price, J. (1967). The Dominance of Hirachyand the Evolution of Mental Illness . *Lancet* , s. 2: 243; I: Parkes (1996).
- Prigerson, G. H., Frank, E., S.V., K., Reynolds, C., Anderson, B., Zubenko, G. S., et al. (1995). Complicated Grief and Bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry* , s. 152:22-30; I: Worden (2008) Og Let Dillen et al. (2009).
- Prigerson, H. G., Bierhals, A., & Kasl, S. &. (1996). Complicated Grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study. *American Journal of Psyciatry* , s. 153: 1484-1486; I: Worden (2008) og Let Dillen et al. (2009).
- Raphael, B. (1986). *When Disaster Strikes*. New York: Basic Books; I: Parkes (1996).
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant:A wiew from psychoanalysis and developemental psychology*. New York: Basic Books; Della Selva (2001).
- Volkan, V. D. (2009). Not Letting go: From individual perennial mourners to societies with intitlement ideologies. I L. G. Fiorini, T. Bokanowski, S. Lewkowicz, & (ed.), *On Freud's 'Mourning and Melancholia'* (s. 90-110). London: Karnac Books.

Worden, J. W. (1996). *Children & Grief: when a parents dies*. New York: Guilford Press.

Worden, J. W. (2008). *Griefcounselling and grief therapy: A Handbook for mental health professionals*.

Worden, J. W. (1976). *Personal Death awarness*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice- Hall; I: Worden (2008).

Zishook, S., & Kendler, K. (19. Februar 2007). Is Bereavement-related Depression different than non-bereavement- related depression. *Psychological Medicin* , s. vol. 37; 779-794.