



Ancher, Michael: *Den druknede*, 1896 ¹.

Folkekirkens sorggrupper som forebyggende indsats i rehabilitation af sorgramte borgere

Regina Bille

Studienr.: 20161212

Speciale, juni 2018

Anslag: 124.208

Vejleder: Nathalie Perregaard

Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde, Aalborg Universitet København

¹ Statens Museum for Kunst. Deponeret på Skagens Museum.

Indholdsfortegnelse

Abstract	4
1.0 Indledning	5
2.0 Problemfelt	9
2.1 Problemformulering	11
2.1.1 Arbejdsspørgsmål	11
3.0 Min positionering	12
3.1 Psykisk lidelse og handicapforståelse	12
4.0 Afgrænsning og begrebsafklaring	14
5.0 Metode	15
5.1 Præsentation af empiri.....	15
5.2 Argumentation for valg af sekundær empiri.....	17
5.3 Metodiske udvalg og dataindsamling.....	18
5.3.1 Sneboldmetoden og dataindsamling.....	18
5.3.2 Validitet og reliabilitet	19
5.4 Kvalitativ ekspertinterview	24
5.4.1 Ekspert - Informant.....	24
5.4.2 Etiske overvejelser	25
5.4.3 Interviewdesign	26
6.0 Videnskabsteoretiske refleksioner.....	28
6.1. Videnskabsteoretisk afsæt.....	29
6.1.1 Det socialkonstruktivistiske perspektiv	29
6.1.2 Opsummering.....	31
7.0 Teorier	32
7.1 Psykologiske sorgteorier.....	32
7.1.1 De faseorienterede sorgteorier	33
7.1.2 Tosporsmodellen.....	34
7.1.3 Opsummering.....	36
8.0 Analyse.....	37
8.1 Analysestrategi	37
8.1.1 Databehandling	37
8.1.2 Kodning	38

8.2 Hvilke psykologiske processer gør sig gældende under det diakonale arbejde med sorg?	38
8.2.1 Tabsorienterede perspektiver	39
8.2.2 Re-etablerende perspektiver	42
8.3 Hvilke erfaringer i henhold til forebyggelsen af sorg har kirken fået som følge af arbejdet?	43
8.3.1 Diakoniske problemstillinger	43
8.3.2 Faglige kompetencer i diakonisk arbejde	44
8.3.3 Frivillige, faglighed og familie	46
8.3.4 Delkonklusion	47
8.4 Hvilke forandringer har diagnosticeringen af sorg betydet for den diakonale praksis?	48
8.4.1 Sorggruppernes dikotomi	48
8.4.2 Den samfundsmæssige konsekvens ved en diagnose	49
8.4.3 Folkekirken som diagnostiker	50
8.4.4 De særligt sårbare	52
8.4.5 Delkonklusion	53
9.0 Diskussion	54
10.0 Konklusion	56
11.0 Perspektivering	58
12.0 Litteraturliste	60
12.1 Bøger og tidsskrifter	60
12.2 Internetkilder	62

Abstract

The scope of this thesis is to investigate the role of the Church of Denmark in the prevention of PGD (prolonged grief disorder). This through an investigation of the griefshare groups constituted by the church. Additionally, the thesis aims at investigating the social implications of the acknowledgement of PGD in WHO. Through a scientific report, published by researchers with close ties to griefshare groups, this thesis investigates the employment of the theoretical psychological groundwork used by the church.

The main data in this qualitative study is yielded from the documentary analysis, which is conducted together with the snowball sampling method to find relevant empirical data. Moreover, a single semi-structured, dialogue-based, expert-interview with a pastor is conducted to shed light on the recent developments within the griefshare groups. I also utilize the methodological framework done by L. Yardley to strengthen the validity and reliability of the study. Finally, social constructivism is applied as a scientific foundation for the study, in an effort to elucidate the social constructions in the grief process.

The diaconal social work with griefshare groups has overall yielded positive results according to the leaders and participants themselves, however, there is still room for improvement; The theological approach used within the griefshare community inadvertently excludes certain social groups as well as religious segments of society. Furthermore, the Danish Health Authority expects² the church to be one of the main actors in the identification of griefshare participants with symptoms of pathological grief. However, the result of the analysis shows that the leaders of the church's griefshare groups lack relevant qualified psychological skills, although they are able to provide some spiritual and existential encouragement.

² <http://www.sst.dk/~media/3B57BB8B65014D73B47A7023546B4A62.ashx> : s31

1.0 Indledning

Begrebet "sorg" dækker over mange former for sorg og den sorg som fremkommer på baggrund af dødsfald af nærtstående pårørende er nu blevet anerkendt som selvstændig psykiatrisk diagnose og bliver anført på WHO's³ ICD-liste⁴ over psykiske sygdomsdiagnoser. Anerkendelsen af sorglidelsen som selvstændig diagnose har bevirket at sorg nu betragtes som potentielt invaliderende, hvilket har fremkaldt videnskabelig- og medieinteresse i sorgfænomenet.

En gruppe forskere med psykologiproffesor Svend Brinkmann i spidsen fik i 2016 bevilget 12,6 mio kroner til gennemførelse af undersøgelsen; "Sorgens Kultur"⁵. Projektets målgruppe er børn og unge, der har oplevet tab, og undersøgelsen anvender pædagogisk-psykologiske teorier med den hensigt, at udforske hvordan tabet påvirker børn og unge i deres udvikling.

Det største fokus i mediedebatten er rettet mod anerkendelse af sorg som kommende psykisk diagnose, samt muligheder for forebyggelse og behandling af sorglidelse.

"De foreløbige undersøgelser viser, at omkring otte procent af alle, der mister et nærtstående menneske, rammes af forlænget sorg i en grad, så de har behov for professionel hjælp. Det svarer til omkring 16.000 danskere årligt." (Guldin 2016)

Både sorgforsker post.doc. Mai-Britt Guldin og sognepræst i Bramdrupdam, Lone Vesterdal glæder over, at de danskere, som er ramt af patologisk sorg og ikke kan blive helbredt uden faciliteret hjælp, får en mulighed for at modtage målrettet

³ World Health Organization: Organ inden for FN, der varetager global sundhed, hjemmeside: <http://www.who.int/>

⁴ <http://www.who.int/classifications/icd/revision/icd11faq/en/>

⁵ <http://edu.au.dk/aktuelt/nyhed/artikel/dpu-forskere-skal-undersoege-sorgens-kultur/>

behandling⁶. Tidsrammen for den nu anerkendte diagnose, ligger på omkring 6 måneder, hvilket dog bekymrer både forskeren og sognepræsten, fordi de mener, at der vil være betydelige forskelle på individuelle reaktioner og bearbejdning af sorgprocessen. Dette understøttes bl.a. af tidligere psykologiske teorier omkring krise og tab, der estimerer at bearbejdelsen af sorg tager omkring 1 år - vel og mærke når sorgprocessen forløber optimalt⁷. Guldin peger endvidere på den stadig manglende viden om, hvordan og hvornår sygdommen er funktionsnedsættende, hvilket gør diagnosticering upræcis og ukonstruktiv⁸. Grunden til at sorg er blevet anerkendt i WHO, er at der har været en efterspørgsel blandt epidemiologiske og psykologiske forskere og sundhedspersonale, der har haft en opfattelse af en utilstrækkelighed i arbejdet med sorg⁹. Den videnskabelige baggrund for den form som diagnosen har i dag, skyldes gennemgående kvantitative og kvalitative undersøgelser¹⁰ foretaget af WHO¹¹. Her har opfattelsen af sorg, spillet en afgørende rolle for hvordan forskerne har vedtaget diagnosen.

Sorgen kategoriseres under to former: den *normale sorg* og den *komplicerede sorg* (Mogensen & Engelbrekt 2013:15). Den normale sorg betegnes som en sorgprocess, hvor de mest intensive reaktioner finder sted i de første måneder (dog højst seks) efter et tab. Den første periode efter tabet er sorgsmerten intens, og den efterladte har tendens til at isolere sig ved at fravælge deltagelse i sociale aktiviteter, denne ellers ville have deltaget i. I tilfælde af normal sorg aftager afsavnet med tiden, og individet vil begynde at vende tilbage til hverdagen og gængse sociale aktiviteter (ibid.: 18-19.).

Begrebet *kompliceret sorg* refererer kun til de tilfælde, hvor sorgprocessen varer særligt lang tid (over et halvt år) og sorgsymptomerne kan beskrives som særligt intense og vedvarende (ibid.: 17-18).

⁶ <https://politiken.dk/indland/art5614584/Snart-bliver-sorg-en-diagnose>

⁷

https://www.sdu.dk/da/om_sdu/institutter_centre/institut_psykologi/forskning/forskningsgrupper/videnscenter_for_psykotraumatologi/temasider/sorg/hvor+laenge

⁸ <https://politiken.dk/indland/art5614584/Snart-bliver-sorg-en-diagnose>

⁹

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162960/9789241548922_eng.pdf;jsessionid=E222AB3630521F1E03BFDF6E25ACECEA?sequence=1

¹⁰ <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000121>

¹¹ <https://pdfs.semanticscholar.org/d310/5b17ff66194d24477b696a5754cb0b352b36.pdf>

Hvis symptomerne forløber i en periode, der ikke aftager i løbet af de første seks måneder efter tabet, tales der om udviklingen af komplicerede eller patologiske sorgreaktioner. Udover de følelsesmæssige reaktioner, forværres de fysiske sorgsymptomer typisk også, herunder hovedpine, søvnproblemer, svingende appetit og kvalme, der ikke længere kan bekæmpes af den sørgende uden professionel behandling. Samtidig kan nedsættelsen af de kognitive reaktioner, samt tendensen mod social isolation, forhindre den sørgende i opråb om hjælp (ibid.:17-18). Efter seks måneders forløb, hvor symptomerne ikke er aftaget, står den sørgende i risiko for at sorgens komplikationer kan føre til diagnose og i værste fald til funktionsnedsættelse. Forebyggelsesindsatser vil være effektive i det første halve år efter tabet, mens at ved kompliceret sorg påkræves andre sunhedsfaglige indsatser. Den følgende undersøgelse vil udelukkende beskæftige sig med forebyggelsesindsatser og dermed vil behandlingstilbuddene ikke behandles nærmere.

Ifølge sorgforsker Mai-Britt Guldin, er folkekirken den mest efterspurgte udbyder af sorggrupper, idet den er åben for alle medlemmer af samfundet, uafhængigt af tilknytning til religion, køn, alder eller tabsårsag. Udbredelsen af kirker spiller tillige en afgørende rolle, da der i en stor del af de 2 534 folkekirker i Danmark afholdes sorggrupper¹². Sorggrupperne i folkekirken er derved et eksempel på, hvordan diakoni og samfundsbehov kan interferere på et mere omfattende niveau, end blot religion.

Sundhedsstyrelsen understreger vigtigheden af en præventiv forebyggelsesindsats i de tidlige stadier i sorgforløbet, med henblik på at forhindre udviklingen af kompliceret sorg¹³. I forbindelse med den tidlige forebyggelsesindsats er det særligt interessant, at Sundhedsstyrelsen ser folkekirken som en af de vigtigste samfundsaktører i feltet¹⁴, når der er tale om en forebyggende indsats i sorgprocessen. Sundhedsstyrelsen anbefaler at præster opretholder kontakt med de efterladte efter begravelse og hjælper de sørgende med at forebygge kompliceret sorg (ibid.: 34). Det Nationale Sorgcenter henviser tilmed - via deres hjemmeside - til

¹² <https://www.folkekirken.dk/aktuelt/nyheder/sorggrupper-boomer-i-folkekirken>

¹³ <https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2016/center-for-kompliceret-sorg>

¹⁴ <http://www.sst.dk/~media/3B57BB8B65014D73B47A7023546B4A62.ashx> s 34

folkekirkens sorggrupper rundt i landet, hvormed det understøttes at den offentlige behandling og forebyggelse af sorg i høj grad varetages af folkekirken.

I folkekirkens sorggrupper opdeles de sørgende derfor efter årsagerne til tabet. Dette fordi, at der kan være forskellige følelser forbundet til sorg. Eksempelvis vil vrede være en oplagt og typisk følelse forbundet med selvmord, mens at der ved tabet af et ældre familiemedlem er knyttet nogle andre følelser (Mogensen & Engelbrekt 2013:112f). En anden vigtig skelnen er hvor langt de sørgende er i sorgprocessen. Der er forskel på følelserne forbundet med at miste én af sine nærmeste indenfor hhv. kort og lang tid.

Dødsårsagerne kan altså variere meget, men det de har tilfælles er, at hvert dødstilfælde skaber efterladte som lider af sorg.

Det første der undrede mig, da jeg iværksatte den kommende undersøgelse, var at Sundhedsstyrelsen overlod en del af forebyggelsen og behandlingen af sorg til kirken. Dette fordi der ikke lå meget viden til grund for kirkens praksis og Sundhedsstyrelsen havde ikke på forhånd undersøgt kirkens metoder eller resultater. Viden om dette kunne bidrage til at skabe en forståelse for de kirkelige sorggruppers funktion og behandlende/forebyggende virkning. Dog findes der ikke særlig mange undersøgelser på dette område og det er heri specialet finder sin berettigelse. Netop fordi kirkens sorggrupper udgør fundamentet for de forebyggende tiltag - også fra offentligt regi - er deres resultater, metoder og praksis et særligt interessant genstandsfelt, hvis der søges viden om forebyggelsen af kompliceret sorg i Danmark. Da sorg er en potentielt invaliderende lidelse, kan viden om forebyggelsen heraf bidrage til at mindske antallet af invalide grundet denne diagnose, hvilket udgør specialets sigte.

2.0 Problemfelt

Der findes en række psykologiske teorier som beskæftiger sig med tab og sorg. Disse teorier anvendes i vid udstrækning af folkekirkens arbejde med de sørgende¹⁵. Herunder kan Bowlby, Freud, og Cullberg nævnes. Disse har beskæftiget sig med emnet og beskriver symptomerne i sorgens startfase som bl.a. kognitive forstyrrelser, ufrivillige genoplevelser, spiseforstyrrelser. Dog er det ikke på forhånd muligt at vide, hvorvidt disse symptomer vedbliver, aftager eller forværres efter seks måneder (Mogensen & Engelbrekt 2013:15). Disse ændringer påvirker den efterladedes liv og dennes omgivelser. Den efterladede påvirkes eksempelvis ved produktivitet i arbejdslivet, således at sorglidelsen sætter sit præg på den efterladedes fravær under sorgperioden. Den tidligere nævnte isolation og fravælgelse af typiske sociale aktiviteter er også af betydningsfuld karakter. Dermed er de sociale konsekvenser ved sorg, ret betydningsfulde - ikke blot for det enkelte individ, men for samfundet som helhed, når det tages i betragtning at 16.000 danskere rammes af sorg årligt. Direktør i Børn, Unge & Sorg, Preben Engelbrekt pointerer, at kompliceret sorg, ifølge undersøgelsen, foretaget af Deloitte analysefirmaet koster samfundet op til 3,4 milliarder kroner i sygedagpenge, nedsat produktivitet, samt ressourcer til at iværksætte behandling, tilskud til medicin m.m.¹⁶. Derved kan sorg klassificeres som et socialt og samfundsmæssigt problem (Mogensen & Engelbrekt 2013:7f). Symptomerne i normal og kompliceret sorg er identiske, men sorgen er en individuel proces. Symptomer kan vedblive, aftage eller forværres. Udover de fysiske og psykiske symptomer fremkalder sorgen ofte eksistentielle kriser, såsom meningsløshed, identitetstab og isolation. Isolations-tendensen medfører en følelse af ensomhed, og her kan folkekirken med dens ekspertise inden for det spirituelle og det åndelige bidrage som samfundsaktør. I denne kontekst er det faktum, at Sundhedsstyrelsen anser kirken som samarbejdspartner i sorgforebyggelsesstrukturering logisk.

¹⁵ <http://sorg.folkekirken.dk/til-sorggruppeledere/viden-om-sorg/sorgmodeller-og-sorgteorier>

¹⁶ <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/forskningscenter-sorg-koster-samfundet-milliarder>

I de foregående afsnit har jeg belyst betydningen af kirkens arbejde med sorg, samt understreget vigtigheden af det forebyggende arbejde. Det er endvidere også blevet afdækket at der er en reel mangel på viden om forebyggelsen af sorg, i de sektorer af vores samfund som arbejder med netop dette område - altså folkekirken. Det diakonale arbejde, som kirken foretager, spiller en væsentlig rolle i den måde, vi som samfund, har indrettet vores forebyggelse af kompliceret sorg, men vi har ikke meget viden om de positive og negative sociale og psykiske konsekvenser ved deres arbejde. Dette skyldes at folkekirken ikke er en offentlig institution på linje med sundhedssektoren og derfor samles der ikke per automatik op på de resultater og erfaringer som folkekirken har. Formålet med dette speciale er altså at opnå indsigt i de diakonale erfaringer med forebyggelse af sorg og bidrage med viden om, hvordan det diakonale arbejde kan styrke sin indsats og hvor der er potentielle faldgruber - altså hvilke sociale og psykologiske konsekvenser har kirkens arbejde for de deltagende og hvor kan disse siges at have væsentlige mangler og/eller fordele. I dette perspektiv vil jeg lægge særlig vægt på hvilken betydning anerkendelsen af sorg som diagnose har haft for det diakonale arbejde og om diagnosticeringen videre har styrket kirkens indsats og hvordan.

Her er det relevant at opnå indsigt i den praksis, metode og de teoretiske grundlag der konstituerer folkekirkens arbejde. Da der kun findes enkelte undersøgelser som beskæftiger sig med dette emne, kan denne viden muligvis bidrage til at styrke indsatsen overfor de sørgende og dermed kan vi potentielt undgå store personlige og samfundsmæssige omkostninger.

For at opnå indsigt i folkekirkens arbejde mod forebyggelse af sorg, iværksættes i det følgende en kvalitativ undersøgelse, som tager udgangspunkt i den ene af de to undersøgelser, der allerede foreligger på området. Grundet tidsmæssige begrænsninger inddrager den følgende undersøgelse altså sekundær empiri, frem for egne indsamlede data. Den primære empiri i undersøgelsen udgøres af et eksplorativ ekspertinterview med initiativtageren for folkekirkens arbejde mht. sorg. Udover de ovennævnte skridt i datasamling har jeg deltaget i kurset: "*Tænkepauser om sorg*" udbudt af sorgforskeren Mai-Britt Guldin i samarbejde med Køge bibliotek. Under forløbet er der indhentet viden og forståelse omkring sorg, diagnosticering og mulige forebyggelsesmetoder. Kursusforløbet er audiooptaget efter aftale med kursusudbyder.

Foreliggende speciale vil tage sit videnskabsteoretiske afsæt ud fra en socialkonstruktivistisk vinkel, med henblik på at undgå at behandle sorg som et individuelt psykologisk fænomen, frem for et socialt konstrueret et. Den særlige vinkel som specialet tager er netop at sorg skal opfattes som et produkt af relationerne mellem individer i et bestemt socialt netværk: kirken - og ikke som et psykologisk, enkeltstående, individuelt problem. Dermed tager specialet udgangspunkt i de relationer der skabes som produkt af deltagelse i sorggrupperne og hvordan forskellige forhandlinger af positioner, roller, forventninger, følelser og tanker påvirker den sørgendes forebyggelsesindsats. Den anvendte teori vil endvidere være i tråd med de psykologiske teorier som folkekirken selv anvender. Problemformuleringen lyder derfor således:

2.1 Problemformulering

Hvordan bidrager diakonalt arbejde til forebyggelsen af sorglidelser og hvilken rolle spiller anerkendelsen af sorg som diagnose i dette diakonale arbejde?

2.1.1 Arbejdsspørgsmål

- **Hvilke psykologiske processer gør sig gældende under det diakonale arbejde med sorg?**
- **Hvilke erfaringer i henhold til forebyggelsen af sorg har kirken fået som følge af arbejdet?**
- **Hvilke forandringer har diagnosticeringen af sorg, betydet for den diakonale praksis?**

3.0 Min positionering

Som nævnt i projektets indledning, kan sorglidelse føre til mental og/eller fysisk funktionsnedsættelse og kan dermed være invaliderende. Derfor fremhæves de teoretiske modeller, der benyttes til fortolkning af handicapforståelse i socialt arbejde. Dette indblik er særligt relevant at inddrage i projektet for at beskrive min positionering som forsker bedst muligt. Som forsker i dette speciale positionerer jeg mig ud fra den sociologiske model i handicapforståelser, som falder naturligt sammen med den socialkonstruktivistiske videnskabsteoretiske tilgang, jeg har valgt at analysere data rammesæt i.

3.1 Psykisk lidelse og handicapforståelse

Denne del af specialet skal belyse forskellige syn på den kommende sorgdiagnose i socialt arbejde, med hensigten at fremhæve erkendelsen af lidelsen som virkelighed. Min positionering som forsker tager sit afsæt i den *sociologiske model af handicapforståelser*, der dikterer, at det er samfundssynet på fænomenet, der spiller en hovedrolle i, at de sørgende føler sig syge, og ikke sorg som sygdom, der er en årsag til funktionsnedsættelse. Jeg vil desuden udpege, hvilke tilgange der bruges til forståelse af psykiske lidelser og handicap i socialt arbejde samt, hvorvidt der har været enighed blandt fagprofessionelle om, at sorgen er blevet til selvstændig psykisk diagnose. Afsnittet vil belyse adskillige metodiske modeller i fortolkningen af handicapforståelse.

Handicapforståelser er et historisk mobilt begreb. I 1800-tallet anskuedes handicap at være en funktionsnedsættelse, der hindrede arbejdsevnen. I dag er det mere bredt og indbefatter blandt andet psykiske handicap, f.eks. PTSD eller PGD. Derfor antages det at sorg i kraft af PGD-diagnosen er et handicap og det forekommer mig følgelig relevant at opridse *The Social Model of Disability* og *The Medical Model of Disability*, to velkendte metodiske perspektiver inden for feltet *Disability Studies* i

Socialt Arbejde for at forstå, hvilken hverdag de sørgende møder. I Danmark defineres begrebet *handicap* som værende et *relationelt* fænomen, der opstår i samspil mellem funktionsnedsættelser og forhindringer i omgivelserne. Derfor finder jeg det oplagt, at kort opridse den *sociale model* og i denne forbindelse også den *medicinske model*, for at kunne relatere den til det tidligere stillede spørgsmål.

I den sociologiske model anses samfundets syn på invalide at være skyld i følelse af handicap og ikke sygdommen selv. Den sociale model er kendetegnet ved dets opdeling i *impairment* (funktionsnedsættelse), som defineres ved "*helt eller delvist at mangle eller have en defekt legemsdel, organisme eller kropslig mekanisme*" og *disability* (handicap), der defineres som "*ulempen eller begrænsninger i udførelsen af aktiviteter forårsaget af omgivelserne, hvis indretning slet ikke eller kun i meget begrænset omfang tager hensyn til mennesker med funktionsnedsættelser og derfor ekskluderer dem fra aktivitet og deltagelse*" (Kurth 2013:40).

I den medicinske model anser man patologien eller funktionsnedsættelsen (som kræver langsigtet behandling), i at være skyldig i individets handicap. Handicap er en misdannelse eller abnormitet på individniveau. Handicappet fremkommer som en gene for individet og indskrænker individets livskvalitet. Kritikere af modellen mener, at den får sundhedsvæsenet til at skildre dem med handicap som hjælpeløse mennesker, der vækker medlidenhed. Ifølge dem skaber det et negativt billede af de deaktiverede i stedet for at anerkende handicap som en samfundsfaglig og social problemstilling.

Ved at relatere disse modeller i handicapforståelse til sorggruppepraksissen, skabes der et helhedsbillede af synet på individer med funktionsnedsættelse i samfundet. Desuden understreges vigtigheden af at være afklaret omkring specialets perspektiv på patologien. Specialet tager følgelig et sociologisk perspektiv, hvor funktionsnedsættelsen anses som værende et produkt af individets møde med omverden.

4.0 Afgrænsning og begrebsafklaring

Jeg vil i dette afsnit afklare de centrale begreber, jeg bruger i mit speciale. Uddybelse af begrebsdefinitionen med udgangspunkt i dette speciale har til hensigt at gøre gennemlæsningen mere tilgængelig, samt at give fokuseret billede af min tilgang til feltet.

Sorg kan have forskellig afstamning, og selve begrebet anvendes i den brede offentlighed med altomfattende meningsmæssig indhold i sammenhæng med adskillige livssituationer. I det offentlige rum benyttes betegnelsen *sorg* som en beskrivelse af de vanskelige følelser ved f.eks. skilsmisse eller fyring, hvor man bliver hårdt ramt af mange komplekse reaktioner og efterreaktioner. På den anden side kan tunge tanker og frustration også ramme ved konflikter. Den slags sorg, som ofte er romantiseret i skønhedslitteratur (f.eks. i digte beskriver man kærlighedssorg), kaldet små tab eller *symbolske* tab¹⁷.

I min opgave begrænser jeg mig til den primordiale betydning af begrebet, som er fremlagt i bred faglig litteratur om sorg, altså: "*sorg som en reaktion på tab i forbindelse med død*" (Mogensen & Engelbrekt 2013:16).

Når sorg skyldes død, er det afgørende for de efterladte, at den person, man hidtil har holdt af, ikke lever længere. Døden sætter et "punktum" i forholdet, og sorgen her har derfor anderledes symptomatik og intensitet, end ved andre livsoplevelser, eksempelvis ved skilsmisse.

Tab - omstændighed, når ens kære, nærværende menneske afgår ved døden.

Efterladte - den/de der bliver tilbage efter nærtstående eller pårørende afgår ved døden.

Sorg - en følelsesmæssig tilstand, de efterladte pårørende befinder sig i gennem sorgprocessen.

Diakoni - socialt arbejde i folkekirkens rammer¹⁸. Diakoni håndhæves af sognmedarbejdere, der bidrager med deres faglighed, mens mange af de diakonale

¹⁷ <https://www.cancer.dk/omsorg/boern-i-sorg/sorg-har-mange-arsager/>

¹⁸ <https://www.folkekirken.dk/folkekirken-arbejder/socialt-arbejde>

indsatser udføres af frivillige. Der findes tre forskellige former af diakoni: *menighedsdiakoni, organisationsdiakoni og international diakoni*. (Nissen 2008:125) *Menighedsdiakoni* praktiseres på en lokalplan og betegnes ofte som professionel indsats. Jeg begrænser mig i opgaven til *menighedsdiakoni*. *PGD* - en psykiatrisk diagnose - prolonged grief disorder eller forlænget sorgdiagnose i dansk udgave.

5.0 Metode

I det følgende vil jeg diskutere specialets validitet og reliabilitet i sammenhæng med den anvendte primære og sekundære empiri. Dette vil desuden indeholde en argumentation for valget af sekundær empiri og de metodiske refleksioner som ligger til grund for anvendelsen af denne. De metodiske overvejelser og valg jeg har foretaget belyses endvidere løbende. Herunder belyses det hvorfor anvendelsen af observation ikke var mulig og hvilke konsekvenser dette fravalg har haft for opgaven. Afslutningsvis præsenteres de etiske overvejelser sammen med en diskussion om fordele og ulemper ved den valgte metode.

5.1 Præsentation af empiri

Min empiri består af flere bestanddele. Den primære og dermed egenproducerede empiri består af et ekspertinterview med Line Bjørn Hansen, som er medforfatter til den anvendte sekundære empiri. Den sekundære empiri, som konstituerer det største datamateriale udgøres dels af: "*Når sorgen bæres sammen - en undersøgelse af folkekirkens sorggruppepraksis*", som er en socialvidenskabelig undersøgelse, der er udarbejdet af sognepræst Line Bjørn Hansen, cand.theol., ph.d. Marie Hedegaard Thomsen og hospitalspræst Christian Juul Busch med støtte fra Trygfonden. Den blev udført i 2014 og har til formål at fremme viden blandt nuværende og kommende sorggrupper i Folkekirken, ved at "*identificere*

eksisterende sorggrupper i folkekirken, indsamle praksiserfaringer og -refleksioner fra nuværende sorggruppeledere, samt indsamle erfaringer af sorggruppedeltagelse og dennes betydning for efterladte".¹⁹ Der er gjort brug af to metoder i undersøgelsen: spørgeskemaundersøgelse og interview. Undersøgelsen indeholder praksisanbefalinger og perspektiver i diakonalt arbejde med sorggrupper i folkekirken rammer. Undersøgelsen er offentligt tilgængeligt, dog er målgruppen professionelle som arbejder med eller undersøger sorggrupper i folkekirken. Dette bidrager til min analyse med nuanceret og detaljeret information om den indsamlede erfaring fra sorggruppekoordinatorer som en grundig beskrivelse af de metodiske tilgange man bruger i diakoni. Undersøgelsen understøtter min primære data i analysen, som foretages udefra et professionelt perspektiv. Dermed er jeg bevidst om, at undersøgelsen er udarbejdet og fortolket af *eksperter*, der har vidensgrundlag i både sundhedsfaglig, socialvidenskabelig og kirkelig praksis med sorgarbejde. (Lynggaard 2016:155-157).

Den resterende del af den sekundære empiri udgøres af bogen "*At forstå sorg - Teoretiske og praktiske perspektiver*", som er forfattet af Jesper Roesgaard Mogensen og Preben Engelbrekt. Den drager nytte af praktisk erfaring med terapi og rådgivning med sørgende, samt teorier og perspektiver, der bidrager til forståelse af fænomenet. Dermed er bogens primære målgruppe professionelle, som beskæftiger sig eller planlægger at arbejde med sorgramte. Der angives også nogle eksempler på casestudie for at uddybe sorgforståelsen.

I et forsøg på at opnå dybest mulige indsigt i emnet deltog jeg i et kursus af Mai-Britt Guldin, kaldet *Tænkepauser om sorg*. Kurset indeholdt flere perspektiver på sorgfænomenet. Første del af kurset bestod af en redegørelse over de primordiale psykologiske sorgteorier som oftest anvendes i sorgbearbejdelse i Danmark og de nye forskningsmæssige teoretiske tendenser i USA. Herunder opstod der en diskussion om, hvorvidt sorgen er en psykisk proces de efterladte gennemgår efter tabet eller om fænomenet er konstrueret af samfundet, hvilket jeg fandt særligt relevant i henhold til min socialkonstruktivistiske videnskabsteoretiske tilgang. Efterfølgende blev fokus rettet mod sorg-diagnose, dens betydning i samfundskontekst og de eksisterende bekymringer i forbindelse med sorgdiagnose.

¹⁹[http://sorg.folkekirken.dk/Resources/Persistent/f/9/5/1/f951faf9b52fae2d30c417106dd4c4da62fc89ba/Sorggrupper i folkekirken - Rapport - Naar sorgen baeres sammen - ENDELIG VERSION Juni 2014 1 .pdf](http://sorg.folkekirken.dk/Resources/Persistent/f/9/5/1/f951faf9b52fae2d30c417106dd4c4da62fc89ba/Sorggrupper%20i%20folkekirken%20-%20Rapport%20-%20Naar%20sorgen%20baeres%20sammen%20-%20ENDELIG%20VERSION%20Juni%202014%201.pdf)

Afslutningvis blev der diskuteret de forebyggende tilbud som er igangsat og de muligheder, der vil findes på området i fremtiden. Deltagelsen i kurset gav mig mange nye indsigter, som løbende inddrages i forestående undersøgelse.

5.2 Argumentation for valg af sekundær empiri

Ved undersøgelsens planlægning ønskede jeg at få adgang til deltagerne i sorggrupperne, for at kunne genere min egen primære empiri. Dette blev dog umuliggjort af flere årsager: For det første var der nogle etiske komplikationer ved at deltage i sorggrupperne, som præsterne der arrangerede grupperne var skeptiske overfor. De ville ikke lade en studerende sidde og skrive notater på sidelinjen, da de sørgende jo befinder sig i en yderst sårbar og følsom situation. De observeredes psykiske tilstand kunne jo føre til *uønskede situationer* og derfor kan der opstå "*farlig viden*" (Szulevicz 2015:95). Sognepræsterne var desuden forbeholdne over for de tidsmæssige rammer som specialet påbød, da det ikke ville være muligt for at følge et helt forløb - da disse typisk varer mellem 6-12 måneder. Det indtryk jeg vil have fået, gennem deltagerobservation ville således have været et øjebliksbillede. For det andet blev adgangen til informanterne også obstrueret af, at folkekirken ikke holder styr på hvem der har deltaget i deres sorggrupper, da de ønsker at anonymisere deltagerne mest muligt. Dette umuliggjorde min adgang til informanter, som havde gennemgået et forebyggende forløb i folkekirken, eller som stadig var aktive i et forløb, men som kunne stille op til et interview. Af disse årsager så jeg mig nødsaget til at anvende den empiri der allerede foreligger på området.

Da en væsentlig bestanddel af min empiri udgøres af sekundær empiri, i form af tertiære data fra brugerinterviews ved gennemførelsen af "Når sorgen bæres sammen", har jeg ikke haft mulighed for at bruge mig selv som metodisk redskab under gennemførelsen af disse interview. Fordelen ved den sekundære empiri er at jeg har haft adgang til en væsentligt større mængde empiri, end det havde været muligt for mig selv at generere. Samtidig tilbyder de sekundære interview mulighed for et brugerperspektiv som ellers ikke var mulig for mig at få adgang til (Lynggaard 2016:155-157). Den sekundære empiri giver desuden mulighed for at følge deltagerne i sorggrupper over længere tid, end jeg selv ville have haft mulighed for.

5.3 Metodiske udvalg og dataindsamling

I forbindelse med problemstillingen og ovennævnte forebyggelse af sorglidelsen, diskuteres de metodiske valg i det følgende, herunder præsenteres sneboldmetoden kombineret med en eksplorativ tilgang.

5.3.1 Sneboldmetoden og dataindsamling

Som metodisk redskab til at gøre mig bekendt med feltet og udvælge relevante dokumenter, at basere min analyse på anvendes sneboldmetoden. Sneboldmetoden - med afsæt i det eksplorative interview - har til hensigt at spore referencer mellem den feltcentrale aktør og et dokument. Sneboldmetoden indebærer en tæt relation mellem den feltcentrale aktør og det givne dokument, kaldet moderdokumentet (Lynggaard, 2016: 158). Et *monument* er i sneboldsforstand det centrale dokument, som øvrig empiri relateres til. Både min informant og samtlige dokumenter indenfor vidensfeltet, *sorg*, refererer til undersøgelsen "*Når sorgen bæres sammen*", der er *monumentet* i analysen, og udgør en betydelig database for det indsamlede empiriske data.

Hensigten med sneboldmetoden er tvedelt. Først kan den anvendes i forbindelse med at opnå indsigt i eksisterende viden. Her skal man, ifølge Lynggaard, gennem litteratursøgning finde et *moderdokument*, som udpeger andre dokumenter og/eller aktører i det felt, som moderdokumentet befinder sig i (ibid.:157). Således opnås samtidig indsigt i den eksisterende viden i det givne felt og der tages udgangspunkt i forfatterens egne litterære udgangspunkter.

Endvidere er hensigten med *sneboldmetoden* at skabe referencepunkter mellem de to former for empiri og derigennem belyse deres indbyrdes forhold, relation og samvirke. I specialet udgøres *moderdokumentet* af undersøgelsen: *Når sorgen bæres sammen*, mens den *feltcentrale aktør* repræsenteres af sognepræsten Line

Bjørn Hansen. Sognepræsten er via participation særligt knyttet til den sekundære empiris materiale, da hun har været initiativtager til udarbejdelsen af *Når sorgen bæres sammen*. Rent praktisk, har *sneboldmetoden* gjort det muligt for mig at finde den viden og de tekster som udgør rammerne for mit felt. *Mætningspunktet* for at afsøge ny viden blev nået, da de refererede empiriske data blev udtømt og kun bidrog minimalt til selve analysen (ibid.:157).

Anvendelsen af *sneboldmetoden* har altså bevirket at jeg har gjort mig fortrolig med de relevante undersøgelser og den aktuelle viden der gør sig gældende på området. Min anvendte teori er eksempelvis et udtryk for dette forhold. Gennem referencer fra *moderdokumentet* blev jeg nemlig klar over, hvilke teoretiske konstitutioner allerede gjorde sig gældende på området. Dette fordi *moderdokumentet* refererede til en række tekster, hjemmesider og interview som har det til fælles, at de gør brug af mange af de samme teorier. Herefter stod det klart hvilke teorier som typisk anvendes inden for det socialvidenskabelige felt omkring sorg og mit valg af teorier er et produkt heraf.

5.3.2 Validitet og reliabilitet

Reliabilitet omhandler objektiv sandfærdighed og hvorledes andre forskere, med samme videnskabelige fundament, ville være i stand til at reproducere specialet og derigennem opnå samme konklusion og resultat. Denne forståelse giver dog ikke megen mening i en socialvidenskabelig, socialkonstruktivistisk kontekst, hvorfor reliabilitet i denne sammenhæng i højere grad omhandler troværdig fremlægning af argumenter, en høj grad af gennemskelighed og en detaljeret beskrivelse af de refleksioner og metodologiske, teoretiske og videnskabsteoretiske overvejelser der ligger til grund for specialets struktur og udformning. Dette er ligeså ikke noget som kan affejes i et enkelt afsnit. Derimod bestræber jeg mig på at demonstrere en høj grad af reliabilitet via gennemgående efterlevelse af ovenstående krav.

Validitet refererer til graden af hvorledes denne undersøgelse lever op til gængse, legitime krav om hvad god forskningspraksis kan siges at indebære, i henhold til ledende autoriteter på området (Yardley 2008:134-135). Undersøgelsens validitet demonstreres løbende igennem hele specialet og kan ikke dækkes over et

enkelt afsnit. Alligevel vil jeg i det følgende beskrive de skridt jeg har taget for at opnå en høj grad af validitet. I denne kontekst har jeg forholdt mig til Lucy Yardley's tekst *Demonstrating Validity In Qualitative Psychology* (ibid.:133-141). Anvendelsen af denne tekst skyldes at, jeg hovedsageligt gør brug af psykologiske teorier og kvalitative metoder, hvorfor Yardleys tekst er oplagt. Denne anvendelse kan retfærdiggøres, selvom specialet her ligger under rammerne for "socialt arbejde", da de forskellige metoder og validitetskrav er nogenlunde tværfagligt identiske. Yardley diskuterer de skridt der er nødvendige for at konstruere en høj grad af validitet i en given psykologisk undersøgelse og jeg vil her opsummere dem, som vurderes relevante for specialet:

- Triangulation
- Disconfirming case analysis / Comparing researcher's coding
- Coherence and transparency / Paper trail
- Sensitivity to context
- Commitment and rigour
- Coherence and transparency
- Impact and importance

I det følgende vil jeg kort behandle de ovenstående emner, for at belyse de overvejelser og skridt jeg løbende har taget for at styrke opgavens validitet.

5.3.2.1 Triangulation

Triangulation omhandler det forhold at en analyse og konklusion helst ikke skal udvikles på baggrund af et enkelt perspektiv og/eller metode - men helst tre eller flere (ibid.: 135-136). Fordelen ved triangulation er således at jeg kan be- eller afkræfte mine videnskabelige fund, ved at anskue dem fra nye perspektiver. Formålet med at bruge triangulation er således at betragte et socialt fænomen fra forskellige datakilder og dermed øge nuanceringen og detaljegraden af de analytiske fund. I dette speciale har jeg været udfordret i forhold til min adgang til feltet og begrænset mængde primær empiri. For at gøre op for dette forhold har jeg vedvarende gjort brug af den triangulerende metode. Dette eksemplificeres ved at

jeg har forsøgt at nuancere mit perspektiv gennem anvendelsen af forskellige datakilder. Disse datakilder består af diverse tekster, ét moderdokument, et ekspertinterview og deltagelse i et kursus ved Mai-Britt Guldin. Ved at undersøge *sorg* på tværs af disse datakilder, har jeg opnået en mere komplet forståelse for det felt jeg arbejdede med. For eksempel blev jeg gennem den triangulære metode bekendt med uoverensstemmelsen mellem hvor mange komplicerede sorgramte, som der forventes at være årligt. Mens moderdokumentet anslår at 8-10% af de sorgramte udvikler kompliceret sorg, mente Guldin at tallet maksimalt var 7% og flere andre tekster divergerede endvidere kraftigt i forhold til disse tal. Dermed kunne jeg konkludere at tallet midlertidigt er forbundet med stor usikkerhed og uoverensstemmelse - og at der som sådan ikke kan sættes et præcist tal på antallet af patologisk sørgende i fremtiden. Derudover understregede uoverensstemmelsen at forskningen vedrørende *sorg* stadig er et stridspunkt, som udvikles og udvides. Dette perspektiv havde ikke været muligt at opnå, uden triangulære metodiske overvejelser omkring datakilder.

5.3.2.2 Disconfirming case analysis / Comparing researchers coding

Endnu en metodisk overvejelse består i afkræftelsen af analytiske fund og konklusioner, samt en fælles refleksion over den analytiske kodning. Yardley henviser (ibid.:137) her til at god forskningspraksis bør indebære et forsøg på at afkræfte de konklusioner og delkonklusioner, der etableres. Dette kan gøres på flere måder, bl.a. gennem triangulation som benævnt ovenfor, men det kan også gøres gennem inddragelse af medstuderende og vejledere. For at opnå en mest mulig nuanceret forståelse for mit emne, har jeg løbende forhørt mig blandt vejleder og medstuderende om de - præsenteret med de samme relevante empiriske data - forstod argumenterne bag min analyse og/eller havde et nyt perspektiv på det behandlede empiriske materiale. Dette gjorde sig ligeså gældende ved kodningen af ekspertinterviewet. Således har jeg afkræftet, sammenlignet og trianguleret mit materiale og derigennem bearbejdet det, samt efterlevet Yardley's krav løbende, i et forsøg på at styrke specialets validitet.

5.3.2.3 Coherence and transparency / Paper Trail

En solid videnskabelig undersøgelse består af en høj grad af gennemsigtighed, sammenhæng og mulighed for at følge de skridt forskeren har taget, som ligger til grund for dennes analytiske fund og konklusioner. Som en del af dette, skal der være en klar tråd mellem valget af metode og teori, samt en gennemgående refleksion over de metodiske skridt og deres konsekvenser for analysen. Dette emne behandles løbende i metode- og analyseafsnit. Endvidere påkræves der en forståelig og troværdig fremlægning af argumenter, som giver rationel mening og socialvidenskabelig troværdighed, hvilket jeg løbende har bestræbet mig på.

For at sikre gennemsikuelighed har jeg dokumenteret, ajourført og systematiseret de foretagne skridt i undersøgelsen og databearbejdningen. Mine overvejelser, kodninger, noter, audiooptagelser mm. er derfor vedlagt som bilag, i en bestræbelse på at skabe den størst mulige gennemsikuelighed og overskuelighed i de metodiske tiltag der konstituerer empiri og dertilhørende analyse. Selv det materiale, som ikke er anvendt i selve specialet er bevaret, for at sikre at de skridt jeg løbende har taget kan dokumenteres. Ligeledes er mine rationaler grundigt efterprøvet gennem vejledning og rådgivning med andre vidende på vidensfeltet.

5.3.2.4 Sensitivity to context

Ifølge Yardley (ibid.:139) kræver den kvalitative undersøgelse en refleksion over hvilken kontekst undersøgelsen arbejder under. Her er genstandsfeltets sociokulturelle kontekst betydningsfuld, men det er også vigtigt at den forskningsmæssige viden om emnet og undersøgelsens placering i forhold til den allerede eksisterende viden, beskrives. Jeg har løbende gjort mig bekendt med feltet gennem sneboldsmetoden, som har dannet grundlag for konstruktionen af mit genstandsfelt og som har sat naturlige rammer for hvad der kan siges at være relevant viden. Derfor ved jeg at denne undersøgelse ligger sig indenfor, et i forvejen etableret forskningsmæssigt vidensfelt, og jeg har gennem det eksplorative arbejde opnået en dyb indsigt på dette område. Problemformuleringen er et produkt af denne

proces, da den tilbyder en ny vinkel, inden for dette vidensfelt - i form af diagnosticeringens betydning for *sorg*.

5.3.2.5 Commitment and rigour

Yardley beskriver, hvordan en gennemgående og fyldestgørende indsamling af data er afgørende for en undersøgelses validitet. Heri bestod en væsentlig udfordring i, at opnå adgang til informanter, hvilket behandles i tidligere afsnit (ibid.:140). Derudover omhandler dette kriterie en behandling af, hvorledes analysen er dyb nok og egentlig kan sige noget om sit genstandsfelt. Heri kan medtænkes hvorledes den udvalgte empiri er dækkende nok, for at beskrive genstandsfeltet og, om de involverede informanter kan repræsentere den målgruppe der udgør genstandsfeltet. Netop denne faktor, har været besværliggjort af, at jeg ikke selv har haft mulighed for at gennemføre interview af deltagere i sorggrupperne. Derfor har jeg måtte ty til interview foretaget af andre, som nok ligger inden for rammerne af mit genstandsfelt, men som jeg ikke selv har haft mulighed for at vælge. Dette begrænser selvfølgelig undersøgelsens kvalitative karakter, men har været den løsning jeg har måttet vælge af praktiske årsager. Den tid, jeg ville have brugt på at indsamle primær empiri, er til gengæld gået til at opnå et indsigtfuldt kendskab til de undersøgelser der i forvejen eksisterer og har givet mig mulighed for at inddrage et langt større spektrum af interview. Hvad opgaven muligvis kan siges at mangle i kvalitativ primær empiri, har jeg altså forsøgt at gøre op for, ved anvendelsen og bearbejdelsen af langt *flere* interview, end ellers muligt.

5.3.2.6 Impact and importance

Ifølge Yardley (ibid.:141) er det endnu et kvalitetskrav at emnet er relevant i en samfundsmæssig eller teoretisk kontekst og at emnet er aktuelt. Hvad Yardley her prøver at understrege er, at en undersøgelse gerne må være spændende og engagerende for læseren og at undersøgelsen skal kunne have en praktisk betydning for det genstandsfelt den undersøger. Undersøgelsens resultater bør fremstille ny viden på området, som er betydningsfuld for de implicerede og som leverer et argument der er holdbart. Selve specialets indledning er et produkt af den

proces, hvorved jeg har vedkendt mig dette kvalitetskrav. Netop indledningen er nemlig et forsøg på at skildre, hvorfor sorg er relevant at beskæftige sig med, hvorfor viden på området kan have samfundsmæssige implikationer og hvilken mængde af viden der i forvejen foreligger.

5.4 Kvalitativ ekspertinterview

5.4.1 Ekspert - Informant

Ekspertinterviewet med Line Bjørn Hansen belyses i det følgende. Først argumenteres der for anvendelsen af interviewet, hvorefter der redegøres for Hansens metodiske, teoretiske og praktiske rammer i forbindelse med forebyggelsen af sorg.

Ekspertinterviewet giver mig som forsker adgang til den viden om sorgforebyggelsespraksis og den ekspertise i feltet, som præsten har tilegnet sig gennem sin erfaring med diakonalt arbejde med sorggrupper. De første folkekirkens sorggrupper blev tilbudt i Husumvold Sogn og ideen om denne social indsats tilhører sognepræst Line Bjørn Hansen. Derfor tager jeg kontakt til Husumvold Sogn. Sorggrupper i Husumvold Sogn har eksisteret siden 2008 og er administreret af pensioneret sygeplejerske og plejehjemsforstander Lydia Thomsen og sognepræst Line Bjørn Hansen, mens metodeudvalg og opsætning af arbejdsrammer for sorggrupperne er varetaget af Thomas Bjørn Hansen, som er en psykolog, der har beskæftiget sig med patienter i sorg og krise (Hansen & Hansen 2010:7f). Min informant, sognepræst i Husumvold Kirke Line Bjørn Hansen, der var en firstmover bag organisering af folkekirkens sorggrupper og i dag er formand for styregruppen²⁰, modtog i 2014 på vegne af projektets sammenhold en *Kristelig Dagblads Initiativpris*, som anerkendelse af hendes aktuelle og bemærkelsesværdige

²⁰ Styregruppen er ansvarlig for fagudvikling og vidensdeling for Sorggrupper i Folkekirken. Styregruppen, der består af bl.a. hospitalspræster, en psykiater og sekretariatslederen for Folkekirkensamvirket, er ansvarlig for den faglige udvikling af sorggruppeprojektet og vedtager strategiske beslutninger derom.:<http://sorg.folkekirken.dk/om-os/organisering>

tiltag²¹. Eksperten er uddannet cand.theol. og har som udgangspunkt en kristen livsanskuelse, der ligger til grunde for hendes arbejde med sorggrupper.

5.4.2 Ethiske overvejelser

Kvale & Brinkmann (2009:80) understreger vigtigheden af de etiske overvejelser i interviewbaserede undersøgelser.

Ved et af de første møder med eksperten, har jeg introduceret undersøgelsens tema, dets formål og den overordnede forskningsplan. Vi blev enige om, at vi ikke indgår i nogen skriftlig fortrolighedsaftale vedrørende interviewforløbet.

Efterfølgende har vi drøftet *anonymisering*, der også blev fravalgt, idet den interviewede ikke har fremvist et ønske, om at være anonymiseret i projektet, dvs. den interviewede person ikke har et ønske om at skjule sin identitet. Ved drøftelsen af dette spørgsmål blev vi enige om, at anonymisering af informanten i ekspertinterviewet ville virke kunstigt og meningsløst, fordi jeg efter aftale angiver ekspertens profil med hensigt på, at beskrive ekspertisegraden, der ligger til grund for den særlige viden og erfaring, jeg opsøger i interviewet. Ved at blive identificeret og nævnet i projektet værdisættes og takkes min informant for sin indsats og kostbare viden, hun har forsynet projektet med. "Anonymitet kan beskytte deltagerne, men den kan også fratage dem "netop den stemme i forskningen, der måske oprindeligt er blevet påberåbt som dens formål"" (Kvale & Brinkmann 2009:84-92). Synliggørelse af informantens identitet giver en åben mulighed for modsigelse ved uoverensstemmelse eller misfortolkning af data. Dette sikrer kvaliteten af empiri og styrker dens reliabilitet, samt fjerner muligheder for mig som forsker at opfinde et "*alibi*" (ibid.:91)

Ved videre behandling af data forbliver jeg opmærksom på følsomme eller problematiske overvejelser i data, som behandles reflekterende i forhold til etiske og moralske spørgsmål (ibid.:80-83).

²¹ <https://www.kristendom.dk/kirke-tro/2014-09-27/initiativpris-får-vindere>

5.4.3 Interviewdesign

Jeg har valgt at indsamle empiriske data gennem det *kvalitative ekspertinterview* med afsæt i min problemformulering. For at kunne undersøge, hvilken rolle kirken i henhold til sorgforebyggelse i det diakonale arbejde, foretager jeg ekspertinterviews med sognepræst i Husumvold kirke Line Bjørn Hansen. Dette for at indhente viden om præstens diakonale erfaring med de sorgramte efterladte via det semi-strukturerede, dialogbaseret *ekspertinterview* (Brinkmann & Tanggaard 2015:31-32).

Formålet med ekspertinterviewet er at frembringe erfaringsmæssig indblik i og faktuel viden om sorgforebyggelsespraksissen i Husumvold kirke via sognepræsten. Indirekte indfanges også hendes personlige sociale konstruktion af fænomenet i hendes livsverden, dog anses eksperten bredt set ikke som et enkelt individ, men rettere som en repræsentant for en organisation eller institution, her folkekirken (Bogner et al. 2009:140).

Hos Kvale er interview med eksperter beskrevet som *eliteinterview*. Han argumenterer for, at interview med eksperter giver mest frugtbare data ved "det intense forhør i en sokratisk dialog, hvilket ideelt set kan føre til viden i betydningen *episteme*". Dvs. at dialogbaseret interview hviler på en filosofisk forståelsesform af den viden som kommer frem igennem *samtalebaseret undersøgelse* (Kvale & Brinkmann 2009:50-52,167).

Ifølge Kvale er der risici for *magtforhold asymmetri* i denne type af interview, da eksperten som regel er fortrolig med deling af sin faglige viden (ibid. 2009:50-52) For at skabe balance i *magtforhold* foretager jeg en del af forarbejde inden interview, hvor jeg klæder mig godt på med fagbegreber.

Idet jeg kun foretager *enkeltinterview*, er det mere overskueligt at bearbejde få mængder kvalitative data gennem interviews, som jeg kan drage nyttige sammenhænge og fortolkninger ud fra (Brinkmann & Tanggaard 2015:32). Jeg gør brug af *semi-struktureret enkeltinterview med åbne spørgsmål*, da jeg indgår i et ansigt-til-ansigt dialogsammenspil med den interviewede ekspert, for at opnå mest

mulig tillid, og dermed sikrer jeg at mine spørgsmål er forståelige for den interviewede. Derved får jeg uddybende besvarelser på opgavens problemstillinger.

Der er dog nogle risikoer ved enkeltinterviews: idet en stor del af *samtaleinteraktionen* hviler på interviewerens, kan denne blive ufuldstændig. Derfor foretog jeg forarbejde og mødtes med sognepræsten tre gange inden jeg påbegyndte interviewforløbet, hvor det kan siges, at *feltet åbnes op* ved disse forberedende møder (Szulevicz 2015:86) og dette giver mig som forsker erfaringsmæssig indblik i sorgforebyggelsespraksis i kirken. Disse interviews blev ikke lydoptaget, men grundigt noteret. Gennem disse præparative møder skabte vi gensidig tillid. Dette gav mig meget konstruktivt empirisk materiale til videre behandling. På baggrund af denne specifikke type interview sigter en efterfølgende analyse af empirien på ekspertens forklaring og redegørelse af fænomenet og de sociale konstruktioner om den (Kvale & Brinkmann 2009:167).

Fyldestgørende empirisk materiale giver et nuanceret billede af sorgforståelse og sorgforebyggelse i makroperspektiv. Dette udhuler også min forståelse for, hvilke sociale konstruktioner, der fører sorgproces til lidelse. Måden på hvordan den erhvervede erfaring i det diakonale forebyggende sorgarbejde kan bruges til sorgrelateret rehabilitation i bredere samfundskontekst, kan forstås ved beskrivelse af de metoder som bliver anvendt i folkekirkens sorggruppe i Husumvold Sogn som eksempel kontra de modeller, der irammesætter sundhedsfaglige indsatser. Struktur-mæssigt er de pågældende spørgsmål, som vil blive stillet til den interviewede, kortfattede og klare, så der formindskes enhver form for misforståelse.

6.0 Videnskabsteoretiske refleksioner

"Teori uden empiri er tom – empiri uden teori er blind"

(Pierre Bourdieu 1988)²²

I dette afsnit diskuteres de videnskabsteoretiske refleksioner i forestående analyse af empirisk data i dette speciale. For at undersøge sorgprocessen nærmere vil jeg foretage analysen af empirien i socialkonstruktivistisk videnskabsteoretisk perspektiv, der rummer et forandringsperspektiv i fænomenets udformning og betoner, at disse forandringer er socialt skabte og erkendte i samfundet (Fuglsang & Olsen 2009:349).

I forbindelse med metodeudvalg foretages der også metodologiske overvejelser omkring analytisk ramme i forskningsmetode for at belyse det videnskabsteoretiske grundlag for opgavens sammenhæng mellem teori og empiri .

Som udgangspunkt klassificeres socialkonstruktivisme ud fra de overordnede paradigmatisk antagelser, der består af fire overordnede typer. Projektets metodiske analysestrategi læner på *et ontologisk konstruktivistisk* paradigme, hvor den *fysiske virkelighed* antages som social konstrueret, dvs. at fænomener eksisterer som følge af vidensdannelse omkring den *fysiske virkelighed* (Nygaard 2005:129).

Ifølge Berger & Luckmann eksisterer virkeligheden ikke uafhængig af samfundets medlemmer. De argumenterer for at viden befinder sig i konstant udvikling og betinges af sociale situationer og opfattelsen af fænomener af både den enkelte individ og i samfundsammenhæng. Socialkonstruktivistisk tradition har ikke præferencer for nogle bestemte metoder, dog sondrer den mellem kvalitative og kvantitative analysestrategier (Esmark et al. 2005:14). Derfor må metodeudvalg og databearbejdelse grundlæggende formateres efter formål med undersøgelsen og dens *dataformat*, der udpeger de konkrete undersøgelsesteknikker.

²² Pierre Bourdieu Vive la Crise, 1988:
http://studenttheses.cbs.dk/bitstream/handle/10417/4282/ulrik_w_bak_dragsted.pdf s 30

6.1. Videnskabsteoretisk afsæt

6.1.1 Det socialkonstruktivistiske perspektiv

Det anvendte socialkonstruktivistiske perspektiv bidrager til en forståelse af fænomenets forandringsproces i sorgarbejdet. Husumvold sogns erfaring med sorggruppearbejde belyser de sociale konstruktioner, der er dannet omkring sorglidelse.

Socialkonstruktivisme er en strømning inden for videnskabsteorien, der tager sit udgangspunkt i postkonstruktivisme og fænomenologi, det er dog vigtigt at sondre mellem begreberne, da de er forskellige (Esmark et al. 2005:7). Dette teoretiske perspektiv ligger mest i undersøgelsen af, hvad social og fysisk virkelighed er og hvordan eller i hvor høj grad den er samfundskonstrueret (Fuglsang et al. 2009:349). Socialkonstruktivisme accentuerer den *sociale virkelighed* som et socialt bygningsværk, der er pejlet af *kontingens*, det arbitrære, og af individets eget perspektiv. Det sidste medfører, at *virkeligheden* ikke afspejles objektivt (Filosofisk leksikon 2008:442). Derimod skabes vores virkeligheden af subjektet erkendelse af genstandsfeltet.

Finn Collin deler socialkonstruktivismen i to former, *den epistemologiske* og *den ontologiske* socialkonstruktivisme. I *den epistemologiske* socialkonstruktivisme, betoner Collin individets *videnskabelige viden* om det *fysiske, menneskelige* og *samfundsmæssige virkelighed* som et udviklet konstrukt, hvor *erkendelse* determineres af den sociale sammenhæng. Derimod pointerer Collin om *den ontologiske socialkonstruktivisme*, at den *fysiske virkelighed* er en konstruktion, som dannes med individets *videnskabelige viden* som ståsted.

Epistemologisk socialkonstruktivisme	<i>Videnskabelig viden om virkelighed er socialt konstrueret.</i>
Ontologisk socialkonstruktivisme	<i>Virkeligheden er socialt konstrueret.</i>

Figur 1: Finn Collins opdeling af socialkonstruktivisme i to dele, den epistemologiske og den ontologiske.

Den sociale virkelighed deles af Collin i to former: den *fysiske* (natur) og den *sociale* (samfund) *virkelighed* (Fuglsang et al. 2013:406).

I socialkonstruktivistisk perspektiv er samfundsfænomener ikke statiske, men skubbes til forandring afhængig af den pågældende sociale kontekst. Ved hjælp af de socialkonstruktivistiske teorier iagttager forskeren de processer, som er skabt af samfundet, og som omhandler, hvordan sociale fænomener foregår gennem handlinger, interaktion, kommunikation. Her finder jeg det relevant at tilkoble *erkendelsesbegrebet*, da det er et fundamentalt begreb indenfor socialkonstruktivismen. Kant og Hume taler i deres erkendelsesteoretiske samtale, om virkeligheden som *objekt*, som erkendes af bevidstheden og afspejles i sproget (Fuglsang et al. 2013:410f.).

I henhold til sorgprocessen, kan den *fysiske virkelighed* antages at være i den måde sorgen, døden og de efterlattedes befindende i sorgprocessen italesættes i samfundet, herunder også i medier. Dette kan efterfølgende påvirke sørgenes følelser som afsavn af afdøde. Dette afsavn kan beskrives som "naturlige" følelser eller den eksisterende objektive virkelighed. På samme måde kan den *sociale virkelighed* antages at være den måde, hvorpå de efterlattedes sorgproces påvirkes af samfundet, samt den måde, sørgendes omgivelser ser på deres håndtering af sorgprocessen. Det er med andre ord samfundet og ikke den efterladte selv, der italesætter og derved konstruerer den sociale virkelighed i sorgprocessen.

Sorg er en psykisk og følelsesmæssig belastning. Dette betyder, at sorg ifølge den socialkonstruktivistiske diskurs er ontologisk subjektiv. De efterlattedes sentimentale følelser kan blive fremkaldt af symboler på deres deltagelse i sorggrupper. Religiøse overbevisninger kan være individuelt betingede, men ifølge Durkheim er de indført i kollektiv praksis.

Socialkonstruktivister, der beskæftiger sig med den emotionelle sfære, påstår at individers emotionelle apparat bliver akkultureret af samfundet. Følelserne er baseret på de gældende *imperative normer, ideologier og vokabularier*, som består af udtryksfuld adfærd og sociale relationer i samfundet, der også indebærer dikterende *kulturelle, symbolske elementer* og er situationsbetingede (Turner 2009:341). Sorggrupper italesætter den sorgproces som de efterlattede gennemgår,

gennem deres kollektive praksis. På den måde er sorggrupperne med til at påvirke samfundets syn på sorgarbejdet.

Adskillige socialkonstruktivistiske teoretikere, f.eks. S. Gordon påstår at: "The origins of emotions are not in human biology but in culture; members of a society are socialized into a culture and learn a vocabulary of emotions, particularly linguistic labels for expressive behaviors, autonomic nervous system responses, and types of social relationships" (Turner 2009:341). Netop denne afstand fra de biologiske forbindelse mellem kroppen og følelser er socialkonstruktivistiske teoretikere, der undersøger den emotionelle menneskers verden, er kritiseret for.

6.1.2 Opsummering

En socialkonstruktivistisk perspektiv giver mig mulighed for at undersøge grunden til folkekirkens sorgforebyggende arbejdes forandring i kølvandet på anerkendelsen af sorg som psykisk lidelse. Samtidig får jeg lejlighed til at udforske grunden til efterspørgsel af sorggrupper i samfundet og motivationen bag det, at nogle efterladte vælger kirken som en hjælpende hånd i stedet for at gå til egen læge eller rette henvendelse til kommunen.

Med afsæt i empiriske data og problemformulering opbygger jeg analysen efter dette perspektiv, der giver udfyldende og fuldstændiggørende undersøgelsesresultater i opsøgning efter forståelsen af de foregående forandringer i en bredere samfundskontekst.

7.0 Teorier

7.1 Psykologiske sorgteorier

Som udgangspunkt vælger sorggruppeledere som regel de teorier og metode deres sorggruppe struktureres efter. Men der er generelt "et sæt" de kan vælge efter. Ifølge folkekirkens hjemmeside²³ læner det diakonale sorgarbejde sig på den psykologiske teoretisk sorgforståelse med udgangspunkt i faseorienterede sorgteorier og i Johan Cullbergs *sorg- og kriseteori*, der klassificerer psykiske krisetilstande i to typer: udvikling- og traumatiske kriser²⁴.

Udviklingskrise er aldersbetinget og foregår i takten med den fysiske udvikling. F.eks den sørgende kan opleve stærkere følelsepåvirkning grundet tabet, fordi den er i teenager eller i overgangsalder. Hvorimod traumatiske krise er faseorientet og stemmer med de freudianske psykologiske sorgteorier. Derfor kategoriseres de efterladte i kirkens sorggrupper ikke kun ved dødsårsag, men også i hensyn til deres alder, for eksempel 60+ eller børn og unge under 18 år kan være samlet med andre sørgende i nogen under samme aldersgruppe.

Sorgprocessen beskrives som en løsrivelse af den afdøde i de klassiske sorgteorier med udgangspunkt i Freuds teoretiske sorgforståelse. De freudianske sorgteorier er faseorienterede og beskriver ofte sorgsymptomer, såsom depression, angst, spiseforstyrrelser (Roesgaard Mogensen & Engelbrekt 2013:28f).

De nye teoretiske modeller læner sig op ad Stroebe & Schuts teori om *Tosporsmodellen* i sorgforståelse, der også tager sit udgangspunkt i freudianske sorgteorier. Den har tendens til at beskrive sorg som en uendelig proces, der ikke forløber i nogle fastlagte faser, men er en naturlig foregående proces, hvor sørgende har komplekse følelser (ibid.:47)

²³ <http://sorg.folkekirken.dk/til-sorggruppeledere/viden-om-sorg/sorgmodeller-og-sorgteorier/fasemodeller-og-sorgopgavemodeller>

²⁴ <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kraeft/sygdomme/at-dele-en-krise-i-livet/kriser/>

Sorglidelse er følelsesbelastende proces, der påvirker efterladte psykisk. Derfor er psykologiske teorier oftest anvendt i forebyggelsespraksis med efterladte. Med afsæt i undersøgelsesspørgsmålene anvendes disse teorier med hensigt på at undersøge, hvordan bidrager folkekirken i sorgforebyggelse i et moderne samfundsperspektiv. Af denne grund kan de psykologiske tilgange ikke undgås at blive beskrevet i analysen, for at fremhæve de foregående processer i folkekirkens sorgforebyggelsespraksis.

7.1.1 De faseorienterede sorgteorier

Et stort antal teoretikere, især psykologer, har beskæftiget sig med fænomenet, f.eks. eksponeres det i Freuds teoretiske belysning af sorg og de medfølgende processer, den sørgende gennemlever (ibid.:24f).

Den freudianske sorgforståelse bygger på den østrigske Sigmund Freuds psykoanalyse, og indeholder normative opskrifter på, hvordan sorgen skal foregå samt, hvilke faser den sørgende skal igennem. De freudianske sorgteorier ligger til fundament for de såkaldte fase-teorier, og er irammesættende inden for tid og rum for det enkelte individ. De freudianske sorgteorier er tillige *normaliseringsorienterede*, der betoner, at den sørgende igennem faser løsriver sig fra den afdøde i den afsluttende fase. De såkaldte freudianske sorgteorier tager udgangspunkt i følgende Freuds hovedbegreber til beskrivelse af sorgprocessen:

- *Løsrivelse*, der betegner en proces i sorgeperioden, hvor den efterladte bliver bevidst om, at den nærværende afdøde person er død og ingen aktiviteter i samvær med den er længere mulig.
- *Identifikation*, når den sørgende identificerer sig med afdøde f. eks. ved at indtage den afdødes holdninger til sig eller ved brug af afdødes ejendeler.
- *Sorgen er normal*, hvor Freud i sin teori accentuerer, at sorgen som reaktion på den næres død, er en normal følelse (ibid.:27-29).

En anden hyppigt anvendt teoretiker er Bowlby, som har videreudviklet Freuds sorgforståelse og understreger i sin fase-teori, at sorgreaktionen, dens intensitet og dens tidsmæssige længde er meget individuel og varierende fra person til person:

“Jeg fremhæver disse opdagelser, hvor foruroligende de end er, fordi jeg tror på, at klinikere ofte har urealistiske forventninger til den fart og fuldstændighed, hvormed nogle kan forventes at komme sig over et stort tab” (ibid.:38).

Sundhedsstyrelsens *Læge- og Patienthåndbogen* beskriver sorgprocessen med udgangspunkt i Bowlby og hans *sorgfaseteori*. I *Læge- og Patienthåndbogen* består sorgreaktionen af følgende faser:²⁵

- *Chokfasen*, hvor man befinder sig i en tilstand af chok grundet tab. I denne fase føles tabet urealistisk, idet den efterladte ikke helt har opnået forståelse for dets betydning og omfang. Den kan være emotionsløs sideløbende med at, der kan udvises emotionsudbrud.
- *Reaktionsfasen* finder sted efter tabet af en nær. I denne fase begynder den efterladte at opnå opfattelse af den tragiske begivenhed og dens konsekvenser.
- *Reparationsfasen* er en periode i sorgprocessen, hvor man er allerede i stand til at fokusere (måske i kort tid) på nogle aktiviteter, omgangskreds eller sin nærhed.
- *Nyorienteringsfasen* - her er der tale om den afsluttende periode i sorgprocessen, hvor man vænner sig til de ændringer, tabet har medbragt, og er i stand til at se perspektiver/fremad og bygge nogle fremtidsplaner.

Det fælles for de freudianske teoretiske forståelser af sorgen er, at man antager sorgprocessen fremgår i faser og helbredelsen ligger i løsrivelsen af det emotionelle bånd til afdøde.

7.1.2 Tosporsmodellen

Denne del har til formål at præsentere nye forståelser af sorgprocessen som kommer med *Tosporsmodellen*, udarbejdet af Stroebe & Schut²⁶ i 1999. Dermed er det diakonale sorgarbejde med sorgramte borgere blevet beriget med nuancerede

²⁵ <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/diverse/sorgreaktion/>

²⁶ <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/074811899201046>

reformuleringer omkring, hvordan den smertefulde og følelsesbelastende sorglidelse kan fortolkes. Tosporsmodellen fjerner fokus fra faser og understreger, at sorgen er individuel og varierende størrelse.

Som brud på den freudianske forståelse af sorg har Stroebe & Schut skabt en *tosporsmodel*, som bryder med den freudianske teoretisk diskurs, som har en stor indflydelse på sorgforståelse.²⁷ Tosporsmodellen fjerner fokuset fra sorgfaserne, og understreger samtidigt, at sorgen er individbundet og en varierende størrelse. Tosporsmodellen beskriver, at der er ikke er nogen opskrift på sorg, der er en individuel proces, som ikke kan sættes i normative rammer. Tosporsmodellen (*The Dual Process Model of Coping with Bereavement*) er en nyere teoretisk model, som bruges til forklaring af sorg. Den er funderet på empiri og har til formål at samle alle hidtidige tolkninger af sorg i én enhed. Tosporsmodellen skildrer sorg som en "dynamisk og kompleks"²⁸ proces, der er under konstant forandring. Modellen funderer sig i en interferens, der finder sted mellem konfrontation og undvigelse af tabet. Stroebe & Schut påpeger i sin videnskabelige artikel på Rubin's *Two-Track Model of Bereavement's* tvedeling i det *tabsorienterede spor (loss-orientated track)*, der beskæftiger sig med separeringen af den sørgende fra den afdøde, og *genindfølelssesporet*²⁹ (*restoration track*) (Stroebe & Schut 1999:209), som beskæftiger sig med hverdagslivets aktiviteter og etablering af nye relationer efter tabet.

Det *tabsorienterede spor* er et af Stroebe & Schuts centralbegreber er *påtrængenhed*, som indikerer at sorgen optager en stor del af den sørgendes opmærksomhed. Det er et instinktivt drivværk, der binder den efterladte fast til sorgen. Det kan sammenlignes med Bowlbys *anden fase*, hvori den efterladte forsøger at etablere en fysisk umulig kontakt til den afdøde, samt Freuds *løsrivelsesbegreb*. Hovedpointen her, er at den efterladte skal bryde båndet til den

²⁷ Stroebe W, Schut H. Models of coping with bereavement: A review. In: Stroebe M, Hanssons R eds. Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care. Washington: American Psychological Association; 2001.

²⁸ <https://hjerneskadet.dk/wp-content/uploads/2015/03/Mai-Britt-Guldin-tosporsmodellen.pdf>

²⁹ Stroebe & Schut; 1999: *The Dual Process Model of Coping with Bereavement*, in *Death Studies* 2010: ss 197-224.

afdøde og reetablere nye ikke-fysiske forhold til den afdøde i kraft af dennes bortgåelse (Roesgaard Mogensen & Engelbrekt 2013:48f).

Det *reetablerende spor, eller genindførelsessporet*, er, hvor sorgens intensitet aftager med tiden og hverdagsaktiviteter begynder at tage mere plads i den efterlattes liv, mens sorgen fylder væsentligt mindre i hverdagen. Det reetablerende spor kan sammen med det tabsorienterede spor tolkes som en syntese af den efterlattes *pendulering* i de to spor, hvis betydning gradvist formindskes i hverdagen, fordi sorglidelse i den efterlattes hverdag aftager med tiden (ibid.:48f).

To andre relevante begreber, som er forbundet til begge spor, er *fornægtelse og undgåelse af det reetablerende*, der er to omskiftelige begreber. De benyttes af efterladte til at undvige hverdagen og accept af at den nærtstående er afgået ved døden. Den efterladte benægter derved at tabet er foregået og lukker af for omverdenen, fordi han hurtigt kan komme til af hverdagen at føle sig nødsaget til at forandre sig. Det er en forsvarsmekanisme, der af Stroebe & Schut beskrives som *naturlig* og *anerkendelsesværdig*. Fornægtelsen giver den efterladte tid væk fra erkendelsen af tabet, som tillige beskrives som en *fordel* af Stroebe og Schut (ibid.:48-50).

7.1.3 Opsummering

I tosporsmodellen skubber den efterladte sorgen over tabet af en nærtstående til side ved *fortrængning*³⁰ med hensigten om at fokusere på andre aktiviteter i sit liv. *Fortrængningen* har en *tvelfunktionalitet*, der omvendt kan have den konsekvens, at andre praktiske aktiviteter skubbes til side til fordel for smerten over tabet af nærtstående. Det er et slags justeringsdrivværk, der er essentielt for, at en adaptiv integration kan finde sted.

Forskellen i sorgforståelsen mellem den freudianske og tosporsmodellen er, at sorg i to spor sættes i nye forståelsesrammer. I tosporsmodellen fokuserer den sørgende på livet i fortiden med afdøde, reetablering af et nyt liv efter tabet, samt sorgens

³⁰ <https://hjerneskadet.dk/wp-content/uploads/2015/03/Mai-Britt-Guldin-tosporsmodellen.pdf>

betydning i hverdagen. Ifølge tosporsmodellen har sorgen ikke noget bestemt formål eller afslutningsmål, men indgår i den efterladtes *pendulering* mellem det *tabsorienterede spor* og det *reestablerende spor* efter tabet. Med andre ord kan sorgprocessen beskrives som en destabilisering i hverdagslivet hos den enkelte efterladte, som nedsætter den sørgendes hverdagslivs funktionsevne.

Sammenligneligt har sorg i Bowlbys sorgfaseteori som grundregel ikke nogen endelig, afsluttende fase, idet alle de før beskrevne faser ikke nødvendigvis gennemgås slavisk i nogen bestemt rækkefølge. Tværtimod, kan den sørgende grundet enten emotionel forvirring eller formløshed indgå i adskillige faser gentagne gange eller overspringe faser over i sin sorgproces³¹.

8.0 Analyse

8.1 Analysestrategi

8.1.1 Databehandling

Efter dataen er blevet indsamlet, foretager jeg transskription af interview til tekst. Selvom der ikke findes nogle faste regler vedrørende transskribering, gør jeg det så præcis og detaljeret som muligt.

Fordi jeg opsøger menings- og erfaringsbaseret ekspertviden, bliver pauser, tonefald, få gentagelser, eftertryk og følelsesvendinger ikke medtaget i den transskriberede tekst, da dette ikke har relevans for undersøgelsens emne. Som output resulterer skriveproceduren i 22,5 siders tekst med empirisk materiale (S. Kvale & S. Brinkmann 2009:202f).

³¹ <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/diverse/sorgreaktion/>

8.1.2 Kodning

Kodningen af data er inspireret af *tematisk netværksanalyse*, der er et værktøj til strukturering og irammesættelse af de vigtigste temaer i interviewet. Tematisk netværkanalyse indeholder adskillige elementer af *Grounded theory*, eksempelvis kategorisering og dimensionering (J. Attride-Stirling 2001:386f).

Tematiske netværk klassificerer temaer i tre niveauer:

- *Basic Theme* - på dette niveau sammenfattes koder på *lowest-order* niveau
- *Organizing Theme* - *middle-order niveau*, hvor organiseringen af de opsummerede basis-temaer efter de angivne hovedpointer i basisniveau samling.
- *Global Theme* - *super-ordinate niveau*, der sætter i fokus de metaforer, som giver et helhedsbillede af det undersøgte emne eller antagelse.

For at opnå et fuldbyrdigt udbytte skal man foretage seks skridt i bearbejdelsen af datamateriale. For det første irammesætter man kodningen og segmenterer teksten efter disse rammer.

Efterfølgende foretages identifikation af temaer ud fra tekstens segmenter. Derefter konstrueres de tematiske netværk. Næste skridt drejer sig om påvisning og beskrivelse af netværk. Slutteligt retter de sidste to trin sig efter at opsummere tematiske netværk, organisere temaer i teksten og endeligt foretages der en fortolkning (ibid.:390-394).

8.2 Hvilke psykologiske processer gør sig gældende under det diakonale arbejde med sorg?

I det følgende afsnit analyseres de psykologiske implikationer af det diakonale arbejde med sorg. I dette afsnit vil jeg altså forsøge at skildre, hvordan kirkens praksis kan forstås ud fra et teoretisk perspektiv. Herunder er det relevant at belyse, hvordan kirken udgør rammerne for den proces, hvorved deltagerne forstår, bearbejder og konstruerer deres sorg og fremtidige hverdag.

I henhold til tosporsmodellen kan sorgprocessen forstås som den pendulerende vekselvirkning mellem det tabsorienterede og det reetablerende. Jeg vil her henvise til teoriafsnittet for yderligere afklaring. Ved gennemgåelsen af mit empiriske materiale, stod det klart at sorgprocessens dualistiske vekselvirkning mellem de to ovenstående elementer (som tilsammen danner selve sorgen), for manges vedkommende hjælpes på vej via deltagelsen i sorggrupperne. Det kommende afsnit vil beskæftige sig med, hvordan deltagelsen i det diakonal arbejde, positivt influerer deltagernes mulighed for at forebygge den komplicerede sorg, gennem tosporsmodellen.

8.2.1 Tabsorienterede perspektiver

Da den ene af de to elementer, der tilsammen udgør sorgen, beskrives som det tabsorienterede, vil jeg i det følgende analysere betydningen af deltagelse i grupperne i henhold til de tabsorienterede følelser og handlinger.

Ét af de karakteristiske oplevelser forbundet med at miste, er sorgens påtrængenhed. Dvs. at de aktiviteter som den sørgende normalt foretager for at koble af og afstresse, ikke vedholder deres typiske funktion som afledningsmekanisme. Det kan opleves som om sorgen fylder uendeligt meget og som om at den sørgende ikke kan undgå de ubehagelige følelser og tanker der er forbundet med at sørge. Den sørgende holder dermed fast i sorgen. Én af virkningerne ved deltagelse i grupperne, var dog at deltagerne kunne - ihvertfald for en stund - slippe for denne påtrængenhed. Adspurgt om hvordan deltagerne havde det efter mødet, svarede de bl.a.:

“Du føler dig meget lettet, det vil jeg altså sige. Du har en helt anden ro omkring dig [...] Du har en fred og ro i kroppen når du går derfra. Så går man hjem og slapper af, ikke” (Busch et al. 2014:52).

Flere andre deltagere påpeger også denne ro, som deltagelsen giver dem efterfølgende, mens andre dog også påpeger at de har følt sig udmattet, men på en

god måde. Forstået ud fra Bowlbys tilgang, kunne dette også anskues som et led i den 2. fase, hvori længsel og søgen efter den afdøde optager den sørgende:

“Altså efter jeg havde mistet Tina, ja, der var det jo bare tomhed, fordi altså det sidste år, imens hun var syg, der havde jeg plejeorlov og gik herhjemme, så der var vi jo sammen og lade være med at pibe på arbejdet, fordi som mand, ikke...” (Busch et al. 2014:44).

Ud fra tosporsmodellen kan denne følelse af lettethed, overordnet forklares på to måder.

For det første giver deltagelsen mulighed for at deltagerne kan luften deres refleksioner og overvejelser forbundet med tabet. I et freudiansk perspektiv (som tosporsmodellen unægteligt hviler fundamentalt på) kan dette forklares som en udløsning af energi, som kan få afløb. I dette psykoanalytiske perspektiv, har de negative følelser ophobet sig i sindet og kroppen, da tabet har været meget stressende og angstprovokerende:

- *“Jeg havde det altså meget dårligt, sådan mine tanker... Jeg tænkte og tænkte og tænkte. Det blev sådan af mareridtsagtig karakter, og jeg var meget, meget træt, for min mand havde været meget syg til sidst. Jeg havde ikke sovet i meget, meget lang tid. Så det var ikke sjovt...”* (Busch et al.2014:52).

Frisættelsen af denne energi, kan ske gennem samtaler, som sætter de foreløbende hændelser under granskning, men til gengæld tilskriver dem mening i et sammenhængende narrativ for den deltagende. De angstprovokerende tanker, refleksioner og overvejelser den deltagende har med sig, kan altså frisættes gennem den terapeutiske samtale. Tanken om frisættelse af energi, er et kerneelement i den psykoanalytiske tradition, som ligeledes danner udgangspunkt for de klassiske teoretiske forståelser for faseorienteret sorgforståelse og som er indarbejdet i tosporsmodellen.

En anden måde at forklare den lettende oplevelse af ro, som deltagerne oplever, er via muligheden for at skabe rum for den pendulerende proces mellem sorg og hverdag. Ifølge Stroebe og Schut, forløber den ideelle sorgproces sig, således at den

sørgende får mulighed for at reorganisere den tilknytning og de bånd, som denne måtte have til den bortkommende. Med dette menes, at den sørge ikke skal kappe sine bånd til den afdøde, men at denne skal reorganisere disse, således at den sørgende stadig er knyttet til den afdøde, men på en ny og konstruktiv måde. En måde, hvor de implicerede kan have et bånd, under hensyntagen til det faktum, at den afdøde ikke kan være tilstedeværende. Deltagelse i grupperne, kan være betydningsfulde for denne reorganisering af tilknytning, fordi verbaliseringen af det oplevede kan føre til nye forståelser for deres situation og skabe en oplevelse af mening og sammenhæng, i et ellers kaotisk forløb:

“Det har sat nogle tanker igang og nogle tanker på plads” (Busch et al. 2014:74).

Ved at tale om det hændte, struktureres de oplevede minder også i et sammenhængende forløb, som giver mening og afklaring. Denne afklaring kan bidrage til at styrke de sørgende:

“Det var mærkeligt, for det var fuldstændig naturligt. Jeg kan ikke forklare det - det var bare ligesom: sådan skulle det være... Det undrede mig, at alle var meget åbne lige fra starten.. Det var utrolig betydningsfuldt, at andre havde oplevet det samme... Jeg synes jo, jeg var den, der havde det forfærdeligst i hele verden. Men der var mange, der havde haft et meget, meget langt forløb, og det var utroligt, så ens forløbene var” (Busch et al. 2014:61).

For at kunne kapere de smertelige følelser forbundet med tabet, er det af afgørende betydning af at de sørgende til tider kan give afløb for sorgen, såvel som undgå den, når de skal navigere i hverdag, hvor arbejdsliv, forventninger og familieliv kan være presserende. Samtidig kan fornægtelse og undgåelse fungere som en måde, hvorpå sorgen doseres, således at denne ikke belaster den sørgende i for lang tid ad gangen og for kraftigt og således at den sørgende kan sørge når denne har brug for at mindes og sørge over den afdøde. I denne henseende er det relevant at benævne at sorggrupperne, netop giver mulighed for dette. De tilbyder et acceptabelt rum, hvor det er “okay” at bearbejde sin sorg. Mange deltagere oplever at deres familie og nære venner er nået til et mætningspunkt for hvor meget de kan tale om sorgen og den afdøde:

“..Selvfølgelig har jeg familie, og de stillede op og jeg har også venner, og de stillede også op. Men man kan jo ikke blive ved med at fortælle dem om, hvor forfærdeligt man har det og sådan, altså det bliver de hurtigt trætte af..” (Busch et al. 2014:45).

Dermed sidder de sørgende tilbage med et behov for at tale om den afdøde og sorgen igen og igen, hvilket er mere end deres omgangskreds typisk kan overskue. Sorggrupperne udgør her et frirum, hvor der kan tales om sorgen igen og igen, uden at de sørgende at spekulere på, hvorvidt denne gentagelse opleves som belastende for de implicerede. Med Stroebe og Schuts ord, kan dette forklares som en fleksibel måde hvorpå de sørgende kan gøre brug af fornægtelse og undgåelse, når deres sociale omgivelser ikke kan rumme dem, mens de samtidig på fleksibel vis, kan åbne op for følelserne i sociale kontekster, som har til formål at rumme disse.

Som beskrevet i kapitlet ovenfor, bidrager deltagelsen i sorggrupperne altså til at give afløb for de ængstelige og ubehagelige energier, som har ophobet sig i deltagernes sind. Samtidigt styrker deltagelsen, de sørgendes evne til at reorganisere den tilknytning de har etableret med den afdøde, gennem verbaliseret refleksion. Endvidere bidrager sorggrupperne ved at agere rum for at svære følelser og tanker kan vendes igen og igen, uden en bekymring om hvorvidt disse opleves som belastende for andre parter.

8.2.2 Re-etablerende perspektiver

I ovenstående har jeg behandlet hvilke konsekvenser deltagelsen har haft i et tabsorienteret perspektiv. I det følgende vil jeg behandle deltagelsen i et re-etablerende perspektiv, hvor muligheden for at vende tilbage til en oplevet almindelig hverdag sættes i centrum.

Det er et gennemgående tema, at størstedelen af de deltagende har fået noget positivt ud af deltagelsen, primært gennem muligheden for at fortælle deres egen historie og spejle sig i andres.

Det kan tænkes, at spejlingen i andres situation er bidragende til at skabe mening for egen tilværelse. Reorganiseringen kan her potentielt også hjælpes på vej af en

refleksion over, hvordan andre deltagere - længere fremme i både forløb og sorgproces - har copet med deres identiske situation og tab. Ved at observere, høre om og tale med andre, der har stået i samme situation som én selv, kan der skabes håb for en bedring, spejling og stigende grad af anerkendelse over egen oplevelse som værende acceptabel og normal:

“...Jamen jeg har fået det ud af det, at jeg er godt klar over, at jeg er jo ikke den eneste i verden, der har det dårligt, og jeg har lært ligesom at acceptere, at livet nu en gang er sådan. Og det bliver jeg nødt til at leve med, og Tina kommer aldrig tilbage, lige meget hvor dårligt jeg har det “ (Busch et al. 2014:75).

Det vil sige, at mange af deltagerne gennem spejling, får indsigt i, at fremtiden med en oplevet normal hverdag er praktisk mulig.

Men i nogle tilfælde kan deltagelsen i gruppen have den modsatte effekt, end forventet. For nogle deltagere kan *genoplevelsessymptomer* forekomme, når man hører de andres fortællinger, og dermed sorgsymptomer kan forværres:

“...Jeg har kun oplevet i forbindelse med mig selv, at når jeg var gået fra sorggruppen, havde jeg det meget dårligt, fordi det havde sat så mange tanker i gang. Jeg var rigtig ulykkelig” (Busch et al. 2014:73).

8.3 Hvilke erfaringer i henhold til forebyggelsen af sorg har kirken fået som følge af arbejdet?

8.3.1 Diakoniske problemstillinger

Følgende afsnit vil redegøre for og analysere konsekvenserne af, de erfaringer kirken har fået, på baggrund af deres diakoniske arbejde. Dette afsnit baserer sig primært på den primære empiri i specialet, altså et interview med Line Hansen, som arbejder med sorggrupper.

8.3.2 Faglige kompetencer i diakonisk arbejde

Diakoni med sorgramte er socialt arbejde, som præster foretager på frivillig basis og udgør ikke en decideret del af deres opgaver. Ventelister til folkekirkens sorggrupper kan ligesom ventelister til en krisepsykolog være op til flere måneder ifølge min informant:

“Der er altid nogen på venteliste. Altid. Fordi grupperne fungerer bedst i min erfaring bedst, hvis der er minimum 6 deltagere og maksimum omkring 8, så 6,7 eller 8 deltagere i en gruppe. ...Så har vi nogle lukkede grupper, hvor man er med de samme mennesker fra start til slut...Så de venter som regel et par måneder. Det er tit, det er gennemsnitligt. Og det er erfaring fra hele København” (Hansen 2018:1)

Ifølge de foreliggende psykoanalytiske tilgange (Freud og delvist *Tosporsmodellen*) opnås den bedste virkning af forebyggende indsats ved tidlig indtrædelse i sorggruppen. De lange ventetider, der er opstået i forbindelse med efterspørgsel på deltagelse i sorggruppeforløbet, kan derfor være til ulempe for de sørgende. Derfor er det relevant at belyse, hvorvidt den diakonale erfaring kan opridse en række kriterier for mængden af grundviden og erfaring, der kræves til at iværksætte sorggruppe f eks i form af frivillig indsats i bredere samfundskontekst.

Der foreligger ingen undersøgelser, der belyser effektmåling af den faglige eller frivillige indsats på sorgområdet i folkekirken (Hansen & Hansen 2010:20). Derfor vides det ikke med sikkerhed hvilken grad af faglighed der kræves i det praktiske arbejde med sorg, for bedst muligt, at kunne eksekvere sorgforebyggelsen:

“ [...] Det mest afgørende for at et menneske kan hjælpe et andet menneske er motivation og non-specifikke faktorer, som evne til empati og anerkende den anden, oplevelsen af at blive lyttet til, forstået, modtaget, som ikke nødvendigvis handler om uddannelse eller metodespecifik tilgang til den anden. Det er jo værd at tage med i betragtning” (Hansen & Hansen 2010:20).

Hansen udtaler i ovenstående citat, at hun ikke nødvendigvis mener at, deciderede faglige kompetencer er nødvendige for at kunne styre og vejlede en sorggruppe.

Udtalelsen førte til en del refleksion fra min side, da jeg stillede mig tvivlende ved hendes holdning, hvilken igen skyldes mit socialkonstruktivistiske udgangspunkt. Epistemologisk beskæftiger socialkonstruktivismen sig, med afdækkelsen af normer og selvfølgheder. Socialkonstruktivistisk tilgang åbner op for muligheden for, at bryde med de etablerede konstruktioner, der befinder sig i sociale felter, såvel som individuelle mentaliteter. Derfor stillede jeg mig kritisk overfor denne forståelse. Alt andet lige, må det jo siges, at en person med en psykologisk uddannelse og faglige kvalifikationer til at behandle psykologiske problemstillinger, er bedre udrustet til at varetage en psykologisk opgave, end en ufaglært. Selvom Hansen, da har en pointe i, at motivation og empatisk evne har en afgørende betydning. Forestillingen om, at enhver med den rette motivation og empati, vil se sig i stand til at varetage opgaven kan muligvis forklares på to måder. For det første har Hansen, jo ikke selv en sundhedsfaglig eller psykologisk uddannelse, hvormed hendes indsigt i psykologiske problemstillinger og deres behandlingsmetoder er afgrænset. Hansens evne til at vurdere hvornår og hvordan psykologiske faglige kompetencer er nødvendige, stiller jeg her spørgsmålstejn ved. Desuden kunne den teologiske forståelse, som er indbygget i hendes uddannelsesbaggrund, muligvis også have en del indflydelse på hendes forestillede evner til at kunne varetage en psykologisk opgave. Det teologiske arbejde i praksis indeholder jo megen menneskelig kontakt, men hvorledes præsterne kan siges at være i stand til at håndtere patologiske problemstillinger er jeg tvivlende overfor. Særligt med henblik på, at den komplicerede sorg, nu anerkendes som en patologisk tilstand af WHO. For det andet, kan Hansens forsvar af det ufaglærte personale, potentielt bestyrkes af et ubevidst ønske om at forsvare den institution hun repræsenterer. En refleksion over og anerkendelse af personalets manglende kompetencer og de mulige problematikker der knytter sig til dette, kunne opfattes som en trussel mod legitimiteten i det diakoniske arbejde. En anerkendelse af problematikken ville underminere troen på kirkens evne til at varetage opgaven og stille hende svagere.

Tvivlen om hvorledes gruppelederne var kompetente nok blev bekræftet, da Hansen gjorde opmærksom på at arbejdet med efterladte kræver en del viden på området af sorggruppeledere. Dette fordi der er tale om arbejde med mennesker som befinder sig i en særlig kritisk livsperiode, hvori de sørgende kan være påvirket psykisk og dertil belastet af de somatiske sorgsymptomer. Der kan også opstå situationer, hvor

sorgsymptomer viser sig ved at påvirke deltagernes adfærd, eller hvor den efterladte udover sorglidelsen har andre psykiske patologier i forvejen. Håndtering af disse situationer vil kræve særlig viden om, hvordan man i disse tilfælde styrer afvigende adfærd og skærmer de resterende deltager, når først sorggruppesamtale er i gang.

“ Min erfaring med frivillige er, at mange frivillige også vil gerne være frivillige, fordi de måske også selv har det svært med et eller andet. Og det er ikke nødvendigvis nogen god forudsætning for at varetage en sorggruppe. At man ikke selv har det på plads, nogenlunde på plads, som man selv har det svært med” (Hansen 2018:9).

8.3.3 Frivillige, faglighed og familie

Dette uddrag af interviewet med sognepræsten peger igen på at der er et problematisk forhold. På den ene side ønsker præsten at fastholde brugen af frivillige i indsatsen med sorgramte borgere, men samtidig lader præsten også til at anerkende at der her kan være et problematisk forhold, da de frivillige ikke kan basere deres kompetencer udelukkende på baggrund af egne erfaringer og oplevelser. Derimod kræves der en del af faglig forståelse for sorgprocessen. Kirken forsøger derfor at tage særlig hensyn til de faglige- og erhvervskompetencer ved rekruttering af frivillige til sjæle-sorgsopgaver i diakoni:

“ Det er meget kvalificerede frivillige, der er med i folkekirkens sorggrupper. De er typiske medledere i en sorggruppe i folkekirken. Der er f.eks. en hospicesygeplejerske eller en sygeplejerske, som har haft med svære samtaler at gøre og med død at gøre. Og som er rigtig dygtig til det” (Hansen 2018:9).

Sorggruppeforløbet er et åbent tilbud, der i en stor del af samtalerne omhandler følelser, som er forbundet med tab af et nærtstående menneske. Der kommer deltagere med forskellig kulturel baggrund, hvorfor rummelighed, anerkendelse og kulturforståelse også spiller en betydelig rolle i forløbets udbytte:

“ [...] Kirkens opgave, så længe det er en folkekirke, er jo også helt klart og være der både for dem, der har et forhold til kirken og dem der ikke har. Det er i hvert fald min

forståelse. I mine sorggrupper har der i praksis været både muslimer og jøder, og ateister, og medlemmer, og ikke medlemmer [...] (Hansen 2018:3).

Endvidere peger forskning på, at sørgende uden social opbakning fra deres omgivelser er mere tilbøjelige til at falde ind for den komplicerede sorgkategori (HENVIS). Desuden kan yderligere dødsfald og lidelser i den sørgendes omgangskreds eller familie øge den sørgendes risiko for patologisk sorg. Sorggruppemøderne foregår på nogle bestemte dage og giver kun støtte i begrænset omfang, hvorimod familien og den nære omgangskreds har mulighed for at give støtten til den sørgende i hverdagen. Derfor spiller familien også en væsentlig rolle i sorgprocessen:

“Det er familien. Det er min kones familie, den fuldstændige opbakning jeg har fra dem [...]. Ja, der kan jeg virkelig dele mine tanker med dem, det kan jeg.[...]” (Busch et al. 2014:76).

Familien kan altså siges, at spille en afgørende rolle for forebyggelsen af kompliceret sorg, så jeg undersøgte kirkens mulighed for at inddrage familien i forløbene, men fandt ud af det dette ikke var muligt.

8.3.4 Delkonklusion

Sammenfattende kan flere, potentielt kritiske punkter nedfældes omkring det diakoniske arbejde med sorgramte. Kirkens manglende mulighed for at stille psykologisk faglige kompetencer til rådighed er mest iøjnefaldende, da kirken beskæftiger sig med alvorlige psykologiske problemstillinger. Kirken forsøger at gøre op for denne mangel, ved at udvælge personale der har én eller anden form for relevant erfaring, men hvorledes en sygeplejerske nødvendigvis kan siges at substituere egentligt psykologisk personel er tvivlsomt. Endvidere skal kirken dække meget bredt, både socioøkonomisk og religiøst. Eftersom arbejdet med sorg, i et samfundsmæssigt perspektiv varetages af kirken, skal kirken også inkludere grupper som ikke deltager i kirken eller som måske ligefrem er modstandere af kirken. Mens den anvendte empiri fortæller, at der kommer ateister, muslimer og jøder, som

umiddelbart er accepterende eller mindre forbeholdne overfor kirken, vil det segment af befolkningen som tager direkte afstand fra kirken, nok ikke deltage, hvorfor de heller ikke er repræsenteret empirisk. Dermed kunne det tænkes at muligheden for deltagelse i sorggrupperne, for den del af befolkningen som har mistillid til kirken (eller som af anden årsag ikke vil deltage i aktiviteter i kirkeligt regi) vil være yderst begrænset. Dog spiller familien den måske mest afgørende rolle for den sørgende og derfor er det heller ikke meningen af kirken holistisk skal sørge for den sorgramtes udviklingsproces, da kirkens tiltag derimod er tænkt som en supplerende aktivitet der blot skal støtte den sørgende.

8.4 Hvilke forandringer har diagnosticeringen af sorg betydet for den diakonale praksis?

I nedenstående afsnit analyseres hvilke konsekvenser anerkendelsen af sorg som en potentiel diagnose har betydet for det diakoniske arbejde.

8.4.1 Sorggruppernes dikotomi

Hverken de freudianske sorgteorier, psykologiske tilgange eller tosporsmodellen giver et klart billede på identifikationskriterier for hvor og hvornår sorglidelse indtager den patologiske form, også kendt som kompliceret sorg. Der er dog mere risiko for at sorgforløbet bliver kompliceret ifølge Stroebe & Schut, når den sørgende befinder sig i social isolation og pendulering mellem det re-etablerende og tabsorienterede spor viser sig at være statisk og mindre dynamisk. Netop af denne årsag er familie og social kontakt af afgørende betydning for den sorgramtes mulighed for at vende tilbage til en velfungerende hverdag.

Ifølge tosporsmodellen, indtræder den sorgramte i den komplicerede fase af sorgen, når denne møder besværligheder i dynamisk pendulering mellem de førnævnte spor, eller afledningsmekanismen bliver for ensidig:

“Det har haft en social betydning [...] . Altså, det har i hvert fald gjort, hvor jeg ellers bare sidder herhjemme, så har jeg faktisk måske lidt ret til at komme derhen. Det, synes jeg, var en god ting, fordi så var jeg i hvert fald sikker på, at den dag kom jeg da ud mellem andre mennesker [...]” (Busch et al. 2014:75).

Her ser vi et eksempel på hvordan deltagelsen i sorggrupperne, faktisk har haft en positiv effekt på deltageren, idet at lysten til at møde op til grupperne, har medført en pendulering mellem det tabsorienterede spor og det re-etablerende. Personen i ovenstående citat, giver nemlig udtryk for at han gennem deltagelsen, ikke blot har fået et rum for at sørge (det tabsorienterede spor), men at han også samtidig har brugt grupperne som en åbning for at komme ud og være social, således at *han ikke bare har siddet derhjemme*. Deltagelsen har her, faktisk imod min egen forventning, bidraget til at han har oplevet en grad af en normal hverdag, hvor hverdagens normale gøremål har været aktuelle, altså det re-etablerende spor. På denne måde fungerede sorggrupperne, fleksibelt i forhold til hvornår de overvejende udgjorde et element i det tabsorienterede spor og hvornår de udgjorde et i det re-etablerende spor. Dette forhold overraskede mig, da jeg egentlig på forhånd primært anså deltagelsen som værende en del af processen indenfor det tabsorienterede spor. Opfattelsen af at, det var noget som bidrog til fastholdelsen af den normale hverdag, i kraft af at deltagerne gennem mødet nødvendigvis blev konfronteret med en grad af socialitet og sammenhold, nuancerede mit perspektiv på mødernes funktion.

8.4.2 Den samfundsmæssige konsekvens ved en diagnose

Det manglende billede på diagnosticeringens form gør identifikation af sørgende, som har tendens til patologisk udvikling af sorg, vanskelig. Gennem ekspertinterviewet anerkender Hansen, at sorgen i nogle tilfælde kan blive kompliceret:

”Typisk får de sørgende alle mulige andre diagnoser og medicin som ikke hjælper. På den måde kan jeg godt se fordele i sorgdiagnose. Det er fåtallet, der har brug for den hjælp, og de får det, de ikke har brug for” (Hansen 2018:3).

Samtidigt fremviser sognepræsten bekymringer over, hvordan tidsmæssige rammer vil blive opsat i diagnosticeringens praksis. Hun understreger, at sorgen er en individuel proces og der derfor er mange betingelser for, hvordan forløbet udvikler sig for det enkelte individ. Derfor anses en grænse på 6 måneder mellem den normale og den komplicerede sorg som urealistisk. Ifølge sognepræsternes erfaring med sorggrupper skal omgivelser (familie, arbejdsgiver og omgangskreds) ikke forvente, at den sorgramte få måneder efter tabet skal kunne fungere som før tabet:

“ I forhold til sorg, savner efterladte den tid, hvor man fik et sørgebånd og gik med det i et år. Man forventer ikke det samme af personen, fordi denne bærer rundt på et sørgebånd. Det som jeg oplever de efterladte siger, efter et par uger eller få måneder forventer omgivelser, at de kan det samme i arbejdsfællesskabet og i familien. Det er rigtig hård ikke at få et lille åndehul til sorgen. Der kan en diagnose også være kærkommen, - at få lov til at skulle trække sig fra at yde det samme, som man normalt kunne” (Hansen 2018:11).

Hansen mener altså, at sorggrupperne kan være en del af dette åndehul og at diagnosticeringen måske kan bidrage til at skabe en anerkendelse af at sorg er noget som tager lang tid at bearbejde. Dermed håber Hansen på at samfundet som helhed, på baggrund af diagnosen får øjnene op for de ressourcer og tidsmæssige begrænsninger der gør sig gældende ved sorg.

8.4.3 Folkekirken som diagnostiker

På trods af at folkekirken kombinerer teologisk etik med de psykologiske sorgteorier og forsøger at nå ud til en bred, altomfattende målgruppe ved at reklamere sorggrupperne som åbne tilbud i aviser, mener sorggruppeledere, at sorggrupperne ikke skal ses som behandling eller endelig løftning af sorgbyrden, men nærmere en forebyggelse af sorgen og social støtte til de efterladte. Idet sorgdiagnosen ikke er vedtaget i Danmark endnu og der ikke foreligger nogen klare retningslinjer på, hvordan man skelner mellem det normale sorgforløb og den patologiske sorg, har sorggruppeledere ikke de nødvendige redskaber til at kunne identificere kompliceret

sorg på trods af Sundhedsstyrelsens forventninger om dette³². Når sørgende selv italesætter at sorgsymptomerne ikke lettes, kan den efterladte udtale sig til sorggruppelederen og efterfølgende kan sorggruppelederen vejlede om, hvorvidt der skal tages kontakt til fagprofessionelle i sundhedsvæsenet, så de kan lempe sorgbyrden for den efterladte. Nogle sorggruppeledere påpeger, at sorggrupper ikke altid er en optimal løsning på det komplicerede sorglidelse og forebyggelsen, fordi den efterladte kan påvirke gruppedynamikken negativt:

“Komplicerede sorgreaktioner er ikke i sig selv diskvalificerende for deltagelse i en sorggruppe, men som leder skal man være meget opmærksom på, om personens deltagelse påvirker gruppedynamikken i negativ retning” (Busch et al. 2014:100).

Dette eksemplificeres ved dissonans med gruppeordnen, reglerne eller på anden vis disharmonerende med sorggruppeforløbet:

“ [...] ved afvigende adfærd i forhold til de spilleregler, der er sat op for gruppen, eller i form af, at de øvrige deltagere oplever vedkommende som så anderledes, at spejling og dermed oplevet samhørighed ikke er muligt” (ibid.:100).

Selvom kirkens sorggruppe ikke er behandlingstilbud, følger sorggruppeledere nogle af Sundhedsstyrelsens anbefalinger i forhold til sorggruppeforløbet. Jeg mener, at dette forhold eksemplificerer nogle af de problemstillinger der gør sig gældende, når en religiøs institution skal forholde sig til sundhedsfaglige og psykologiske problematikker. Kirken, samt dens personale og frivillige befinder sig nemlig i en gråzone, mellem en religiøs institution og et socialt projekt, som bevirker at kirken ikke altid opererer ideelt i forhold til dens opgave. Derfor mærkes der en tvivl, blandt lederne om hvordan de bedst varetager deres opgaver og forholder sig til mennesker med patologiske lidelser. Dette bestyrkes af, at der fra kirkens side ikke er éns retningslinjer for hvordan sorggrupperne varetages, hvilket efterlader lederne med en del - måske til tider uhensigtsmæssig - autonomi.

³² <http://www.sst.dk/~media/3B57BB8B65014D73B47A7023546B4A62.ashx> : s 31

8.4.4 De særligt sårbare

Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger bør der være fokus på forebyggelse og mistrivsel qua de opsatte mål i arbejdet med de sorgramte. Dette udbytte kan opnås via opsamling af viden på området og udlicitering af den opsamlede viden ud i samfundet. På den måde kan forståelse af sorg i større samfundskontekst forbedres. Dette er især vigtigt i kontekst af at de sørgende befinder sig blandt andre samfundsmedlemmer og derfor afhænger de i stor grad af hvordan det øvrige samfund opfatter deres sorglidelse.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger sættes i overensstemmelse med WHO's anbefalinger på området fokus på de samfundsgrupper der i særlig risiko for at udvikle kompliceret sorg. Sundhedsstyrelsen og WHO mener at minoritetsgrupper, såsom medlemmer af LGBT-foreningen og indvandrere, er særligt sårbare over for kompliceret sorg. De seksuelle minoriteter, oplever ofte isolation, grundet deres seksuelle orientering, som kan forårsage forværring af sorgsymptomer. Etniske minoriteter har ofte sprogmæssige vanskeligheder, herunder især fagsprog, som gør det besværligt for dem at udtrykke deres følelser, bede om hjælp og støtte, og skaber utryghed, ensomhed og usikkerhed. De manglende danskundskaber står også i vejen for forståelse af information, der vedrører muligheder for forebyggelsen af sorgen. Det er derfor dobbelt problematisk, når slægtninge (især mindreårige) fungerer som tolke for de efterladte, da de oftest mangler professionalisme og evnen til at kunne distancere sig fra det omtalte emne, og skaber en ændret relation og rollefordeling mellem pårørende, den sorgramte, og sundhedspersoner.

Ud over minoriteter, er ældre også sårbare, da de oftere har nogle komplicerede forløb i sorgprocessen (de er blandt andet den aldersgruppe, der hyppigst begår selvmord ifølge Palliativt Videnscenter), hvorimod børn kan have forsinkede sorgreaktioner som kan påvirke deres videreudvikling og selvdannelse senere i livet, der oftest kommer til udtryk i puberteten. Derfor anbefaler sundhedsstyrelsen, at der ud over normale sorggruppeforløb skabes ressourcer, som disse særligt sårbare grupper af sørgende har mulighed for at aktivere i deres sorgforløb.

Sundhedsstyrelsen finder de eksistentielle, de åndelige behov at være lige så betydningsfulde, som alle andre forhold i arbejdet med sorgramte. Der kan ikke forventes, at kirkens sorggruppeledere bliver lige så klædt på om sorgdiagnosticering som sundhedspersonale, men deres ekspertise i sjælesorgarbejde kunne muligvis gøre dem kvalificerede i spirituelle forhold. En af årsagerne til den store efterspørgsel af sorggrupperne, er at man i kirken kan man føle sig respekteret, idet kirken opfylder og anerkender ens åndelige behov³³. Kirkens teologiske menneskesyn indeholder anerkendelse af mennesket som det er og inklusion uden nogen betingelser. Folkekirken anbefaler sorggruppeledere i at opsætte og kunne formidle en tydelig dagsorden for sorggruppemedlemmerne, så de føler sig mere trygge og sikre ved deres tilstedeværelse. Det hjælper dem også til at holde fokus på en decideret hovedopgave, som de beskæftiger sig med, nemlig at indgå i en dialog med de andre sorggruppemedlemmer, samt lederen. Sorggruppeledere kan derudover med fordel placere efterladte med forskellige typer tab, idet det styrker sorggruppens integritet. Undersøger anbefaler, at der kobles flere sorggruppeledere til hvert sorggruppeforløb, samt at holde sorggruppertilbuddene permanente, så der ikke opstår ventelister. Det er en fordel, f.eks. når der er få medlemmer til stede (Busch et al. 2014:103). Rapporten anbefaler at udviklingen i sorggrupper undersøges, med særligt henblik på en overensstemmelse mellem deltageres antal og dækning af de sørgendes behov. I den anledning bør der også udbydes kurser med formål om forbedring af sorgarbejde, udveksling af erfaring og viden på området, så de kommende sorggruppeledere kan sikres at være klædt godt på. For at kunne give nuanceret helhedsbillede af sorggruppernes effekter, samt forbedringsmuligheder og belysning af gråzoner, skal der ifølge rapporten iværksættes undersøgelser, der vedrører de negative erfaringer af sorggruppedeltagelse.

8.4.5 Delkonklusion

Ifølge Hansen vil diagnosticeringen af den komplicerede sorg, muligvis medføre en anerkendelse af sorg, i en samfundsmæssig kontekst. Her kunne det tænkes at

³³ Sundhedsstyrelsen (2011): *Anbefalinger for den palliative indsats*: <https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/F6CCABEE93BA4600B47B44C45510D79F.ashx>: s 46

familie og nære venner, opnår en bedre forståelse for sorgens spændvidde og intensitet, men også at arbejdsgivere opnår større anerkendelse af sorg, som en potentiel patologisk fare. Hertil kunne man håbe at sorg kunne anerkendes, på niveau med stress.

Endvidere medfører den kommende diagnosticering også en potentiel problemstilling i det diakoniske arbejde, for hvordan skal kirken pludselig forholde sig til at inkludere og identificere behandlingskrævende patologiske tilstande blandt dens deltagere? Og hvordan skal sorggrubelederne tage hensyn til de dynamikker som komplicerede sørgende fører med sig ind i grupperne? Dermed står kirken overfor en række udfordringer forbundet med diagnosen, som kræver en udvikling af både deres personale, såvel som af deres praktiske indstilling og vilkår. Dette forhold kompliceres yderligere af det faktum, at de mest sårbare i henhold til udvikling af kompliceret sorg, udgøres af grupper som i forvejen er udsatte og som følge har et svagere udgangspunkt for at vende tilbage til hverdagen. Disse udsatte kræver igen særlige vilkår og betænkeligheder når deres sorg skal bearbejdes og disse særlige forhold er igen noget, som de individuelle grubeledere skal forholde sig til. Dermed kræves der en mere bredt dækkende og fyldestgørende uddannelse af det personale som anvendes af kirken, men hvorledes dette gøres er uvidst. Delingen af viden, på tværs af forskellige sorggrupper, samt afholdelse af kurser arrangeret af egentlig psykologisk personel kunne her være givende.

Sundhedsstyrelsen skriver i sine anbefalinger at eksistentielle, åndelige behov er lige så vigtige at tage højde for, som andre relevante faktorer, i arbejdet med sorgramte. Her kan kirken siges at have en klar styrke, i det det åndelige her dyrkes. Dog kan denne åndelighed og religiøsitet som kirken dyrker, samtidig være afskrækkende for visse segmenter af befolkning.

9.0 Diskussion

“En diagnose kan retfærdiggøre og beskyjde, legitimere eller stigmatisere, lette adgangen til ressourcer, ligesom den kan begrænse muligheder”

(Brinkmann & Petersen 2015:232).

Som citatet belyser, fremhæver anerkendelsen af sorgen som en selvstændig diagnose flere overvejelser, som diskuteres i dette afsnit. Det vides ikke på nuværende tidspunkt, hvornår patologisk sorg bliver vedtaget som diagnosen i Danmark, men allerede nu kan der ses både fordele og ulemper ved legitimering af sorgen som selvstændig diagnose.

På den ene side vil sorgdiagnosen være til gavn for de efterladte, der bliver ramt af kompliceret sorg, hvor symptomerne også efter en lang periode bliver ved med at være lige så intensive, som lige efter tabet. Samtidig med, at de mangeartede sorgreaktioner har været internationalt anerkendte, har der også været enighed om, at i nogle tilfælde kan den komplicerede sorgreaktion kan blive så psykisk belastende, at den ikke kan helbredes uden behandling og kræver derfor bl. a. terapeutisk og/eller medicinsk hjælp. I disse tilfælde blev patienter med forlænget sorg-lidelse, inden WHO's indførelse af sorgen som diagnosen, diagnosticeret med depression eller PTSD³⁴(Posttraumatisk stressreaktion³⁵) siden 1980³⁶. En undersøgelse³⁷, publiceret i 2007, har vist, at sorg-symptomerne adskiller sig fra både depression og PTSD. Som resultat af dette studie blev der konkluderet, at op til 98% af de undersøgte patienter ikke har haft PTSD eller depressions- symptomer, men helt klar har fremvist symptomer af den komplicerede sorg (Bonanno et al. 2007:348f). På baggrund af denne konklusion diskuterer forskere i artiklen om, hvorledes det bedste terapeutisk resultat først kan opnås, når kompliceret sorg bliver til selvstændig diagnose, idet den kræver en særskilt behandling (ibid.:349). Netop i disse tilfælde vil den målrettede behandling være med til, at der undgås eksempelvis indtagelse af de medicinske præparater, der ingen virkning har på sygdommen og at patienter med konstateret sorgdiagnose kan sikres ved henvisning fra egen læge, hvorved de helt eller delvist kan forsikringsdækkes mht. til udgifter til psykolog, fysioterapeut eller andre specialister. Samtidigt vil WHO's diagnosemanualen ICD-11 med de grundige beskrivelser af diagnosekriterier afhjælpe sundhedsfaglig personale ved sorgdiagnosticering.

³⁴ PTSD- posttraumatisk stressreaktion, en psykiatrisk diagnose : <http://ptsdidanmark.dk/hvad-er-ptsd>

³⁵ <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/ptsd.aspx>

³⁶ <http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/18268.pdf>

³⁷ <https://pdfs.semanticscholar.org/d310/5b17ff66194d24477b696a5754cb0b352b36.pdf>

De seneste undersøgelser viser, at intensive sorgsymptomer ikke kun påvirker den psykiske tilstand, men også belaster kroppen, især hjertet. Hjertemedicinsk Klinik på Rigshospitalet er i gang med forskning på såkaldt *knust hjerte syndrom*³⁸.

Sunhedsfaglige eksperter mener, at cirka 30 menneksker bliver ramt årligt af *knust hjerte syndrom* i Danmark og især sørgende kvinder i alderen 65+ er i risikogruppen. I disse tilfælde kan sorgen som selvstændig diagnose understøtte særlig fokus på patientens fysiske såvel som psykiske tilstand.

På den anden side er flere aspekter ved erklæringen af sorgdiagnosen tankevækkende.

“Sorg er en naturlig eksistentiel tilstand, ikke en sygdom, og WHO’s forslag kan forstås som et udtryk for en tendens i vores samfund, hvor vi efterhånden sygeliggør alle mulige smertefulde tilstande, som vi føler os afmægtige over for” (Guldin 2018:51).

En risiko for at psykiatriske diagnoser bliver en del af samfundskultur er et af de aktuelle overvejelser. Svend Brinkmann og Anders Petersen (2015:18-22) stiller spørgsmålstegn ved formålet med psykiatriske diagnoser og mener, at disse diagnoser, udover at være en del af den medicinske felt, også agerer i økonomisk, organisatorisk, kulturel og i nogen grad politisk sfære, og dette påvirker både individer og samfundet. Eksempelvis nævnes der, at nogle forsikringsselskaber betinger udgiftsdækning med diagnosen, studerende med diagnosen kan modtage særlige tilbud, mens en arbejdsløs ved diagnosticeret psykisk sygdom kan få bedre mulighed for modtagelse af bestemte velfærdsydelse (Brinkmann & Petersen 2015: 18f).

10.0 Konklusion

På baggrund af den foregående analyse kan der konkluderes, at en positiv virkning af deltagelse i folkekirkens sorggrupper opnås ved opsætning af sorggruppeforløbet i

³⁸ <http://www.pavi.dk/Files/Når%20hjertet%20bliver%20lammet%20af%20sorg.pdf>

det re-etablerende spor med fokus på hverdagsaktiviteter. Der foreligger ikke nogen effektivitetsmåling på området, dog udtaler nogle deltagere sig om, at de oplever en lettelse i sammenhæng med deres deltagelse i sorggruppeforløbet. På den anden side må det antages at, der er et segment i befolkning som af en række årsager kategorisk ikke ønsker at deltage i aktiviteter i folkekirkens regi. På trods af, at folkekirkens tilbud er åbent, forekommer det folkekirken umuligt at nå ud til disse sørgende.

Kirkens rolle er spirituel og rådgivende i sorgprocessen og består i at støtte de sørgende deltagere ved eksempelvis at begrebsliggøre de følelser sørgende oplever. Anerkendelse af sorg som en lidelse i samfundet viser sig at være udfordrende for diakonien, idet kirken også skal forholde sig til det nye syn på sorgfænomenet og tage hensyn til, at de har med psykisk belastede mennesker at gøre. Netop i denne kontekst er medarbejdernes kvalifikationer tvivlsom, idet kirken hyrer personale, der blot skal have erfaring med emnet, men som ikke nødvendigvis ejer direkte fagligt relevant og kvalificeret viden. De manglende faglige, psykologiske kompetencer fremkalder tvivl om hvorledes folkekirken kan opfylde sundhedsstyrelsens forventning om, at folkekirken kan varetage en rolle i identifikation af de komplicerede sørgende.

Sundhedsstyrelsen påpeger at forebyggelsesindsatsen er mest effektiv ved tidligst mulig indtrædelse, men lange ventelister til folkekirkens sorggrupper gør det vanskeligt at forebygge hurtigt. Dette peger muligvis mod nødvendigheden af en større indsats på området, som målrettet kan forebygge.

På den ene side kan folkekirken opfylde sorggruppemedlemmernes spirituelle, åndelige behov, hvilket er anbefalet Sundhedsstyrelsen, da den er et samlingssted for dyrkningen af det spirituelle. Men på den anden side er det ikke alle, der tiltrækkes af folkekirkens spiritualitet, blandt andre medlemmer af andre trosretninger og ateister, som ikke identificerer sig med folkekirkens aktiviteter. Dermed isoleres en potentiel stor gruppe fra den forebyggende behandling. Gruppeledernes manglende kompetencer kan ligeledes anses som problematiske.

Hvis vi anerkender kompliceret sorg, som en invaliderende, patologisk tilstand, må vi også tage redskaber i brug for at forhindre at flest mulige rammes af denne lidelse. Derfor er en målrettet indsats nødvendig og vi bør måske overveje hvilke kompetencer vi ønsker, at personale der frivilligt arbejder, bør have for at varetage en så stor opgave. Dette betyder også at vi - som samfund - må gøre os klart, hvilke faglige kompetencer, det forebyggende og identificerende arbejde kræver.

11.0 Perspektivering

Psykiatrifonden har med udgangspunkt i Folkesundhedsrapporten i 2015 fremlagt en rapport *Tal til psyken*³⁹, som bekræfter, at cirka 20% af samlede dansk befolkning har tegn på et eller flere psykiske sygdomme. Dette svarer til omkring 700.000-800.000 voksne danskere (Psykiatrifonden 2015:7).

Nogle psykiske sygdomme fremkalder dødelighed og øget hyppighed af fysiske symptomer. Eksempelvis kan misbrug føre til nedsat lever- og nyrefunktion og bevirke hukommelsestab, mens andre psykiske sygdomme kan forårsage hjertekarsygdomme, blodpropper, kronisk bronkitis eller muskel-/knoglelidelse. Dette fører ofte til nedsættelse af arbejdsevner og funktionsnedsættelse (ibid.: 13). Derfor er psykiske lidelser årsag til cirka 1/3 af tilkendte førtidspensioner i Danmark. Samfundsmæssige udgifter på området deles på *direkte* og *indirekte* omkostninger. De summerede omkostninger ligger i omegnen af 55 mia. kr. pr år (ibid.:14). *Direkte omkostninger*, som står for udgifter på behandlingsindsatser, udgør kun 10% af de samlede omkostninger. De resterende er *indirekte omkostninger*, som udgør 90%, består af langtidssygemeldinger og andre øvrige tilskudsordninger. Andelen af borgere med psykiske lidelser som modtager offentlige ydelser (førtidspension, dagpenge, kontanthjælp, deltidsjob), udgør 13.8% af samlet antal personer på offentlig forsørgelse (ibid.: s.21). Disse problematikker påvirker ikke blot Danmark, da lignende tendenser er blevet observeret og verificeret af WHO i deres undersøgelser i det øvrige Europa.

³⁹ <http://www.psykiatrifonden.dk/media/1417569/tal-til-psyken-september-2016.pdf>

I forbindelse med disse problemstillinger holdt WHO Europe tilbage i 2005 en international konference om den fælleseuropæiske udvikling på det psykiatriske område i Helsinki. Omfanget af de psykisk syge i europæiske region forventes have stigende tendens. Der blev i den forbindelse udgivet en rapport⁴⁰ om de forestående epidemiske udfordringer i psykiatrien, som Europa i de næste 10 år har søgt at imødekomme. Den europæiske region tæller 52 medlemslande, hvori hver femte borger lider grundet psykisk sygdom. Derfor argumenteres der for, at psykiske lidelser ikke udelukkende er et problem for enkelte individ, men skal ses i bredere samfundskontekst (WHO 2005: 5). Flere undersøgelser på området har udpeget, at vesteuropæiske lande befinder sig i en behandlingskløft og mangler indsatser på mange psykiatriske diagnoser. Eksempelvis, nævnes der i rapporten, at alkoholmisbrugsbehandling har medført cirka 92%, angst - 42% depression - Hvilket skyldes 45% fejl og mangel i forebyggelses-og behandlingsindsats (ibid.: 32f). Rapporten indeholder flere omfattende anbefalinger til forbedringer og effektiviseringer på området, som medlemsstater har en mulighed at udarbejde handleplan efter. Der lægges stor vægt på udbredelsen af viden om de psykiske sygdomme i samfundet.

Rapporten omtaler også sensitive områder, som menneskerettigheder på handicapområdet. Der forventes øget indsats i afstigmatisering, forbedring af jobmuligheder, nedsættelse af diskrimination på arbejdsmarkedet, selvmordsprævention, samt mere fokus på inklusion og socialisering af mennesker med psykisk funktionsnedsættelse (ibid.:19). Alle disse indsatser kræver økonomisk støtte og finansiering, derfor anbefaler WHO at øge afsæt til forebyggelse og behandling af psykiske sygdomme fra sundhedsbudget med stigning på op til 5.8%.

Anbefalinger af WHO på psykiatrisk område vil spille stor rolle for hvordan der vil udvikles sorgforebyggelsesarbejde i kontekst af at sorgdiagnosen på et eller andet tidspunkt vil blive vedtaget i DK.

⁴⁰ En WHO's rapport udgivet i 2005 i forbindelse med konference organiseret af WHO Europe i Helsinki: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

12.0 Litteraturliste

Line Bjørn Hansen (05.03.2018): *Interview med sognepræst Line Bjørn Hansen* foretaget af Regina Bille, vedhæftes som bilag. Husumvold Kirke.

Guldin, Mai-Britt (09.05.2018): *Tænkepauser om sorg*. Køge Bibliotek.

12.1 Bøger og tidsskrifter

Attride-Stirling, Jennifer (2001): *Thematic Networks: an Analytical Tool for Qualitative Research*. SAGE.

Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (2009): *Interviewing Experts*. Palgrave MacMillan.

Esmark, Anders et al. (2005): *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. Frederiksberg. Roskilde Universitetsforlag.

Fisher, G.A.; Chon, Kyum Koon (1989): *Durkheim and the Social Construction of Emotions*. i: *Social Psychology Quarterly*. Vol. 52. No. 1. American Sociological Association.

Fuglsang, Lars (red.); Olsen, Poul Bitsch (red.) (2009) : *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne : på tværs af fagkulturer og paradigmer*. 2. udgave, 4. oplag. Roskilde Universitetsforlag.

Hansen, Thomas Bjørn; Hansen, Line Bjørn (2010): *Sorggrupper i kirken - fortællinger om tab, håb og fællesskab*. Frederiksberg. Religionspædagogisk Forlag.

Hviid Jacobsen, M.; Kristiansen, S. (2002): *Erving Goffman: Sociologien om det elementære livs sociale former*. Frederiksberg. Hans Reitzels Forlag.

Klausen, Søren Harnow et al. (2008): *Filosofisk leksikon: Den vestlige verdens erkendelsesteori, metafysik, etik, logik, videnskabsteori og samfundstænkning*. København. Gyldendal.

Kurth, M. (2013): *Handicap Hybrid - mellem den medicinske og den sociale model*. i: Inge Storgaard Bonfils (red): *Handicapforståelser: mellem teori, erfaring og virkelighed*. Akademisk Forlag.

Kvale, Steinar; Brinkmann, Svend (2009): *Interview - introduktion til et håndværk*. 2. udgave. Gyldendal Akademisk.

Laursen, Erik (2009): *Hyper-ritualer og følelser for det sociale. Durkheims teori om samfundets møde med sig selv*. i: Dansk Sociologi, Nr.4/20.

Lynggaard, Kenneth : *Dokumentanalyse*. i: Brinkmann, Svend; Line Tanggaard (2013): *Kvalitative metoder - en grundbog*. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag.

Mogensen, Jesper Roesgaard; Engelbrekt, Preben (2013): *At forstå sorg - Teoretiske og praktiske perspektiver*. Frederiksberg. Samfundslitteratur.

Nissen, Johannes (2008): *Diakoni og menneskesyn*. (Lokalitet). Aros Forlag.

Nygaard, Claus (red.) (2005): *Samfundsvidenskabelige analysemetoder*. Frederiksberg. Samfundslitteratur.

Stroebe, W.; Schut, H. (1999): *The Dual Process Model of Coping with Bereavement*. i: *Death Studies* (2010). Taylor & Francis.

Stroebe, W.; Schut, H. (1999): *The Dual Process Model of Coping with Bereavement*. i: *Death Studies* (2010). Taylor & Francis.

Laursen, Erik (2009): *Hyper-ritualer og følelser for det sociale. Durkheims teori om samfundets møde med sig selv*. i: Dansk Sociologi, Nr.4/20.

Stroebe, W.; Schut, H. (2001): *Models of coping with bereavement. A review.* i: Stroebe, M.; Hansson, R. (eds.) (2001): *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care.* Washington. American Psychological Association.

Szulevicz, Thomas (2015): *Deltagerobservation.* i: Brinkmann, Svend; Line Tanggaard: *Kvalitative metoder: En grundbog.* 2. udgave. København. Hans Reitzels Forlag.

Turner, Jonathan H. (2009): *The Sociology of Emotions: Basic Theoretical Arguments.* i: *Emotion Review.* Vol. 1, No. 4. SAGE.

Yardley, Lucy (2008): *Demonstrating Validity in Qualitative Psychology.* i: Smith, Jonathan A. (red.): *Qualitative Psychology. A practical Guide to Research Methods* (kompendium). London. SAGE. i: Westerling, Allan *Metode Klynge C. vol. 2.*

12.2 Internetkilder

Astrup, Elisabeth (2016): *Snart bliver sorg en diagnose.* Politiken.
<https://politiken.dk/indland/art5614584/Snart-bliver-sorg-en-diagnose>. set 14.2.2018.

Bonanno, George A.; Neria, Yuval; Mancini, Anthony; Coifman, Karin G.; Insel, Beverly; Litz, Brett (2007): *Is There More to Complicated Grief Than Depression and Posttraumatic Stress Disorder? A Test of Incremental Validity.* i: *Journal of Abnormal Psychology.* American Psychological Association. Vol. 116. № 2. p. 342-351.
<https://pdfs.semanticscholar.org/d310/5b17ff66194d24477b696a5754cb0b352b36.pdf>. set 4.2.2018.

Busch, Christian & Hansen Bjørn, Line (u.å.): *Fasemodeller og sorgopgavemodeller*
<http://sorg.folkekirken.dk/til-sorggruppeledere/viden-om-sorg/sorgmodeller-og-sorgteorier/fasemodeller-og-sorgopgavemodeller>. set 12.3.2018.

Busch, Christian; Hansen, Line Bjørn; Hedegaard, Marie Thomsen (2014): *Når sorgen bæres sammen - en undersøgelse af folkekirkenes sorggruppepraksis - Resultater, anbefalinger og perspektiver*. Trygfonden.

[http://sorg.folkekirken.dk/Resources/Persistent/f/9/5/1/f951faf9b52fae2d30c417106dd4c4da62fc89ba/Sorggrupper i folkekirken - Rapport - Naar sorgen bæres sammen - ENDELIG VERSION Juni 2014 1 .pdf](http://sorg.folkekirken.dk/Resources/Persistent/f/9/5/1/f951faf9b52fae2d30c417106dd4c4da62fc89ba/Sorggrupper%20i%20folkekirken%20-%20Rapport%20-%20Naar%20sorgen%20baeres%20sammen%20-%20ENDELIG%20VERSION%20Juni%202014%201.pdf). set 31.1.2018.

Busch, Christian; Hansen, Line Bjørn (u.å.): *Sorgmodeller og sorgteorier*.

<http://sorg.folkekirken.dk/til-sorggruppeledere/viden-om-sorg/sorgmodeller-og-sorgteorier>. set 12.3.2018.

Eland, Mette (u.å.): *Sorg har mange årsager*. Kræftens Bekæmpelse.

<https://www.cancer.dk/omsorg/boern-i-sorg/sorg-har-mange-arsager/>. set 7.2.2018.

Engelbrekt, Preben (29.09.2016): *Forskningscenter: Sorg koster samfundet*

milliarder. <https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/forskningscenter-sorg-koster-samfundet-milliarder>. set 10.2.2018.

Folkekirken (u. å.): *Socialt arbejde*.

<https://www.folkekirken.dk/folkekirken-arbejder/socialt-arbejde> . set 10.2.2018.

Guldin, Mai-Britt (2014): *Diagnose? Kompliceret sorg*. i: *Psykolog Nyt*. Nr. 4.

<http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/18268.pdf>. set 31.1.2018.

Guldin, Mai-Britt (2007): *Sorg-reaktioner – ny forståelse og behandling*. i: *Klinisk Sygepleje*. 21. årgang, nr. 2.

<https://hjerneskadet.dk/wp-content/uploads/2015/03/Mai-Britt-Guldin-tosporsmodellen.pdf>. set 15.2.2018.

Hansen, Lars et al. (2011): *Når to bliver til en. Omsorg for de efterladte - Undervisningsmateriale og inspiration til at udarbejde en handleplan for ældre i sorg*. Palliativt Videncenter.

[http://www.pavi.dk/Libraries/Fra to til én - omsorg for ældre efterladte/Bog.sflb.ashx](http://www.pavi.dk/Libraries/Fra_to_til_én_-_omsorg_for_ældre_efterladte/Bog.sflb.ashx). set 1.2.2018.

Holtze, Lea (7.8.2015): *Når hjertet bliver lammet af sorg* i *Kristelig Dagblad*, set i Palliativt Videncenter.

<http://www.pavi.dk/Files/Når%20hjertet%20bliver%20lammet%20af%20sorg.pdf> set 4.5.2018.

Juni, Maj (04.10.2016): *DPU-forskere skal undersøge sorgens kultur*. Danmarks institut for Pædagogik og Uddannelse.

<http://edu.au.dk/aktuelt/nyhed/artikel/dpu-forskere-skal-undersoege-sorgens-kultur/> . set 17.2.2018.

Lybek, Jacob (18.04.2017): *Sorggrupper boomer i folkekirken*.

<https://www.folkekirken.dk/aktuelt/nyheder/sorggrupper-boomer-i-folkekirken> set 18.2.2018.

Madsen, Ole Jacob (u.å.): *Diagnosens makt over sinnene: refleksjoner om diagnoser og diagnosekritikkens mangler*. Vitenskapelig artikkel
https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/59787/Diagnosens_makt.pdf?sequence=4 . set 20.3.2018.

Madsen, Kristiansen & Olesen (2001): *Hvor længe varer naturlig sorg?*, Sidst opdateret: 16.08.2016 Videnscenter for Psykotraumatologi.
https://www.sdu.dk/da/om_sdu/institutter_centre/institut_psykologi/forskning/forskningsgrupper/videnscenter_for_psykotraumatologi/temasider/sorg/hvor+laenge. set 10.3.2018.

Malt, Ulrik (20.2.2018): *DSM-systemet* i Store Medicinske Leksikon
<https://sml.sn�.no/DSM-systemet> . set 10.3.2018.

Nyland, Anne Holm (15.9.2015): *Sorg som diagnose kan man det?* i Dansk Sygeplejeråd, Fag og forskning.
<https://dsr.dk/fag-og-forskning/blogs/udvikling-paa-tvaers/sorg-som-diagnose-kan-man-det>. set 10.5.2018.

Prigerson, G. Holly et al (4.8.2009): Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for *DSM-V* and *ICD-11* i Plos Medicine, 2009.
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000121>. set 10.3.2018.

Psykiatrifonden (u.å.): <http://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/ptsd.aspx>. set 2.2.2018. Arkiveret 23.6.2017 på Archive.org, URL:
<https://web.archive.org/web/20170623003450/https://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/ptsd.aspx>

Psykiatrifonden (2015) *Tal til psyken. Fakta om psykisk sundhed og psykisk sygdom.*: <http://www.psykiatrifonden.dk/media/1417569/tal-til-psyken-september-2016.pdf>. set 15.5.2018.

Rørth, Mikael (09.12.2015): *Kriser*.
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kraeft/sygdomme/at-dele-en-krise-i-livet/kriser/> .set 30.1.2018.

Straszek, Sune (2016): *Sorgreaktion*
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/diverse/sorgreaktion/>. set 31.1.2018.

Stroebe, Margaret; Schut, Henk (1999): *The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description* i *Death Studies*, Vol 23- Issue 3
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/074811899201046>. set 7.2.2018.

Sundhedsstyrelsen (2011): *Anbefalinger for den palliative indsats*
<http://www.sst.dk/~media/3B57BB8B65014D73B47A7023546B4A62.ash>. set 1.2.2018.

Sundhedsstyrelsen (2016): *Satspuljen Center for kompliceret sorg*.
<https://www.sst.dk/da/puljer-og-projekter/2016/center-for-kompliceret-sorg>. set 15.3.2018.

World Health Organization (u.å.): *About WHO. Who we are, what we do.*

<http://www.who.int/about/en/>. set 10.2.2018.

World Health Organization (u.å.): *Classifications. International Classification of Diseases (ICD) Revision.*

<http://www.who.int/classifications/icd/revision/icd11faq/en/> .set 14.3.2018.

World Health Organization (01.05.2015): *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical Management of Mental Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian*

Emergencies.http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162960/9789241548922_eng.pdf;jsessionid=E222AB3630521F1E03BFDF6E25ACECEA?sequence=1. set

15.2.2018.