

Det Nationale Sorgcenter

Sorgsamtaler i almen praksis

Lene Larsen, Cand.psych.aut., ph.d.

Marie Stigaard Tølbøll, Cand.psych. MA Intl. Peace and Security

Januar 2022

Sorgsamtaler i almen praksis

Indhold

Om sorg	2
Sorgens naturlige udtryk	2
To proces modellen	2
Når sorgen bliver kompliceret	3
Efterlevende i den praktiserende læges praksis	5
Typiske udfordringer når man har mistet	5
Når efterlevende henvender sig med andre problematikker end sorg.....	5
Rammen for sorgsamtalerne	6
Målgruppe og fokus.....	6
Formål.....	6
Tre typer af sorgsamtaler	6
Den terapeutiske holdning	7
Tre typer af sorgsamtaler i almen praksis	8
1: Den afklarende samtale: tabshistorie og behov.....	8
2: Støttende samtaler: Sorgstøtte og rådgivning	9
Psykoedukation og normalisering	10
Basale behov og egenomsorg.....	11
Bearbejdelse af svære oplevelser.....	11
3: Samtaleterapi om sorg med udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi.....	13
At konfrontere og acceptere tabets realitet	13
At genfinde troen på sig selv, andre og fremtiden.....	14
At engagere sig i meningsfulde aktiviteter.....	18
Afslutningsvis.....	19
Bilag 1: Mulige spørgsmål til den afklarende samtale.....	20
Bilag 2: Eksempel på selvmordsscreening.....	22
Bilag 3. Naturlige sorgreaktioner.....	23
Bilag 4. To proces modellen	24
Litteraturliste.....	25

Sorgsamtaler i almen praksis

Om sorg

Sorgens naturlige udtryk

Sorg er en naturlig, adaptiv reaktion på at miste en nærtstående person, til hvem der har været knyttet et følelsesmæssigt bånd. Sorg er kompleks og kan komme til udtryk i en lang række reaktioner: følelsesmæssige, kognitive, adfærdsmæssige, og fysiske reaktioner samt i eksistentielle overvejelser. Eksempler på disse er vist i tabel 1. De fleste efterlevende vil opleve en blanding af disse reaktioner, som kan være intense og overvældende i tiden lige efter tabet. Størstedelen af efterlevende vil dog også opleve, at de første intense reaktioner aftager, så det igen bliver muligt at opretholde et almindeligt hverdagsliv på trods af tabet.

Tabel 1. Eksempler på for sorgreaktioner

Følelser	Fysiske reaktioner	Adfærdsmæssige reaktioner	Kognitive reaktioner	Eksistentielle overvejelser
<ul style="list-style-type: none"> • Chok • Længsel/savn • Tristhed • Vrede • Skyld/lettelse • Angst, utryghed • Følelsesløshed 	<ul style="list-style-type: none"> • Søvnproblemer • Appetitændring • Hovedpine • Mavepine • Hjertebanken 	<ul style="list-style-type: none"> • Social isolation • Afhængighed • Undgåelse • Uro, rastløshed • Hyperaktivitet • Ritualisering 	<ul style="list-style-type: none"> • Koncentrationsbesvær • Sanseløshed • Forstyrrelser • Forvirring • Rumination • Selvmordstanker 	<ul style="list-style-type: none"> • Meningsløshed • Identitetstab og -forvirring • Isolation • Oplevelse af uretfærdighed • "hvorfor mig?"

(1–3)

I tiden efter dødsfaldet er det naturligt at opleve følelser som savn, længsel og tristhed. Man kan dog også komme i kontakt med en række andre følelser og reaktioner, som er helt normale sorgreaktioner, men som kan virke voldsomme og fremmede.

Det er vigtigt at bemærke, at sorg opleves og kommer til udtryk forskelligt fra person til person. Reaktionen vil til dels afhænge af personlighed, livshistorie, kulturel kontekst, og af, hvem man har mistet og hvordan man har mistet.

Sorgreaktionerne aftager gradvist med tiden i intensitet og varighed, i kraft af at sorgen og tabet integreres i den efterlevendes liv.

To proces modellen

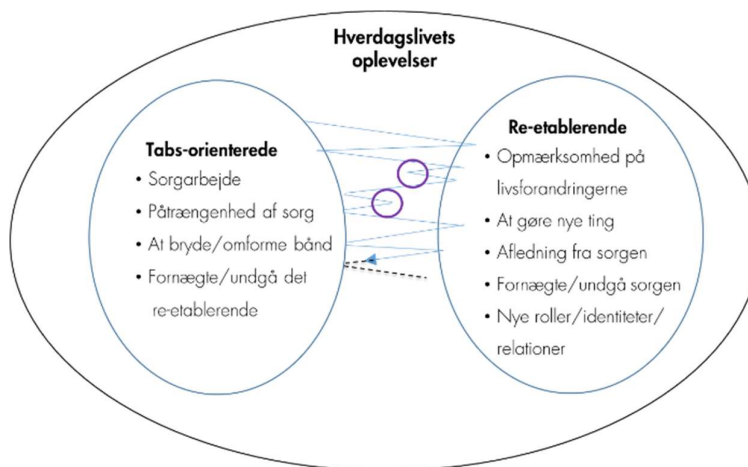
Ved årtusindskiftet introducerede Stroebe og Schut *the Dual Process Model* (på dansk: to proces modellen) med afsæt i bl.a. tilknytningsteori og kognitiv stress teori (4). To proces modellen (TPM) blev en brobygger mellem den klassiske freudianske forståelse af sorg, som inddelt i faser, og en mere nutidig kognitiv tilgang. TPM har udviklet sig til at være den mest toneangivende model for forståelsen af sorg i den vestlige verden (5).

I TPM (se figur 1) fremstilles sorg som en dynamisk proces, hvori den efterlevende pendulerer mellem to forskellige processer i tiden efter tabet. På den ene side står den tabsoverrettede proces, hvor den efterlevende er optaget af det klassiske sorgarbejde, der handler om at mærke og forholde sig til bl.a. savn,

længsel, søgen efter afdøde, samt af at omorganisere relationen til afdøde. På den anden side findes den reetablerende proces, hvor den efterlevende konfronteres med at skulle tilpasse sig en verden uden den afdøde. Det betyder, at den efterlevende skal gøre nye ting og oparbejde en ny identitet og måske indtage nye roller i f.eks. familie. Som sagt pendulerer den efterlevende mellem disse to processer, og dette er med til at dosere arbejdet med sorgen. Over tid optages den efterlevendes hverdag i mindre og mindre grad af arbejdet med de to processer, og mere og mere af almindelige hverdagsaktiviteter.

TPM tilbyder en forklaring på, hvad der forløber anderledes i sorgprocessen hos de efterlevende, hvor sorgen kompliceres. Det centrale ved TPM er pendulering mellem de to processer, som indebærer, at på nogle tidspunkter vil den efterlevende konfrontere tabet, og på andre tidspunkter vil han undgå det. Sorgen bliver kompliceret, når den sørgende ikke pendulerer mellem de to processer, men udelukkende forholder sig til den ene af dem (6). Her kommer den efterlevende til at "sidde fast" i sorgen.

Figur 1: To proces modellen (4)



Når sorgen bliver kompliceret

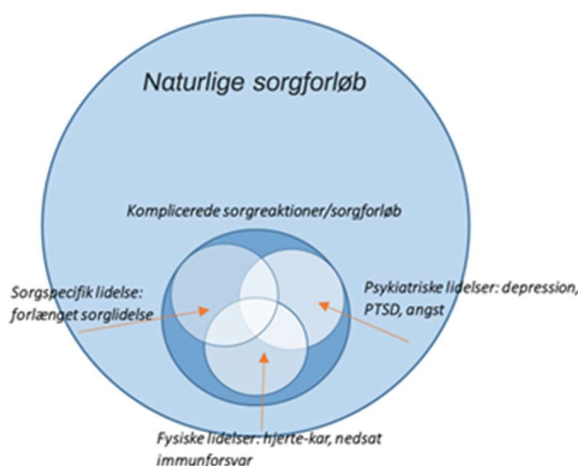
(7–9) Størstedelen af efterlevende (ca. 80%) oplever et naturligt og helende sorgforløb efter at have mistet en nærtstående person (7–9). Det vil sige, at sorgen udvikler sig over tid, og de smertefulde følelser og reaktioner aftager i intensitet. Den efterlevende begynder at forstå og acceptere tabets endegyldighed og begynder gradvist på at finde sig tilrette i det ny liv uden afdøde. Relationen til den afdøde fortsætter på et symbolsk, psykologisk niveau. De fleste vil sige, at sorgen ikke forsvinder, men at den ændrer sig og bliver til at leve med.

Det er dog ikke alle efterlevende, der oplever et helende sorgforløb. Ca. 15-20% oplever et kompliceret sorgforløb, hvor følelser og sorgreaktioner ikke aftager, men forbliver intense og invaliderende (9,10). Det er som om, den efterlevende fastlåses i sorgen. Som beskrevet ovenfor kan dette ses som et udtryk for, at den efterlevende ikke pendulerer mellem de to tilpasningsprocesser i TPM på en hensigtsmæssig og tilpasningsfremmende måde, men udelukkende befinder sig i en af processerne (dvs. enten den tabs- vs reetablerende proces). Dette bevirker, at sorgen ikke indfinder sig i passende doser, som vil kunne hjælpe med accept og integration af tabet, men at den efterlevende i stedet er overvældet af følelser (udelukkende i den tabsorienterede proces) eller helt lukker af for sorgen og andre følelser, og udelukkende befinder sig i den reetablerende proces.

World Health Organisation vedtog i 2018, at den reviderede diagnosemanual ICD-11, som udkommer i 2022¹, vil inkludere en ny diagnose *Prolonged Grief Disorder* (PGD), som skal opfange den gruppe af efterlevende, som oplever et særligt invaliderende, langvarigt og kompliceret sorgforløb – dvs. hvor sorgen ikke aftager i intensitet over tid (11). PGD er karakteriseret ved intens og vedvarende længsel efter eller optagethed af den afdøde, samt intens emotionel smerte. Diagnosen skal først stilles mindst seks måneder efter tabet. Sorgreaktionen skal overskride kulturelle normer og fører til signifikante svækkelser af personlige, sociale, erhvervsmæssige eller andre funktionsområder (12). PGD kan ses som en videreførelse af den akutte sorgreaktion.

Forskning har vist at PGD er en risikofaktor udvikling af psykiske og fysisk sygdomme (13), f.eks. svær depression, og angst (14,15), fysiske sygdomme som hjertekarsygdomme (16), samt for selvmord og tidlig død (17). Forskning har endvidere vist, at der er høj ko-morbiditet mellem PGD og andre psykiske lidelser. Et nyt meta-analyse studie, fandt at ca. 70% af efterlevende med PGD også oplever symptomer på depression, angst og PTSD (18).

Figur 2. Model for naturlige og komplicerede sorgforløb



Risiko- og beskyttende faktorer

Forskning har vist, at der er en række faktorer, som kan øge risikoen for et kompliceret sorgforløb (1,19). Nogle er forbundet med, hvem man har mistet og omstændighederne omkring dødsfaldet. Andre handler om faktorer, der har med den efterlevende at gøre.

Risikofaktorer forbundet med afdøde og dødsfaldet

- Når der var en tæt relation til afdøde – f.eks. et barn eller ægtefælle
- Ved høj afhængighed af afdøde
- Traumatiske dødsfald – f.eks. voldelig død, selvmord
- Efter høj omsorgsbyrde før dødsfaldt, f.eks. ved langvarig sygdomsforløb
- Når den efterlevende ikke følte sig forberedt på dødsfaldet
- Når efterlevende mangler social støtte
- Når reaktionen på tabet var voldsom, med høj aktivering (arousal)/angst eller undgåelse

¹ I skrivende stund forventes ICD-11 tidligst implementeret i Danmark i 2024.

Risikofaktorer forbundet med den efterlevende (før dødsfaldet)

- Tidligere tab
- Tidligere psykiske problemer
- Usikker tilknytningsstil
- Usikker eller kompliceret relation til afdøde

Efterlevende i den praktiserende læges praksis

Typiske udfordringer når man har mistet

Sorg er en individuel oplevelse, og den kan se meget forskellig ud fra menneske til menneske. Der er dog nogle typiske problemstillinger, som man som læge kan være opmærksom på blandt de borgere, som har mistet en nærtstående:

1. Sorgens følelser og intensitet er for mange ukendt og kan give en fornemmelse af ikke at kunne genkende sig selv og sine reaktionsmønstre. Den kan føles overvældende og uvirkelig. Den efterlevende kan have behov for at tale med et menneske, som kan rumme de svære følelser.
2. Som sørgende kan man føle sig isoleret, fordi netværket har svært ved at støtte op om den sørgende. Mennesker med et ellers velfungerende socialliv kan føle sig ensomme og alene, fordi venner og familie har svært ved at rumme de svære følelser eller den sørgende har svært ved at dele deres oplevelser og bekymringer. Lægen kan være empatisk lyttende og vise interesse for tabshistorien.
3. Fysiske reaktioner såsom hjertebanken, hovedpine, søvnproblemer eller nedsat appetit er ofte forbundet med naturlige sorgreaktioner, men de kan være bekymrende for efterlevende. Den efterlevende kan have behov for at drøfte disse med lægen.
4. Manglende selvomsorg f.eks. i form af nedsat hygiejne og appetit, manglende indkøb, madlavning og manglende engagement i tidligere aktiviteter, som plejede at være til glæde for borgeren. Det kan også være i form af uhensigtsmæssige coping strategier som øget forbrug af alkohol og tobak m.m. Lægen kan være nysgerrig på, hvordan dagligdagen fungerer.
5. Praktiske opgaver, som f.eks. afvikling af boet, aktiver og arv kan i nogle familier føre til konflikter og brudte relationer, som ud over sorgen belaster den efterlevende, da det kan være svært for den efterlevende at skulle forholde sig til både familiekonflikterne og sorgen.
6. Det, at miste en partner, kan få store konsekvenser for ens økonomiske situation. Det kan betyde, at man må finde en ny bolig, skifte job eller på anden vis ændre livsstil. Oven i sorgen kan det være voldsomme livsomvæltninger, der kan bidrage til bekymring, angst, og andre psykiske belastninger, som den efterladte kan have brug for at tale med lægen om.

Når efterlevende henvender sig med andre problematikker end sorg

Nogle efterlevende opsøger ikke lægen for at tale om deres sorg, men har i stedet bedt om et sundhedstjek, eller fordi de er bekymrede for andre fysiske symptomer. Når det under samtalen bliver det klart, at borgeren har mistet en nærtstående person, kan det undersøges om det evt. kunne være årsag til eller bidrage til den manglende fysiske trivsel. Her kan lægen spørge ind til borgerens relationen til den mistede, omstændigheder omkring dødsfaldet, og den efterlevendes oplevelse af sorgprocessen indtil nu. Der kan også spørges ind til den efterlevendes tilpasningsproces ift. basale behov og mulighed for social støtte. Der kan også spørges til, om den efterlevende har bekymringer ift. tabet og sorgen, som han eller hun måske kunne ønske at drøfte med lægen.

Rammen for sorgsamtalerne

Målgruppe og fokus:

Efterlevende voksne (18 +) som have mistet en nærtstående person. Der kan være tale om voksne, der har brug for hjælp i sorgprocessen f.eks. på grund af stress eller belastningsreaktioner, sorg, angst eller depressionssymptomer. Det kan også være efterlevende, som har brug for at tale med et menneske, som kan rumme deres historie og yde dem professionel støtte i deres livskrise.

Formål

Formålet er at:

- Støtte, hjælpe og rådgive den efterlevende ift. at håndtere sorgen, få hverdagen til at fungere, og få håb for fremtiden
- Forsøge at forebygge at sorgreaktionen udvikler sig til en længerevarende og invaliderende tilstand
- Afdække behov og ønsker om hjælp i sorgen
- Henvise til andre tilbud hvor relevant

Hvad skal efterlevende have ud af samtalerne?

- At blive mødt af et medmenneske, som er lyttende, forstående, validerende, og støttende
- At få mulighed for at tale om, hvad der er sket og hvad den efterlevende har oplevet
- At blive klogere på sorg og egne reaktioner (psykoedukation og normalisering af oplevelser med sorgen)
- Få rådgivning til at håndtere sorgen om nødvendigt
- At få hjælp til at finde fodfæste i livet og håb for fremtiden
- Evt. drøfte muligheder for at blive bedre til at bruge netværket.
- At blive henvist til andre støttende/behandlings tilbud hvor relevant (f.eks. sorggruppe, psykolog, mv)

Tre typer af sorgsamtaler

Nedenfor beskrives tre typer sorgsamtaler, som kan være relevante i almen praksis²:

- 1) Afklarende samtale:** Den efterlevendes aktuelle problemstilling, behov, ønsker samt motivation for forandring afdækkes.
- 2) Støttende samtaler:** Lægen tilbyder støtte, information og rådgivning, som er relevant ift. den efterlevendes situation og problemstilling. Typisk 1 til 2 samtaler.
- 3) Samtaleterapi:** Lægen tilbyder terapeutiske samtaler baseret på videnskabeligt funderet psykologisk teori og metode. Typisk 2 til 5 samtaler.

Sorgterapisamtalerne i dette notat bygger på en veletableret kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang til sorgarbejde (20–22).

Når lægen vurderer, at der er behov for en opfølgende samtale, opfordres lægen til at booke den næste samtale med det samme, fremfor at bede borgerne kontakte lægen på et senere tidspunkt.

² Inspireret af [Samtaleterapi i almen praksis i region Sjælland](#)

Den terapeutiske holdning

I sorgsamtalerne opfordres lægen, som andre sorgterapeuter, til at indgå i samtalerne på følgende vis:

- Som et medmenneske, og i mindre grad som ekspert
- Lyttende og informationsøgende først, dernæst rådgivende og problemløsende efter behov
- Med interesse i borgerens oplevelse, frem for det faktuelle
- Med en rummelighed for følelser, frem for forsøg på at fjerne dem

Det er vigtigt, at der skabes et rum, hvor svære følelser kan udtrykkes og rummes. Lægen skal forsøge at vise forståelse og omsorg, uden at trøste og forsøge at hjælpe den efterlevende med at stoppe følelserne. Lægen indgyder ro og åbenhed, og demonstrerer empatisk lytning, ved at reflektere over, hvad han hører den efterlevende sige og validere dennes følelser. Samtalen forsøges afholdt i et langsomt tempo. Målet er ikke nødvendigvis at løse problemer, men at give plads til svære følelser og fortællinger. Oplevelsen af nærvær, ro og omsorg, og muligheden for at fortælle hvad der er sket, er nogle gange alt den efterlevende har brug for fra lægen.

Pårørende til den efterlevende kan deltage, hvis den efterlevende ønsker det.

Tre typer af sorgsamtaler i almen praksis

I de næste afsnit beskrives de tre forskellige typer af samtaler, som kan være relevante i almen praksis.

1: Den afklarende samtale: tabshistorie og behov

Formålet med den afklarende samtale er at undersøge og identificere den efterlevendes behov, ønsker, mål og motivation for forandring. Forslag til spørgsmål, som kan stilles ifm. en afklarende samtale, kan ses i bilag 1.

Mange efterlevende har brug for helt konkret at fortælle om deres oplevelser ifm. dødsfaldet, og evt. det forudgående sygdomsforløb, og for at blive spurgt, hvordan de har det. Nogle efterlevende oplever, at det er svært at tale med andre (inkl. familie og netværket), om hvad de har oplevet, og hvordan de rent faktisk har det - f.eks. på grund af frygt for egne og andres reaktioner. De har måske også oplevet, at personer i netværket har trukket sig og ikke er til rådighed. Der kan også være oplevelser, tanker og følelser, som er svære at dele med andre, f.eks. traumatiske oplevelser forbundet med dødsfaldet, følelser af lettelse eller skyld, selvmordstanker, eller bekymringer om fremtiden. Her kan det virke betryggende at have mulighed for at tale med en professionel, som f.eks. ens egen praktiserende læge, især hvis man allerede kender og har tiltro til ham/hende. Lægens rolle er i første omgang at være lyttende, stille spørgsmål, og undersøge evt. behov for yderligere hjælp og støtte.

I situationer hvor lægen kendte afdøde, kan det være ekstra betryggende for den efterlevende at tale med lægen om afdøde. Lægen kan trække på den viden, han/hun har om afdøde og dennes relation til den efterlevende. Det kan være hjælpsomt at bruge afdødes navn og at tale i datid, samt at tale om ham/hende som "død" fremfor at sige, at han/hun er "gået bort" eller er "væk." Ved at bruge ordet død, er der fokus på det uigenkaldelige ved tabet, og virkeligheden ses i øjnene. Hvis den efterlevende reagerer på brugen af ordet død, kan der spørges til dette ved f.eks. at spørge "Hvad gør det ved dig, når jeg bruger ordet "død" i samme sætning som ___?" og så dernæst spejle (omformulere og gentage), hvad den efterlevende siger.

Lægen kan i løbet af samtalen vurdere den efterlevendes funktion, ressourcer, netværk, og evt. risikofaktorer for et kompliceret sorgforløb (se side 5). Dermed afdækkes evt. behov for yderligere samtaler eller henvisninger til psykolog eller psykiatri.

Inspiration til spørgsmål der kan bruges i denne første afklarende samtale kan som sagt ses i bilag 1: Mulige spørgsmål til den afklarende samtale.

2: Støttende samtaler: Sorgstøtte og rådgivning

Hvis den efterlevende og den praktiserende læge ifm. den afklarende samtale beslutter, at det kunne være gavnligt for den efterlevede at mødes med lægen igen for at få yderligere støtte og rådgivning, kan der indgås en aftale om 1 - 2 støttende samtaler. Disse samtaler er støttende og rådgivende, og udgør altså ikke et decideret psykoterapeutisk forløb. Hvis det viser sig ifm. samtalerne, at den efterlevende borger har behov for et egentlig samtaleterapiforløb, kan dette tilbydes, såfremt at lægen har de rette forudsætninger og rammer for at kunne tilbyde disse. Ellers kan den efterlevede henvises til en anden professionel, f.eks. en privatpraktiserende psykolog eller psykiater, det National Sorgcenter, mv.

Den akutte sorg: Støttende og rådgivende samtaler kan f.eks. være relevante ifm. den akutte sorg. Dvs. i tiden kort tid efter dødsfaldet. Den akutte sorg kan dominere den efterlevendes liv i en periode med stærke, svære følelser, påtrængende tanker og minder, og bekymring om egne evner til at håndtere situationen. Mange efterlevende oplever endvidere fysiske reaktioner i den første tid efter et tab. Det kan være ubehag og smerter, eller man kan miste appetitten eller være ude af stand til at sove. Det kan også være svært at udføre normale hverdagsaktiviteter og fokusere på, hvad de næste skridt skal være. Her kan man opleve, at den måde, man plejer at håndtere og mestre situationer på ikke længere slår til. Der kan være en forskrækkelse over ikke at kunne genkende sig selv, at føles sig konfus og paralyseret, samt en oplevelse af, at det føles uvirkeligt, det der er sket.

Når sorgen varer ved: Efterlevende som henvender sig senere i deres sorgforløb, kan ligeledes have brug for at tale om, forstå og få hjælp til at håndtere deres oplevelser i sorgen. For eksempel kan den efterlevende have spørgsmål om, hvorvidt det de oplever er "normalt", dvs. de mangler viden om sorg og hvad de kan forvente ift. deres sorgproces. Nogle har måske udviklet længerevarende problemer med deres søvn, appetit, eller fysiske problemer, som lægen kan hjælpe med og rådgive om. Andre oplever, at de fortsat er meget triste, at de føler sig ensomme og har svært ved at se, hvordan de skal få det bedre³. Lægen kan hjælpe med at afdække disse problemer yderligere og rådgive ift., hvad der kunne hjælpe. En gruppe oplever, at de mangler støtte fra omgivelserne, og har måske brug for både at få talt, om hvordan de har det, men også hjælp til at udvide eller aktivere deres netværk. Lægen kan have en vigtig rolle som en del af den efterlevendes netværk, men vil også kunne hjælpe den efterlevende med ideer til hvordan dennes netværk kan bruges bedre og måske udvides. Dvs. de støttende og rådgivende samtaler kan handle om mange forskellige problemstillinger. Fælles for mange af dem vil dog være, at lægen vil kunne hjælpe ved at give den efterlevende mulighed for at drøfte disse, ved at give relevant støtte og information (psykoedukation), ved at rådgive og hjælpe med at løse konkrete problemer, samt ved at henvise til andre professionelle, når det, den efterlevende har brug for, ligger uden for lægens faglighed.

Kort sagt, lægens rolle er at være lyttende, støttende, og rådgivende efter behov. Dvs., lægen giver den efterlevende mulighed for at fortælle mere detaljeret om oplevelser i forbindelse med tabet, rummer og normaliserer tanker og følelser, og rådgiver ift. coping, problemløsning, henvisning til andre tilbud efter behov.

Temaer i støttende samtaler

I de støttende samtaler er der tre områder, som kan være særligt hjælpsomme for lægen at være opmærksom på: normalisering af oplevelser og følelser, hjælp til basale behov, og svære/traumatiske oplevelser, som efterlevende har brug for at bearbejde.

³ Ved bekymring om selvmordstanker bør dette undersøges af lægen. Bilag 2 viser et eksempel på et værktøj til selvmordsscreening.

Psykoedukation og normalisering

De reaktioner og følelser, som efterlevende oplever i kølvandet på et dødsfald af en nærtstående person, kan være meget overvældende, forvirrende og svære at forstå. Der kan være en umiddelbar forskrækkelse over ikke at kunne genkende sig selv og de voldsomme følelser, som sorgen kaster én ud i. Dette gælder især i den akutte sorg, men det kan også gøre sig gældende senere i forløbet. Efterlevende søger derfor nogle gang hjælp, fordi de ikke ved, hvad de skal stille op. De støttende og rådgivende samtaler kan derfor i høj grad handle om at normalisere den efterlevendes oplevelser, bl.a. sorgreaktionerne og deres intensitet, samt give et håb for, at sorgen med tiden kommer til at opleves anderledes og mindre voldsom.

Brug evt. bilag 3 og 4 om hhv. naturlige reaktioner og to proces modellen ift. psykoedukation.

Lægen kan spørge grundigt ind til reaktioner af følelsesmæssig, fysisk, adfærdsmæssig, kognitiv og eksistentiel karakter. Hvordan og hvor ofte opleves disse? Har reaktionerne aftaget i intensitet? Hvordan forstår borgeren selv det, de oplever? Er der noget ift. reaktionerne, der er særlig bekymrende?

Normalisering er meget vigtig her i det omfang, lægen vurderer, at reaktionerne er forventelige. F.eks. kan læge sige noget i retning af eksemplerne nedenfor:

- "Det er erfaring, at mange oplever de samme tanker og følelser efter lige at have mistet, som du gør"
- "Det er ikke ualmindeligt, at det bliver ved med at føles chokerende og uvirkeligt, at ens nære er død."
- "Mange, der har mistet ligesom dig, fortæller, at det føles som om, de har mistet en del af dem selv."
- "Det er ikke ualmindeligt, at man føler sig forvirret, måske helt handlingslammet, og har svært ved at genkende sig selv."
- "Det er ikke usædvanligt, at det føles som om, den man har mistet stadig er her, selv om man godt ved, at det er han ikke"
- "Der kan gå lang tid, inden man sådan rigtig kan forstå, at personen er død og ikke kommer tilbage."
- "Ja, det kan føles som om, sorgen kommer og går. Det ene øjeblik har man det næsten okay, men så rammer sorgen pludselig igen"
- "Ja, nogle oplever, at sorgen ligesom sidder fysisk i kroppen."

Vær også opmærksom på, at reaktioner som svær depression, psykose, alvorlige selvmordstanker og skadende misbrugsadfærd ikke normaliseres, men giver anledning til at søge specialiseret hjælp. Undersøg også for mulige selvmordstanker eller fantasier om at slutte sig til den døde, særligt ved tab til selvmord (23,24).

Det kan også være hjælpsomt at spørge ind til, om den efterlevende oplever, at sorgen har ændret sig – f.eks. aftaget i intensitet. Undersøg også, om den efterlevende (bevidst eller ubevidst) arbejder med begge processer i to proces modellen. Hvordan går det med at håndtere de svære følelser? Når du tænker på din mand, hvad mærker du så? Hvordan går det med at få hverdagen til at fungere igen? Spørg også, om det er muligt for den efterlevende at "holde pause" fra sorgen, dvs. bliver han/hun optaget af noget helt andet indgang imellem og kommer lidt væk fra sorgen.

Hvis den efterlevende har problemer med at håndtere naturlige, men svære følelser, kan lægen hjælpe med at identificere hjælpsomme coping strategier, f.eks. hvis der strategier eller ressourcer, som den efterlevende har brugt tidligere og fundet hjælpsomme. Er der f.eks. nogen den efterlevende kan tale med? Er der vejtræknings- og afslapningsøvelser eller meditationsøvelser der kan hjælpe? Hvordan ville den efterlevende have det med at skrive om det, der er svært? Er der andre aktiviteter, som plejer at være hjælpsomme? Det kan også handle om at efterlevende giver sig selv lov til at mærke smerten, at være i

sorgen, vel vidende at den vil aftage i intensitet. Lægen kan tale om følelser, som bølger der kommer og går. Det gør sorgfulde følelser også, selv om de føles rigtig svære at være i, når de når toppen.



Udover at normalisere den efterlevendes oplevelser og fortælle (undervise) om sorg, kan lægens rådgivning altså også handle om at finde måder at håndtere svære følelser og situationer på ved at trække på den efterlevendes personlige erfaringer og styrker samt ved at inddrage brug af netværket, når dette er relevant.

Basale behov og egenomsorg

En del efterlevende oplever, at det kan være rigtig svært at få hverdagen til at fungere igen efter tabet af en nærtstående person. Det gør sig især gældende i relationer, hvor den afdøde og den efterlevende havde en hverdag, som var tæt forbundet. Der kan være mange grunde til, at det er svært at finde tilbage hverdagen. For nogle kommer hverdagen til at virke meningsløs uden den afdøde, og motivationen til at opretholde en hverdag mangler. Det er ikke usædvanligt, at den efterlevende oplever, at hans/hendes liv er gået i stå, selv om andres forsætter. Ved ikke at engagere sig i hverdagen, er der større overensstemmelse imellem det, han/hun føler, og den måde han/hun er i livet på. Andre mangler adaptive coping strategier, de lukker ned og har svært ved at arbejde med den reetablerende proces, der jo handler om at tilpasse sig livet uden afdøde.

Denne problemstilling kan komme til udtryk i manglende egenomsorg, for eksempel i forhold til personlig hygiejne, at komme op om morgenen, at få spist, at komme ud af huset og se andre mennesker. Der kan opstå meget konkrete problematikker omkring f.eks. madlavning, indkøb, at overholde aftaler og håndtere opgaver/ansvar i familien. For at afdække situationen, kan lægen meget konkret spørge ind til, om borgeren får spist, sovet og set andre mennesker osv. Her kan det være hjælpsomt at fortælle (psykoedukere) om sorg som en helende tilpasningsproces, normalisere oplevelser samt tale om, hvordan tilpasningsprocessen kan hjælpes ved stille og roligt at få gang i en hverdag igen. Helt konkret kan lægen hjælpe den efterlevende med at skabe en daglig struktur. For eksempel vha. et skema over dagen med faste tider for opvågning, mad og aktiviteter såsom at gå en tur eller se en bekendt. Den efterlevende kan så få til opgave at arbejde med skemaet og aktiviteterne derhjemme, og melde tilbage hvordan det har været.

Hvis der er en fornemmelse af, at borgerens hverdagsliv ikke fungerer, kan lægen også hjælpe med at afdække mulige ressourcepersoner, der kan hjælpe. For eksempel en nabo, et familiemedlem eller en ven, som borgeren kan ringe til. Eller en frivillig forening, hvor borgerne kan møde andre i samme situation. Den efterlevende kan evt. kontakte en relevant person under samtalen med lægen. Hvis det ikke er muligt for borgeren at finde en sådan ressourceperson, kan der tages kontakt til socialforvaltningen i kommunen, hvor midlertidige støtteindsatser ofte kan iværksættes. En tommelfingerregel kan være, at man skal tale med eller se et andet menneske hver dag, især når man er i akut krise.

Bearbejdelse af svære oplevelser

Nogle efterlevende blev i forbindelse med deres nærtståendes sygdomsforløb og død udsat for oplevelser, som de oplevede som særligt svære, måske endda traumatiserende. I nogle tilfælde kan disse oplevelser medføre følelser af skyld over noget af det, der skete, eller noget som den efterlevende oplever skulle have været undgået eller håndteret bedre. Måske oplever den efterlevende lige frem at føle sig skyldig i selve dødsfaldet, direkte eller indirekte, og at dette kan opleves som traumatiserende. Andre kan opleve "survivor guilt" ift., at de er i live, og den døde ikke er, særligt hvis forventningen ift. rækkefølgen af

dødsfald var anderledes. For nogle kan tidligere traumer blive reaktiveret. F.eks. kan et pludseligt dødsfald af en ægtefælle aktivere erindringer om et tidligere traumatisk dødsfald af et barn. Det kan også være et efterspil i familien eller i netværket, som volder udfordringer, ubehagelige konfrontationer, og måske ligefrem alvorlige konflikter. Disse omstændigheder kan påvirke den efterlevendes sorgproces.

Lægen kan spille en vigtig rolle i at sørge for, at borgeren får talt oplevelserne igennem. Hvad der opleves traumatisk, er forskelligt mennesker imellem, så lægen forholder sig åbent og ikke-vurderende til det, som borgeren fortæller. Den efterlevende kan have brug for rigtigt at forstå, hvad der er sket, måske revidere opfattelsen af hændelsen, og til at forholde sig til beslutninger, ansvar, og daværende realistiske muligheder. Derfor kan det være hjælpsomt, hvis lægen spørger ind til detaljer, og beder den efterlevende om langsomt og detaljeret at fortælle om, hvad han/hun oplevede, hørte, så, tænkte, følte, mv. Erindringen kan genfortælles flere gange, og det er muligt, at erindringen bliver mere nuanceret og mindre følelsesmæssigt aktiverende med hver genfortælling. Lægen skal være opmærksom på, hvis stressniveauet virker til at blive for højt. Hvis det sker, kan fortællingen pauseres eller stoppes, så den efterlevende kan samle sig.

Ved at stille afklarende spørgsmål, kan lægen måske hjælpe den efterlevende til at udforske andre perspektiver ift. situationer forbundet med følelser af skyld. For eksempel,

- "Hvad er det du tænker, du skulle have gjort i stedet?" "Og så ville __ have været i live i dag?"
- "Sig mere om, hvordan du tænker, at du kunne have forhindret, at __ blev syg?"
- "Hvis du havde fået __ til lægen tidligere, hvordan ville det have ændret situationen, tænker du?"

Det er ikke nødvendigvis målet, at den efterlevende ikke længere skal føle skyld, men snarere at komme lidt mere i dybden med de antagelser, oplevelsen bygger på og måske udfordre dem. Derudover kan målet være at opfordre den efterlevende til at overveje, om andre tolkninger/perspektiver kunne være mulige, mindre smertefulde og mere hjælpsomme ift. den efterlevendes tilpasningsproces. Oplevelse af skyld/tendensen til at pålægge sig selv skyld, kan ofte også handle om at opnå en oplevelse af kontrol. Der kan det være hjælpsomt at validere, hvor gerne den efterlevende ville hjælpe og redde den afdøde, men ikke var i stand hertil og var magtesløs overfor i situationen og over for sygdommen/døden - ligesom måske andre f.eks. professionelle omkring afdøde.

I de tilfælde hvor borgeren er meget traumepræget og overvældet, kan det være hensigtsmæssigt at viderehenvise borgeren til en traumespecialist. Det kan være nødvendigt med en selvmordsscreening og udarbejdelse af en kriseplan, hvis man fornemmer, at borgeren er selvmordstruet.

3: Samtaleterapi om sorg med udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi

I dette afsnit gives en introduktion til samtaleterapi ifm. sorg med udgangspunkt i kognitiv adfærdsterapi. Forudsætningen for at kunne tilbyde disse samtaler er en uddannelses- og erfaringsmæssig baggrund med fokus på psykoterapeutiske samtaler og de grundlæggende principper bag kognitiv adfærdsterapi. Frem for et støttende og rådgivende tilbud, har terapisaftalerne til formål at forbedre borgerens maladaptive tilpasning. Dvs. at samtaleterapi kan være aktuel i de situationer, hvor lægen vurderer, at den efterlevende ikke oplever et naturligt, helende tilpasningsforløb efter tabet, men at dette muligvis kan afhjælpes ved at øge den efterlevendes indsigt i og ændre egne tanke- og handlemønstre. Samtalerne vil tage udgangspunkt i at udforske negative automatiske tanker, uhensigtsmæssige leveregler og adfærd, og forsøge at ændre disse med henblik på at forbedre tilpasning, trivsel, og funktion. Samtalerne kombineres med hjemmeopgaver, hvor mere hjælpsomme tanke- og adfærdsmønstre samt nye mestringsstrategier afprøves og konsolideres.

Som beskrevet tidligere, er sorg en personlig, dynamisk proces, som ikke følger et bestemt mønster, hvad angår sorgreaktioner. Langt de fleste efterlevende oplever et helende sorgforløb, hvor de svære følelser aftager med tiden, hvor sorgen bliver til at leve med, og hvor den efterlevende finder sig til rette i en ny hverdag uden afdøde. Men nogle efterlevende finder tilpasningsprocessen meget udfordrende og langvarig. De svære følelser virker ikke til at aftage; der er vedvarende problemer med at få hverdagen til at fungere; og der opstår en følelse af at være isoleret fra andre. Det er som om den efterlevende er fastlåst i sorgen. Ud fra et kognitivt adfærdsterapeutisk perspektiv (20,21), sker denne fastlåshed pga. 1) anvendelse af undgåelse i så høj grad, at tabet ikke konfronteres og accepteres, 2) negative tanker om egne evner, livet og fremtiden, og 3) manglende engagement i hjælpsomme aktiviteter. Lægen kan hjælpe den efterlevende til at konfrontere disse vha. forholdsvis simple strategier og dermed på sigt forbedre mestring og tilpasning.

At konfrontere og acceptere tabets realitet

Når efterlevende bruger undgåelse konsekvent som en strategi til at holde smertefulde følelser og tabets realitet på afstand, kan det være nødvendigt at hjælpe den efterlevende nå til en (an)erkendelse af tabets realitet. Samtaler med lægen har til formål at hjælpe den efterlevende forholde sig til og forstå, med både hjernen og hjertet, at den afdøde er død og ikke kommer tilbage. Den efterlevende skal kunne komme overens med tabets endelighed. For at opnå dette, konfronteres den efterlevende med tabet og den medfølgende smerte, og ser de konsekvenser tabet medfører i øjnene, via samtale og hjemmeøvelser. I samtalerne er lægen empatisk og omsorgsfuld. Han/hun skaber et trygt rum, og hjælper borgeren konfrontere svære tanker og følelser, og identificere mere hjælpsomme coping strategier

Relevante samtaleemner, som kan fremme accept af tabets virkelighed, kan være:

Tabet er uigenkaldeligt, personen er død og kommer aldrig tilbage.

I samtaler med den efterlevende, kan lægen bede den efterlevende beskrive vigtige begivenheder, f.eks. hvad der skete umiddelbart før dødsfaldet, den sidste tid, det sidste farvel, og begravelsen/bisættelsen. Det kan være hjælpsomt at bruge ordet "død" ifm. afdøde, frem for at sige "er gået bort" eller "er væk" eller "er her ikke mere," for at fremhæve, at det ikke er muligt, at afdøde vender tilbage. Der kan være fokus på at skabe et sammenhængende, detaljeret narrativ over sygdomsforløbet og tabets omstændigheder. Det kan være godt at spørge ind til følelser og tanker, for at komme mere i dybden med efterlevendes oplevelse og invitere til en meningsfuld og personlig fortælling. Ved at udtrykke smertefulde følelser og dele svære tanker, i det trygge rum som lægen skaber, kan efterlevende konfrontere tabets realitet og de medfølgende konsekvenser, og erfare, at det er muligt at lære at leve med sorgen og tabet.

Den efterlevendes ændrede selv billede og identitet.

Samtalerne kan handle om, hvordan den efterlevende nu ser sig selv, oplever den nye identitet, og forholder sig til ændringer i rolle og ansvar, f.eks., i familien. Hvilke konsekvenser har tabet mht. det sociale netværk? Hvad betyder det, at man går fra at være del af et par, til nu at være alene i sociale sammenhæng? Ofte, fortæller efterlevende, at de har det som om, de har mistet en del af dem selv – det kan være hjælpsomt at sætte ord på dette samt at validere den oplevelse. F.eks. efter et langt ægteskab, er det ikke ualmindeligt, at to liv føles som et. Det kan derfor være svært, når den ene partner dør. På den anden side, vil den efterlevende partner, kende den afdøde så godt, at det vil være muligt at have den afdøde med videre i livet, omend på en psykologisk eller symbolsk måde.

Planer og forventninger til fremtiden

I samtalerne kan efterlevende reflektere over bristede drømme og fremtidsplaner, evt. forandrede økonomiske og praktiske omstændigheder og situationer, hvor afdøde kommer til at "mangle." Det kan også være, at der er behov for at tale om det "vi ikke nåede", "det vi ikke fik sagt" og/eller uafklarede konflikter. I samtaler om den ændrede fremtid, ligger det implicit, at afdøde ikke vil være en del af denne i fysisk forstand, og dermed konfronteres tabets realitet.

Relation til afdøde

Det er vigtigt, at den efterlevende ved, at båndet til afdøde ikke skal brydes, men snarere omformes. Relationen fortsætter, med andre ord. Samtaler med lægen kan omhandle, hvem afdøde var som person, det der savnes aller mest, og det som måske ikke savnes. Lægen kan spørge ind til eksempler på hverdagsøjeblikke og kærlige øjeblikke. Tanker omkring hvordan det er muligt, at afdøde kan have en rolle i efterlevendes videre liv, f.eks. vha. ritualer, minder, samtaler med andre om afdøde, mm. Målet er ikke at afdøde skal glemmes eller slippes fuldstændig. En balance skal findes mellem at tage afsked med det, der ikke er mere (den fysiske person), og samtidig at beholde et bånd til afdøde, måske et slags spirituelt eller symbolsk bånd, der er betydningsfuldt for den efterlevende.

De smertelige følelser

Samtalerne kan have til formål at tale om, hvilke følelser der fylder for den efterlevende. Hvordan opleves de, og hvordan kan den efterlevende håndtere dem? Er det muligt for den efterlevende blot "at være i" følelserne og lade dem passere? Er der følelser, som den efterlevende er bange for eller måske flov over? Hænger følelserne sammen med minder, frygt for fremtiden, måske eksistentielle temaer (f.eks. magtesløshed, ensomhed)? Hvis den efterlevende kan få en bedre forståelse af sine følelser og mulighed for at udtrykke dem, frem for at lukke dem ned, kan dette muligvis hjælpe med at løse op for den videre tilpasningsproces. Nogle efterlevende oplever en form for følelsesløshed, som det også kan være hjælpsomt at reflektere over. Lægen kan facilitere dette arbejde ved at skabe et trygt, fortroligt, og omsorgsfuldt rum, og ved at spejle og validere efterlevendes følelser og oplevelse af disse. Formålet er ikke at stoppe eller vurdere følelserne, men at rumme og normalisere dem, hvor muligt.

At genfinde troen på sig selv, andre og fremtiden

At miste en nærtstående person kan føles som at få vendt op og ned på ens forståelse af verdenen – den giver ikke mening mere, og ens eksistentielle fundament er blevet rystet. Dette kan bevirke, at tillid til en selv, andre, og fremtiden knuses og fremstår i et negativt perspektiv – og dette kan bidrage til en fastholdelse af sorgen. For at kunne tilpasse sig tabet og hverdagen uden afdøde på en god måde, er det vigtigt at kunne bevare en fornemmelse af selvtillid samt tiltro til andre mennesker, livet og fremtiden. At opretholde selvtilliden handler om igen kunne finde fodfæste i hverdagen, i sædvanlige roller og aktiviteter. Tillid til sig selv handler også om troen på egne evner til at kunne klare sig/tilværelsen og kunne mestre

f.eks. nye opgaver, som den afdøde plejede at varetage. Det kan også handle om ens evne til at etablere nye relationer. At have tiltro til andre mennesker handler om at kunne finde sig tilpas i relationer med andre, og f.eks. kunne søge hjælp hvor nødvendigt. Tiltro til andre kan også handle om at kunne bearbejde oplevelser af svigt og skuffelse fra f.eks. netværk, således at man ikke begynder at trække og isolere sig socialt. Det kan også handle om vrede imod sundhedssystem, som bliver en afledning fra sorgbearbejdelsen. Endelig er det vigtigt at kunne tro på at livet og fremtiden kan være/blive meningsfuldt og godt på trods af tabet.

I samtalerapiesessionerne kan lægen og den efterlevende undersøge og adressere tanker og antagelser, der bidrager til problemer med selvtillid, tiltro til andre, samt negativt syn på livet og fremtiden. Det er nemlig ofte negative og uhjælpsomme tanker, der kan stå i vejen for en helende sorgproces.

Manglende selvtillid og negative selvbillede

Nogle efterlevende tænker og frygter, at de ikke vil kunne klare sorgen eller livet uden afdøde. De tror ikke, at de vil kunne finde ud af at leve videre, eller at de vil kunne være til gavn for andre. De tænker måske følgende:

”Jeg kan ikke leve uden ___”

”Jeg lærer aldrig at”

”Jeg burde have forhindret ___s død”

”Det er min skyld, at ___ døde”

”Jeg kan ikke engang finde ud af at sørge rigtigt”

Disse tanker kan hænge sammen med oplevelser som f.eks. savn, længsel, håbløshed, angst og skyld.

Manglende tiltro til andre

Manglende tiltro til andre kan handle om bebrejdelse af læger og andre i sygdomsvæsnet for ikke at have gjort deres arbejde godt nok. Der kan også være tale om skuffende episoder med familier medlemmer og netværket. Den manglende tiltro kan fastholdes af negative tanker som:

”Jeg kan ikke regne med nogen”

”___ skal holdes til ansvar for det der skete”

”Der er ingen, der kan forstå mig”

”Der er ingen, der kan hjælpe mig”

Disse tanker kan hænge sammen med oplevelser som f.eks. forladthed, ensomhed, magtesløshed, vrede.

Manglende tiltro til livet og fremtiden

Nogle efterlevende tænker, at livet nu er meningsløst og fremtiden dystert og mørkt. De kan ikke se, at deres liv på nogen måde vil kunne blive godt og meningsfyldt igen. Håb og planer for fremtiden hang sammen med livet med afdøde, og det liv er jo ikke længere muligt. Det kan komme til udtryk i tanker som:

”Livet har ingen mening længere”

”Jeg får aldrig et godt liv igen”

”Jeg bliver aldrig glad igen”

"Mit liv er færdigt"

"Livet er uretfærdigt og meningsløst"

Tanker som disse kan hænge sammen med tristhed, depression, håbløshed, magtesløshed, sorg og længsel.

I støttende samtaler kan negative tanker udfordres og forandres vha. sokratiske dialog, identificering af negative forvrængninger samt ændring til alternative, mere hjælpsomme tanker.

Sokratisk dialog

Dette handler om, på en nysgerrig og undersøgende måde, at stille spørgsmål til negative og uhjælpsomme tanker, på en måde der får den efterlevende til at reflektere over, i hvilken grad disse tanker er sande og hjælpsomme. For eksempel:

Spørg ind til beviser, der støtter de negative tanker

"Hvad er det, helt præcist, der får til at tro, at alle vil forlade dig?"

"Du siger, at du aldrig vil kunne blive glad igen, er den tanke sand? Hvad er beviserne herfor?"

Spørg ind til beviser, der går imod de negative tanker

"Du taler om, at det er din skyld, at ___ døde. Er der noget, som taler imod det?"

"Livet har ingen mening mere. Er der noget, der kunne modsige den tanke?"

Stil spørgsmål til logikken

"Du er overbevist om, at du burde have reddet ___'s liv. Sig lidt om, hvordan du kunne have gjort det."

"Du siger, at du ikke kan regne med nogen, men du siger også, at din søn har været der for dig hele vejen. Har jeg ret i begge dele?"

Spørg til konsekvenserne af de negative tanker

"Hvilke konsekvenser har det for dig at blive ved med at sige til dig selv, at dit liv er færdigt? Hjælper denne tanke dig?"

"Når du siger til dig selv, at du burde have forhindret ___s død, hvad gør det så ved dig? Er det en hjælpsom tanke?"

Negative forvrængninger

Negative kognitive forvrængninger er tankemønstre, der fastholder misforståelser og antagelser, som ikke er logiske eller hjælpsomme. I samtaler med lægen, undersøger lægen og den efterlevende sammen, om disse findes i den efterlevendes tankemønstre:

Overgeneralisering: Danner generelle konklusioner på et spinkelt grundlag

"Intet kan gøre mig glad nu"

"Ingen vil kunne hjælpe mig"

Drage forhastede konklusioner: Drage konklusioner uden beviser

"Hvis jeg lader mig selv mærke sorgen, bliver jeg vanvittig."

"Jeg vil aldrig kunne elske en anden person igen"

Personliggørelse: Forklare udfaldet af en situation på baggrund af egne fejl eller mangler

"Det er min skyld, at hun døde"

"Det må være sket, fordi jeg er en dårlig mor"

Læse tanker: At tro, at man ved, hvad andre tænker

"Alle synes, at jeg er for meget"

"Det var hende, de syntes om. De er ikke interesseret i at være sammen med mig."

Forudsige katastrofer: At mene at kunne forudse negative fremtidige begivenheder

"Alle jeg kommer tæt på dør"

"Min far bliver sikkert også syg og dør fra mig"

Katastrofetanker: Ekstrem negativ evaluering af ubehagelige situationer

"Jeg vil bryde helt sammen, hvis jeg møder nogen jeg kender"

"Jeg vil komme til at græde, og det vil jeg ikke kunne klare"

Hvis lægen og den efterlevende bliver opmærksomme på negative kognitive forvrængninger kan disse udfordres vha. sokratiske spørgsmål (som anvist ovenfor). Det er vigtigt, at lægen fortsat er undersøgende, nysgerrig og reflekterende, og ikke vurderende eller korrigerende.

Identifikation af alternative tanker

Når negative, uhjælpsomme tanker eller tankemønstre er blevet identificeret og drøftet, er næste skridt at hjælpe den efterlevende finde alternative, mere hjælpsomme tanker. Det vil sige tanker, som ikke fastholder den efterlevende i en stillestående og lidelsesfuld sorg, men som er mere nuancerede (dvs. ikke sort-hvid), og som formår både at være beskrivende ift. hvordan den efterlevende har det, men også give håb. Det er vigtigt, at de alternative tanker er realistiske og troværdige. Eksempler kan være:

Før "Jeg bliver aldrig glad igen."

Alternativ "Jeg er stadig meget trist, men vælger at tro på, jeg kan blive glad igen en dag"

Før "Jeg burde have forhindret, at han døde."

Alternativ "Jeg ville ønske, der var mere, jeg kunne have gjort."

Før "Jeg kan ikke klare at leve uden ham."

Alternativ "Det bliver svært at leve videre uden ham. Jeg vil gøre det, så godt jeg kan."

De alternative tanker udarbejdes som sagt i et samarbejde mellem lægen og den efterlevende. Det kan være en svær opgave, og det er vigtig ikke at gå for hurtigt frem. Målet er at finde alternative tanker, som er mindre negative og mere hjælpsomme. Det er ikke et spørgsmål om bare at tænke mere positivt, det handler om at finde tanker, der er realistiske, logiske og hjælpsomme ift. at mindske negative følelser og give håb for fremtiden. Med øvelse lærer den efterlevende at blive opmærksom på og i stand til at udfordre uhjælpsomme tanker og antagelser fremadrettet.

At engagere sig i meningsfulde aktiviteter

Tilpasningen til tabet går lettere, hvis den efterlevende formår at engagere sig i aktiviteter, der kan aflede fra sorgen, hjælpe den efterlevende få gang i hverdagen og give adgang til socialt samvær og support. Det kan også være aktiviteter, som tidligere har gjort den efterlevende glad, eller som har hjulpet efterlevende med at slappe af.

Aktiviteterne kan f.eks. være:

- Social kontakt med venner og familie
- Starte tilbage på arbejdet el. uddannelse, finde frivilligt arbejde
- Sports- og fritidsaktiviteter (f.eks. klubber og foreninger)
- Hobbies og andre interesser (f.eks. læse, lytte til musik, spille musik, gå ture, mm).

Lægen kan forklare, at aktivitet og humør hænger sammen. Dvs. engagerer man sig i en aktivitet, man synes om, kommer man typisk til at føle sig bedre tilpas og i mindre dårligt humør, end hvis man ikke gjorde noget (f.eks. blot sidde derhjemme alene). Lægen kan spørge ind til, om den efterlevende kan genkende dette.

I samtalen med den efterlevende omkring engagement i aktiviteter kan det være hjælpsomt at tale om nogle af de mulige forhindringer, den efterlevende oplever ift. at engagere sig i hverdagen igen. Disse kan handle om alt fra oplevelsen af manglende energi, problemer med koncentration, manglende lyst, bekymring om at kunne klare det eller om at blive ked af det, til uvished om, hvordan andre vil reagere og frygt for at skulle tale med andre om tabet. Disse kan være udtryk for manglende selvtillid og tiltro til andre, samt pessimistiske antagelser ift. hvor gavnligt det vil være at engagere sig i aktiviteter. Her kan en sokratisk dialog og arbejdet med kognitive forvrængninger være brugbare, samt fokus på at tage en problemløsningsstrategi til forhindringerne. Det kan være godt at starte småt med overkommelige aktiviteter, og så se, hvordan det går, og om det føles gavnligt. F.eks. mødes med en veninde alene, før man vender tilbage til hele bridgeklubben. Eller starte på arbejdet et par dage om ugen, inden man vender tilbage til en fuld arbejdsuge.

Det kan opleves som anstrengende, formålsløst og trivielt at forsøge sig med aktiviteter i lyset af et stort tab. Vis forståelse for dette, men forsøg så at coache og motivere den efterlevende til alligevel at forsøge sig med aktiviteter, som distrahering fra sorgen og tristheden, og i forsøg på at integrere sorgen i det videre liv.

Hvis den efterlevende har svært ved at tænke på en aktivitet eller ikke helt kan overskue at skulle engagere sig igen, kan simple spørgsmål som disse måske hjælpe:

- Hvilke interesser/hobbies havde du inden __ døde?
- Hvilke aktiviteter plejer at gøre dig glad?
- Hvilke interesser deler du med andre i dit netværk?
- Hvis du ikke følte dig så trist og træt, hvad kunne du have lyst til at gøre, tror du?
- Er der nogen, der kunne hjælpe dig med at komme i gang igen?
- Hvad tror du __ ville opfordre dig til at gøre?

Nogle efterlevende tænker, at de først skal have det bedre og have mere overskud, før de kan gå i gang med at re-engagere sig i aktiviteter, men det er faktisk ofte omvendt. Ved at begynde at gøre noget (dvs. engagere sig i aktivitet, lige meget i hvor lille et omfang), kan det hjælpe til, at man får det bedre.

Som sagt er strategien at starte i det små, og dermed øge chancen for at oplevelsen med aktiviteterne er positiv. Så styrkes den efterlevendes selvtillid og tiltro til andre, og modet til at engagere sig yderligere

vokser. Hvis oplevelsen ikke er positiv, kan årsagen til dette drøftes, og en anden aktivitetsøvelse kan implementeres/afprøves.

Adfærdsaktiveringsøvelser finder sted mellem sessioner, og det kan være hjælpsomt at bede den efterlevende skrive ned hvordan det gik. For eksempel kan den efterlevende notere en kort beskrivelse af aktiviteten, hvornår og hvor den fandt sted, hvordan det gik, og hvordan den efterlevende havde inden, under og efter aktiviteten.

Afslutningsvis

Vigtige punkter at huske på ift. sorg:

1. Sorg er en proces – den følger ikke forudsigelige faser
2. Båndet til den afdøde fastholdes - ikke bryde båndet
På tværs af temaer, går samtalerne også ud på at hjælpe den efterlevende til at opretholde en forbindelse til afdøde. Nyere tids sorgforståelse pointerer vigtigheden af en fortsættelse af det følelsesmæssige bånd, hvor forbundetheden til den mistede fastholdes og bliver en del af den efterlevendes indre liv (25,26). Båndet fastholdes via indre dialog, en følelsesmæssig fornemmelse af kontakt, minder, visualiseringer og personlige ritualer.
3. Sorg er individuel fra person til person – man kan ikke sørge rigtigt eller forkert
4. De fleste har brug for andre – de der mangler et netværk kan have brug for hjælp til at finde et
5. Henvis hvis sorgen er invaliderende og vedvarende over lang tid (mere end 6 måneder)

Bilag 1: Mulige spørgsmål til den afklarende samtale

Den første samtale har til formål at afklare borgerens situation samt behov og motivation for yderligere støtte. Nedenfor vises et udvalg af mulige spørgsmål som kan anvendes i den afklarende samtale.

Henvendelsesårsag

- Hvad ønsker du hjælp til?
- Hvad bringer dig her i dag?

Spørg til **afdødes navn**, hvis dette ikke er lægen bekendt.

Hvem har borgeren mistet?

- Hvornår? Hvordan?
- Alder ved dødstidspunkt?

Tabshistorie/sygdoms- og sorgforløb

- Var du til stede da __ døde?
- Hvordan gik det op for dig, at __ var død?
- Hvordan reagerede du?

- Fik du sagt ordentligt farvel –dvs. som du ville?
- Var du klar over at __'s død var nær?

- Har du accepteret/forstået at __ er død?
- Er du kommet overens med at __ er død?
- Har du forstået det rationelt og med følelserne? Med dit hoved, hjerte og krop.

- *Ved forudgående sygdom* – Fortæl mig om __s sygdomsforløb?
- Var der noget, der var særligt svært for dig?

- Er det blevet nemmere at fortælle historien om __s sygdom/død?
- Hvad mærker du, når du tænker på/taler om forløbet?
- Hvordan har du det i dag, sammenlignet med i dagene lige efter __ døde?
- Hvordan har du det lige nu?
- Hvad er sværest for dig lige nu?
- Er du selv bekymret over noget i måden, du reagerer på?

Begravelse

- Havde __ ønsker? Blev de fulgt?
- Hvordan foregik begravelsen/bisættelsen?
- Hvordan var den dag for dig?
- Hvor er __ begravet?
- Besøger du gravstedet det? Hvor ofte? Hvordan er det at komme der?

Relationen til afdøde

- Beskrivelse af afdøde. Hvordan var __ ?
- Hvor længe havde I kendt hinanden? Hvor mødtes I?
- Hvordan var jeres relation?

- Stil uddybende spørgsmål til afdødes relation med andre i familien, f.eks. børn, forældre, søskende hvor relevant.

Efterlevendes aktuelle situation

- Arbejdssituation
- Familiesituation - Hvordan har du det derhjemme? Aktuel kontakt til børn/familie.
- Hverdag - Hvordan er din hverdag? Hvordan ser din dag ud? Føler du, du har fået styr på hverdagen igen? Har du fået nye vaner siden ____ død?
- Socialt netværk Har du kontakt med andre mennesker? Hvem? Hvor ofte? Hvem hjælper dig? Hvordan? Hvem taler du med og kan du fortælle dem, præcis hvordan du har det?
- Fritidsinteresser – Har du hobbies/interesser? Kommer du afsted til dem? Hvis ikke, hvorfor?

Fysisk og psykisk helbred

- Tidligere mentale helbredsproblemer og behandling?
- Aktuel søvn/appetit - Hvordan passer du på dig selv – får du spist, sovet, motioneret?
- Status på fysisk helbred. Nye problemer/symptomer? Medicin?

Vurdering af selvmordsrisiko

- Nogle oplever, når de mister en vigtig person, at de kan gå med tanker, måske ønsker, om selv at dø. Er det noget, du kan genkende?
- Klinisk indtryk og screen hvor relevant

Afrunding, motivation og målsætning

- Er der noget, du gerne vil vide? Har du nogle spørgsmål til mig?
- Lægen deler klinisk vurdering af borgerens situation og tilpasningsproces

- Behov, ønsker og mål ift. efterfølgende samtaler drøftes
- Hvad er sværest for dig lige nu? Er du særlig bekymret over?
- Hvad vil du gerne have, skal blive anderledes?
- Hvad vil du gerne have, at jeg hjælper dig med?

- Aftal plan for opfølgning

Bilag 2: Eksempel på selvmordsscreening

Risikoniveau	Definition	Eksempler (ikke udtømmende)
1 Ingen øget risiko	Ingen øget risiko i forhold til baggrundsbeholdningen	<ul style="list-style-type: none"> • Passive dødsønsker kan forekomme. • Ingen aktive tanker eller planer. • Gode copingstrategier.
2 Øget risiko	Øget risiko men patienten kan indgå troværdige aftaler	<ul style="list-style-type: none"> • Passive og aktive selvmordstanker kan forekomme • Evt. mere konkrete planer/metodeovervejelser eller impulser. • Kan for nyligt have foretaget selvmordsforsøg. • Kan under alle omstændigheder troværdigt tage afstand fra (nye) selvmordshandlinger.
3 Akut øget risiko	Patienten kan ikke på troværdigvis tage afstand fra alvorlige selvmordshandlinger indenfor de næstkommende døgn	<ul style="list-style-type: none"> • Meget konkrete planer, evt. med kraftig intentionsgrad. • Udtalt risiko for yderligere forværring af selvmordstanker ved evt. øgede belastninger. • Overhængende fare for alvorlig selvmordsadfærd indenfor de nærmeste døgn.

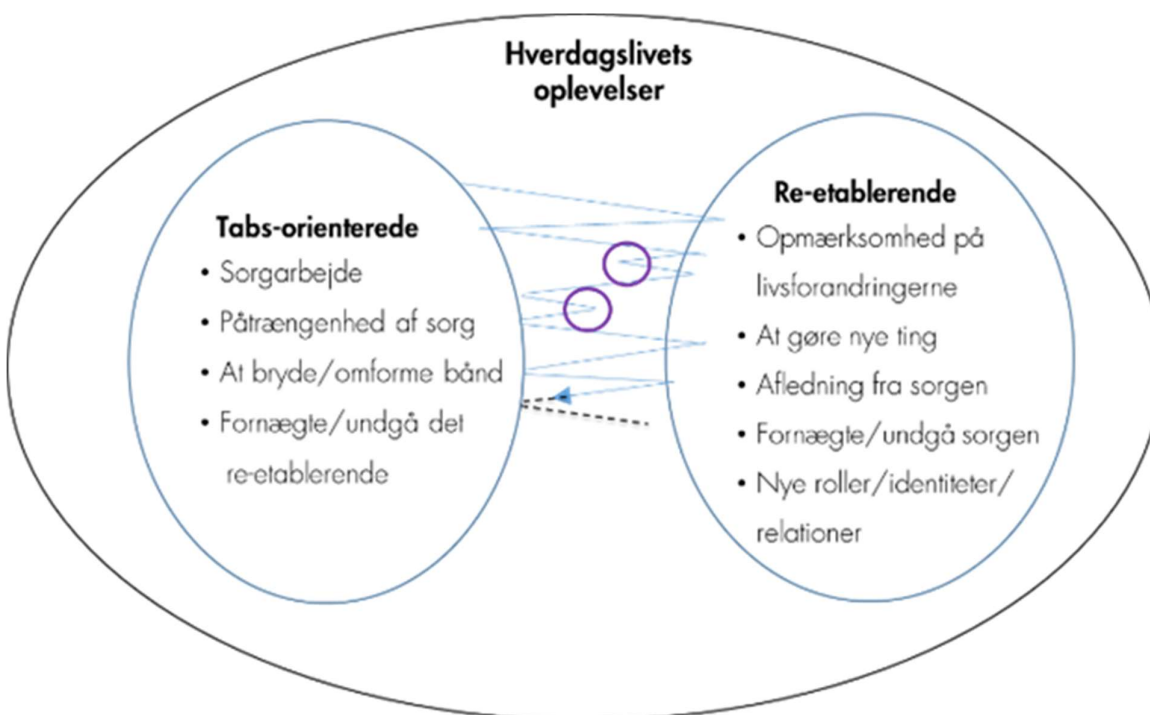
<https://e-dok.rm.dk/edok/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://e-dok.rm.dk/edok/enduser/portal.nsf/Main.html?open&unid=XDAD1C5EF0ECC9173C125785500354844&dbpath=/edok/editor/7016.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g>

Bilag 3. Naturlige sorgreaktioner

Følelser	Fysiske reaktioner	Adfærdsreaktioner	Kognitive reaktioner	Eksistentielle overvejelser
<ul style="list-style-type: none"> • Chok • Længsel/savn • Tristhed • Vrede • Skyld/lettelse • Angst, Utryghed • Følelseløshed 	<ul style="list-style-type: none"> • Søvnproblemer • Appetitændring • Hovedpine • Mavepine • Hjertebanken 	<ul style="list-style-type: none"> • Social isolation • Afhængighed • Undgåelse • Uro, rastløshed • Hyperaktivitet • Ritualisering 	<ul style="list-style-type: none"> • Koncentrations besvær • Sanseforstyrrelser • Forvirring • Rumination • Selvmordstanker 	<ul style="list-style-type: none"> • Meningsløshed • Identitetstab og -forvirring • Isolation • Oplevelse af uretfærdighed - "hvorfors mig?"

(1-3)

Bilag 4. To proces modellen



(4)

Litteraturliste

1. Guldin M-B. Sorgterapi - Evidens og terapeutiske metoder i praksis. København: Akademisk Forlag; 2018.
2. Mogensen J, Engelbrekt P. At forstå sorg: teoretiske og praktiske perspektiver. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2013.
3. Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H. Introduction: Concepts and issues in contemporary research on bereavement. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, editors. Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care [Internet]. Washington: American Psychological Association; 2001 [cited 2021 Apr 14]. p. 3–22. Available from: <http://content.apa.org/books/10436-031>
4. Stroebe MS, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*. 1999;23(3):197–224.
5. Guldin M. En ny model for forståelsen af sorg, *Månedsskrift for praktisk lægegerning*. 2008;86(1):25–48.
6. Stroebe M, Schut H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2010 Dec 1;61(4):273–89.
7. Bonanno GA, Malgaroli M. Trajectories of grief: Comparing symptoms from the *DSM-5* and *ICD-11* diagnoses. *Depress Anxiety* [Internet]. 2020 Jan [cited 2020 Apr 28];37(1):17–25. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.22902>
8. Nielsen MK, Carlsen AH, Neergaard MA, Bidstrup PE, Guldin M-B. Looking beyond the mean in grief trajectories: A prospective, population-based cohort study. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2019 Jul [cited 2020 May 10];232:460–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953618305732>
9. Lenferink LIM, Nickerson A, Keijsers J, Smid GE, Boelen PA. Trajectories of grief, depression, and posttraumatic stress in disaster-bereaved people. *Depress Anxiety* [Internet]. 2020 Jan [cited 2021 Apr 23];37(1):35–44. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.22850>
10. Bonanno GA, Boerner K, Wortman CB. Trajectories of grieving. In: Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W, editors. Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention [Internet]. Washington: American Psychological Association; 2008 [cited 2020 May 10]. p. 287–307. Available from: <http://content.apa.org/books/14498-014>
11. Killikelly C, Maercker A. Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology: Traumatic loss*. 2017 Dec 29;8(sup6).
12. Prolonged Grief Disorder. ICD-11 6B42 Prolonged Grief Disorder. 2020.
13. Burke LA, Neimeyer RA. Prospective Risk Factors for Complicated Grief: A Review of the Empirical Literature. In: *Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals*. Routledge; 2012.

14. Atwoli L, Stein D, King A. Posttraumatic stress disorder associated with unexpected death of a loved one: cross-national findings from the world mental health surveys. *Depress Anxiety*. 2016;(00):1–116.
15. Lundberg T, Forinder U, Olsson M, Fürst CJ, Årestedt K, Alvariza A. Bereavement stressors and psychosocial well-being of young adults following the loss of a parent – A cross-sectional survey. *European Journal of Oncology Nursing*, 2018;(35):33–8.
16. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*. 1997;(154):616–23.
17. Prigerson H, Horowitz M, Jacobs S, Parkes C. Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*. 2009 Aug 1;6(8).
18. Komischke-Konnerup KB, Zachariae R, Johannsen M, Nielsen LD, O'Connor M. Co-occurrence of prolonged grief symptoms and symptoms of depression, anxiety, and posttraumatic stress in bereaved adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports* [Internet]. 2021 Apr [cited 2021 May 21];4:100140. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666915321000676>
19. Thomas K, Hudson P, Trauer T, Remedios C, Clarke D. Risk Factors for Developing Prolonged Grief During Bereavement in Family Carers of Cancer Borgers in Palliative Care: A Longitudinal Study. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. 2014 Mar [cited 2020 Apr 29];47(3):531–41. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392413003679>
20. Boelen PA, van den Hout MA, van den Bout J. A Cognitive-Behavioral Conceptualization of Complicated Grief. *Clin Psychol Sci & Pract* [Internet]. 2006 May [cited 2020 May 14];13(2):109–28. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
21. Boelen PA, de Keijser J, van den Hout MA, van den Bout J. Treatment of complicated grief: A comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Internet]. 2007 [cited 2020 Feb 20];75(2):277–84. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.75.2.277>
22. Boelen PA, Smid GE. Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ* [Internet]. 2017 May 18 [cited 2020 May 10];j2016. Available from: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.j2016>
23. Hamdan S, Berkman N, Lavi N, Levy S, Brent D. The Effect of Sudden Death Bereavement on the Risk for Suicide: The Role of Suicide Bereavement. *Crisis* [Internet]. 2020 May [cited 2021 Sep 6];41(3):214–24. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000635>
24. Pitman AL, Osborn DPJ, Rantell K, King MB. Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open* [Internet]. 2016 Jan [cited 2021 Sep 6];6(1):e009948. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2015-009948>
25. Klass D, Silverman PR, Nickman SL, editors. *Continuing bonds: new understandings of grief*. Washington, DC: Taylor & Francis; 1996. 361 p. (Series in death education, aging, and health care).

26. Klass D, Steffen E, editors. Continuing bonds in bereavement: new directions for research and practice. New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group; 2018. 352 p. (Death, dying, and bereavement).