

De sørgendes land

Sørgende er ikke syke, de er i eksil.



Foto: Privat

■ **Av Henning Herrestad**

Herrestad er Dr. philos, gestaltterapeut og filosofisk praktiker. Han arbeider som koordinator for sorgtjenesten i Fransiskushjelpen, spesialrådgiver i selvmordsforebygging ved RVTS Øst og førsteamanuensis ved Institutt for forskning innen psykisk helse og rus ved Høgskolen i Buskerud.

Dagens Medisin melder den 29. april 2010 «Sorg kan bli en diagnose». Diagnosen «forlenget sorg» er antagelig på vei inn i neste versjon av diagnosemanualene – DSM-V og ICD-11. Tanken er at sorgen hos noen fører til en psykisk lidelse. Samtidig er det sannsynlig at sykdom er i ferd med å bli den mest utbredte metafor for sorg. Derfra er det et kort skritt til at man tenker at sorg er en type sykdom. Jeg stiller spørsmål ved om dette er en god utvikling. Jeg vil argumentere for at det kan være like fruktbart å tenke på sorg som en form for eksiltilværelse. Sørgende er ufrivillige utvandret til «De sørgendes land».

Innledning

Min bakgrunn for å mene noe om sorg etter dødsfall er mitt arbeid som koordinator for sorgtjenesten i stiftelsen Fransiskushjelpen. Det siste året har jeg hatt samtale med bortimot 150 mennesker i sorg i alderen 18 til 92. De fleste har deretter deltatt i en av Fransiskushjelpens 22 sorggrupper. Jeg har ledet én av disse sorggruppene - for etterlatte ved selvmord i alderen 20-45 - i snart tre år, og har der møtt sørgende over tid. For å gi et bilde av hvordan mange opplever sorgen etter dødsfall vil jeg beskrive en tenkt samtale med «Ingrid».

Ingrid har bedt om en samtale fordi hun nylig har mistet sin ektefelle. Ingrid og jeg setter oss på Fransiskushjelpens samtalerom – et lite rom med en sofa, en stol og et bord i mellom med et tent kubbelys. Ingrid forteller at hennes mann gjennom tyve år brått er død. De fikk ikke snakket om hva han ønsket eller tenkte, de fikk ikke tatt farvel, hun mistet ham. Det som skjedde den siste dagen

står spikret foran henne som et traumatisk minne som dukker opp for henne hver gang hun lukker øynene. Hun klarer ikke slappe av, for kroppen er i alarmberedskap. Hun sovner ikke om kvelden uten en innsovningstablett, og hun våkner grytidlig av et mareritt som stadig gjentar seg. Ingrid tenker på sin mann nesten hele tiden. Hun kjenner ingen glede ved ting lenger, for savnet overskygger alt som tidligere gav glede. Hun er ukonsentrert, glemmer ting, klarer ikke å gjøre jobben sin slik som før. Hun forteller at den første tiden etter dødsfallet var det så travelt med henvendelser og begravelsen og papirer som måtte ordnes at hun ikke kjente så mye på savnet. Hun var i en slags sjokktilstand; hun kunne egentlig ikke tro det var sant at han ikke levde lenger. En dag så hun navnet hans på kontaktlisten på mobiltelefonen og innså at han aldri kom til å ringe igjen. Da ble hun grepet av et slikt savn at det klemte som et hjerteattakk i brystet, tårene flommet og hun brøt sammen i gråt. Etter dette har slike anfall av sorg kommet oftere, ofte helt uventet ved et plutselig minne om ham. Hun er redd hun vil bryte helt sammen. Legen har gitt henne sykmelding, og hun aner ikke når hun vil være tilbake i jobb. Nå har hun funnet at hun må søke hjelp, for selv om hun snakker mye med sin mor og sin nærmeste venninne, blir det bare verre. Hun er redd hun ikke vil klare å være en god mor for sine to tenåringsbarn lenger.

Sorg som sykdom

Situasjonen for mange etterlatte etter dødsfall ligner på Ingrids situasjon. Men det er stor variasjon i hvor krisepreget sorgen er. Med krise forstår jeg en situasjon man ikke mestrer ut fra tidligere kunnskap og erfaring. Mange lever videre mens de er i sorg uten store endringer i sitt daglige liv, mens andre blir helt satt ut og opplever å være i en krise slik som Ingrid. I en slik krise er det en del som frykter for at de skal bryte helt sammen, og frykten kan gi angstsymptomer. Andre kan få sterke dødsønsker. Søvnvanskene gjør dem utmattet.





Når legen får besøk av en pasient som Ingrid, må legen stille en diagnose for å kunne iverksette tiltak eller kunne skrive en sykmelding. Diagnosene må stilles ut fra Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer versjon 10 (ICD-10). Den nærmeste diagnosen å gripe til er diagnosen «tilpasningsforstyrrelser».

ICD-10 sier generelt om kategorien tilpasningsforstyrrelser: «Lidelsene i denne delen kan derfor betraktes som mistilpassede (maladaptive) reaksjoner på alvorlig eller vedvarende belastning. Lidelsene hemmer vellykkede mestringsmekanismer, og medfører derfor problemer med å fungere sosialt.» Om den spesielle diagnosen «tilpasningsforstyrrelser» sier ICD-10: «Tilstander med subjektivt ubehag og følelsesmessig forstyrrelse som vanligvis hemmer sosial funksjon eller ytelse, og som oppstår i en periode med tilpasning til en vesentlig forandring i tilværelsen eller en belastende livshendelse... Symptomene varierer og omfatter depresjon, angst eller bekymring (eller en blanding av disse), følelse av å mangle mestringssevne og evne til å planlegge fremover eller til å fortsette i nåværende situasjon, så vel som en større eller mindre grad av vansker med å utføre daglige rutiner. Atferdsforstyrrelser kan være et ledsagende fenomen, særlig hos ungdommer. Det dominerende symptomet kan være kortvarig eller

langvarig depressiv reaksjon, eller forstyrrelse av andre følelser og atferd.» Sorgreaksjoner er eksplisitt inkludert under tilpasningsforstyrrelser.

Depresjon er her nevnt som symptom på tilpasningsforstyrrelse. Ingrid kan ha både tilpasningsforstyrrelser og depresjon. ICD-10 beskriver en depressiv episode slik: «Ved typisk milde, moderate eller alvorlige depressive episoder lider pasienten av senket stemningsleie (nedstemthet), redusert energi og aktivitetsnivå. Evnen til å glede seg, føle interesse

IEKSIL: Sorgende befinner seg i «et nytt land», og mange av sorgens symptomer kan forstås som erfaringer av å være i eksil. Foto: Colourbox.

«Det er normalt å ha sterke reaksjoner på sorgen i inntil to år.»

og konsentrasjon er nedsatt, og en uttalt tretthet og tretthet er vanlig selv etter den minste anstrengelse. Vanligvis blir søvnen forstyrret og appetitten redusert. Selvfølelsen og selvtilliten er nesten alltid svekket, og selv i den milde formen er forestillinger om skyld og verdiløshet ofte til stede. Det senkede stemningsleiet forandrer seg lite fra dag til dag, varierer ikke med omstendighetene og kan ledsages av såkalte «somatiske» (melankoliforme) symptomer, som tap av interesse og lystfølelser, oppvåkning om morgenen flere timer tidligere enn vanlig, depresjon som er tyngst om morgenen, uttalt psykomotorisk

retardasjon, uro, appetittløshet, vekttap og tap av seksualdrift. Avhengig av symptomenes antall og alvorlighetsgrad, kan en depressiv episode spesifiseres som mild, moderat eller alvorlig.» Moderat depresjon: «Fire eller flere av symptomene nevnt ovenfor er vanligvis til stede, og det er sannsynlig at pasienten har store problemer med å fortsette med ordinære aktiviteter.» (Kilde: finnkode.KITH.no)

Det er ikke vanskelig å se at begge disse diagnosene kan passe på Ingrid. Er det da slik at tapet av ektemannen har utløst en tilpasningsforstyrrelse eller en depressiv episode hos Ingrid? I den amerikanske diagnosemanualen DSM-IV er det et forbehold om at man ikke må stille diagnosen

«Sorg er ingen bakterieinfeksjon som kan behandles effektivt.»

depresjon om det ennå ikke er gått to måneder siden dødsfallet. Det er den siste rest av forbehold om at mennesker kan være triste fordi de har lidt et stort tap. I boken «The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder» (Horowitz og Wakefield, 2007), tar forfatterne et oppgjør med at diagnosemanualene gjør det meste av normal sorg over forståelige tap som dødsfall, skilsmisse, tap av arbeid eller tap av livsutsikter, om til depresjon fordi man bare har dette forbeholdet om at etter dødsfall er slike symptomer en normal reaksjon på sorg i to måneder. Horowitz og Wakefield argumenterer for at også andre tap bør inn som forbehold, deres meningsmotstandere for at forbeholdet om sorg skal strykes i neste versjon av DSM.

Sett fra legens side, er det ikke vanskelig å forstå at vedkommende ikke ønsker forbehold om hva som er normal sorg, for legen vil gjerne hjelpe mennesker som kommer med så stort symptomtrykk som Ingrid. Det er åpenbart at Ingrid har vanskelig for å skjytte sitt arbeide. Hennes reaksjoner som minner om symptomer på angst og depresjon, er helt reelle. Det er vanskelig for legen å skulle si «Dessverre, jeg kan ikke gjøre noe, for dette er en normal reaksjon på sorg.» Når symptomtrykket er stort, er det derfor fristende å tenke at sorgen har utløst en psykisk lidelse, og at det gir grunnlag for å gi pasienten positive rettigheter som rett til sykmelding og behandling som kan gi symptomlindring. Ulempen er at legen da samtidig

sier at det er noe galt inne i deg, at du har en indre forstyrrelse eller sårbarhet som det er behov for å kompensere for eller behandle. Du har en psykisk lidelse.

Horowitz og Wakefield er opptatt av at legens hjelpvillighet derfor har noen ikke-intenderte bivirkninger. At din journal forteller at du har en psykisk lidelse kan i USA forfølge deg senere i forhold til forsikring eller ved en eventuell barnefordelings sak, og det kan utelukke deg som deltager i forsøk med nye behandlingsformer om du får kreft. I Norge kan en slik diagnose få konsekvenser ved tegning av livsforsikringer. At så mange sørgende får diagnosen depressiv episode har bidratt til den enorme økningen i bruk av antidepressive medikamenter, enda det er sannsynlig at symptomene vil gå over av seg selv når den sørgende er kommet gjennom sorgen. Det er med andre ord sannsynlig at det drives mye unødig medikamentell behandling av sorg. Den forskning som har ledet til at norske leger ikke lenger er anbefalt å bruke antidepressive medikamenter som førstevalg ved mild til moderat depresjon, peker også i retning av at mye av denne medikamentbruken har vært uvirksom (Helsedirektoratet, 2009, s. 53).

Opprinnelig var depresjon en diagnose som ble gitt der symptomene ikke hadde noen forståelig ytre årsak. Man tenkte at det var normalt at mennesker reagerer med sorg når de lider et tap som å miste sin aller nærmeste og at sorg gir depressive symptomer. Det var stor forståelse for at personen da trengte ekstra omsorg og støtte, ikke medikamenter og psykoterapeutisk behandling. Det kan virke som man i dag ikke er villige til å gi mennesker ekstra omsorg og støtte med mindre de kan defineres som syke. Det er ikke nok at det har skjedd noe forferdelig, de må også ha en indre svakhet. Der det tidligere var nabokoner som kom inn til husmoren Inger og tok over oppgavene med matlaging og husstell, må man i dag ha sykmelding fra legen for å få kolleger til å overta arbeidsoppgavene. Det behøvdde ikke være slik dersom legen kunne forordne fritak for mennesker i krise uten å måtte gi dem en psykiatrisk diagnose.

Nå har man altså identifisert et eget syndrom av symptomer kalt «forlenget sorg», og man arbeider for å få antatt forlenget sorg som en egen psykisk lidelse i neste versjon av diagnosemanualene (DSM-V og ICD-11) (Prigerson et al., 2009). Prigerson et al. (2009) angir følgende diagnose for forlenget sorg: «Criteria require reactions to a significant loss that involve the experience of





yearning (e.g., physical or emotional suffering as a result of the desired, but unfulfilled, reunion with the deceased) and at least five of the following nine symptoms experienced at least daily or to a disabling degree: feeling emotionally numb, stunned, or that life is meaningless; experiencing mistrust; bitterness over the loss; difficulty accepting the loss; identity confusion; avoidance of the reality of the loss; or difficulty moving on with life. Symptoms must be present at sufficiently high levels at least six months from the death and be associated with functional impairment.» Serios forskning har altså vist at disse symptomene opptrer sammen, og at de ikke indikerer varianter av depresjon, angst eller posttraumatisk stresslidelse. Forlenget sorg er ikke noe som rammer alle sørgende, men et mindretall der sorgen blir kronisk og funksjonshemmende. Man antar at de rammes fordi de har en indre sårbarhet som kanskje har en genetisk komponent, men i hvert fall henger sammen med utviklingstrekk i tidlig barndom som for eksempel vises ved separasjonsangst (Prigerson et al. 2009). Foreløpig finnes det ikke medikamenter mot denne lidelsen, men det er utviklet en egen psykoterapi som er påvist å dempe symptomene (Shear et al., 2005). Det er tenkelig at videre forskning på genetiske og nevrobiologiske trekk ved personer med forlenget sorg vil kunne gi grunnlag for utvikling av medikamenter som kompenserer for disse trekkene. For når man finner ubalanser i hjernens

kjemi, er det nærliggende å utvikle medikamenter som demper ubalansen. En pille som demper sorgen for alle som er i dyp sorg i mer enn seks måneder, er det dit vi vil? Om sorgen kan dempes med en pille, er det jo mye billigere for samfunnet å gi folk piller enn å gi dem terapi, omsorg og støtte.

Forskning på sørgende viser at forløpet i sorgen i stor grad henger sammen med personens psykiske mestringsmønstre før sorgen kom (Bonanno, Boerner, Wortman, 2008). Det er derfor nærliggende å trekke den slutningen at noen personer er sårbare psykisk og at sorgen hos dem kan utløse psykiske lidelser som tilpasningsforstyrrelser, depresjon, angst eller forlenget sorg. Men det er også mulig å forstå alle disse reaksjonene som normale reaksjoner på sorg som dempes i takt med at sorgen blir gjennomlevd. Hvor lang tid det er normalt å sørge er også en sosial konstruksjon. Jeg vil si det er normalt å ha depressive reaksjoner i mer enn to måneder når man sørger over et barn eller en ektefelle som brått er død. Vår erfaring i Fransiskushjelpen tilsier at det er normalt å ha sterke reaksjoner på sorgen i inntil to år etter slike dødsfall. Vi vil ikke kalle det en psykisk lidelse etter seks måneder.

Kanskje er det slik at legen nå en gang har de brillene på at hun eller han ser etter sykdommer eller indre dysfunksjoner som kan dempes eller helst kureres. Legen ser pasienten som et medisinsk problem, mens pasienten kanskje like gjerne kan sies å ha et sosialt problem. Jeg er ikke i mot at man gir

SISTE HVILE: Mange etterlatte synes det er godt å besøke den avdødes grav. Noen føler der nærhet til den som er borte.
Foto: Colourbox.

mennesker som sliter med tung sorg tilbud om en psykoterapi som har vist seg å hjelpe, men jeg er i mot at man reduserer tilbudet om støtte og omsorg til effektive behandlingstilbud. For når vi forstår sorg som en sykdom på linje med en bakterieinfeksjon, så tenker vi også at det pasienten egentlig trenger er en effektiv kur som kan gjøre henne frisk igjen. Men sorg er ingen bakterieinfeksjon som kan behandles effektivt. Selv om det finnes terapi som har vist effekt, betyr det ikke at det kurerer sorgen. Mitt forslag er at vi finner en helt annen metafor for sorgen enn at det er en sykdom inne i kroppen. Jeg vil foreslå som metafor at kroppen er forflyttet til et fremmed land, at mennesker i sorg er i ufrivillig eksil i De sørgendes land.

Sorg som eksiltilværelse

Vi omtaler dødsfall som en måte å bli separert fra den man er glad i, men vi tenker vanligvis at det er den døde som er reist til et fremmed land som ingen vender tilbake fra. Men den som er etterlatt befinner seg på mange måter også i et helt nytt land, og mange av sorgens symptomer kan forstås som erfaringer av å være i eksil. I stedet for å se sorgen som en indre prosess man skal igjennom, kan der være fruktbart å se sorgen som en tilvenning til å leve i et nytt land, en prosess med å bli kjent og vant med en ny tilværelse.



«Om du er i eksil forandres alle dine sosiale relasjoner.»

For noen går det raskt, mens andre stadig lengter tilbake, holder på det gamle, unnviker det smertefulle og ukjente, og bare svært nølende tilpasser seg alt det nye.

Det kontraintuitive ved å tenke at sørgende er i eksil er at de sjelden har forflyttet seg fysisk. Mentalt er deres verden likevel blitt et fremmed sted, en ny verden der alt ligner på før men likevel er annerledes. Ingrid for eksempel kjenner ikke lenger den glede ved ting som hun er vant til. Det er som om hun har mørke solbriller på som visker ut farger og følelser ved ting. Ingrid vil oppleve at situasjoner hun tidligere opplevde som gode nå gir en helt annen opplevelse. Det var før et høydepunkt av kos å sitte sammen med mannen i sofaen med noe godt på bordet og se på tv, men nå er det ingen kos lenger

når hans plass er tom. Det var på hytta hun og han fant sitt paradisi, men nå opplever hun bare savn av å være der. Mange mennesker i sorg unngår helt steder og situasjoner som gjør savnet for tydelig. De går for eksempel slett ikke inn på avdødes soverom. Det bare står der avlukket og urørt. Å skulle rydde i klærne og tingene virker helt uoverkommelig. Noen orker ikke se på bilder av vedkommende, noen orker ikke høre den musikken avdøde likte, noen unngår steder de hadde det hyggelig sammen, for savnet blir for stort. I stedet for å tenke at disse menneskene har en indre svakhet, kan man tenke at de trenger støtte for å klare å møte de situasjonene som er vanskelige for dem.

På den annen side er det også steder Ingrid opplever det som spesielt godt å være. Hun liker å være på mannens gravsted, for der kjenner hun seg nær ham. Andre føler en slik nærhet nettopp på et sted de tilbrakte mye tid sammen, som i stuen hjemme eller på hytta, og det er der de helst vil være, gjerne med et lys tent foran et bilde av avdøde. Andre igjen liker steder som distraherer dem fra savnet. Noen kjører endeløse bilturer, andre bruker mye tid foran tv-skjermen.

Om du er i eksil forandres alle dine sosiale relasjoner. Slik er det også for dem som er etterlatte. Aller tydeligst er dette der det er et vanskelig arveoppgjør. Plutselig er det ikke bare en person man mister kontakten med, men store deler av ens familie. La oss tenke oss at Ingrids mann hadde barn fra et tidligere ekteskap, og at barna hans forlanger skifte. Ingrid opplever dem som grådige, at de tvinger henne til å selge huset og å gi bort innbo hun er glad i. Hun føler seg separert fra dem også, selv om hun har kjent dem som sin egen familie gjennom år. Men også hennes andre relasjoner endrer seg. Hun er mor til to barn, men nå må hun også prøve å være det faren var for dem. Hun føler at en del av hennes vennskap blir fjernere. Det var venner hun og mannen hadde sammen som det ikke lenger føles naturlig å omgås nå som hun er alene. Det er venner hun føler ikke forstår hvordan hun har det, som hun kanskje føler unngår henne, som tar mindre kontakt eller raskt penser samtalen inn på andre ting enn hun er opptatt av når de snakker sammen. De blir fjernere. Eller hun er blitt fjern fra dem, for hun lever i en annen tilværelse enn den de delte før.

På den annen side vil Ingrid oppdage nye mennesker i sitt eksil. Det kan være mennesker hun

har kjent lenge som nå viser seg å være til svært god støtte. Hennes venninne som mistet sin mann i fjor ringer henne ofte, og hun viser seg å forstå henne på en annen måte enn de andre. Venninnen fungerer som kjentmann i De sørgendes land. Dermed blir de mye nærere venner enn tidligere. Det kan dukke opp helt nye mennesker også. Flere som deltar i sorggrupper uttrykker at de opplever å ha fått en ny «familie», for plutselig deler de private tanker og følelser, forteller om smertefulle opplevelser, med fremmede.

Mennesker som havner i eksil vil oppleve at det er en stor belastning med alle de papirer som må ordnes med myndighetene. Det samme gjør mennesker i sorg. Det er månedsvis med skjemaer som skal fylles ut, telefoner, kafkaeske krav fra banker og myndigheter. En advokat er god å ha for å få hjelp til å ordne alt papirarbeidet. Om man ikke har råd til advokat, burde man få en form for fri retts hjelp.

Mennesker som havner i eksil blir skilt fra mange av sine eiendeler. Det samme skjer med sørgende som må kvitte seg med den dodes ting, og spesielt med dem som er tvunget til arveoppgjør. Det kan være en tung prosess å rydde og kvitte seg med ting. Mennesker i eksil må tilpasse seg en ny kultur der matlaging og mange daglige oppgaver gjøres på en annen måte enn hjemme. Sørgende må også ofte lære seg å gjøre mange ting den avdøde pleide å gjøre for dem. Det var alltid han som skiftet dekk på bilen sukker Ingrid.

Mennesker i eksil strever med å holde kontakten med dem de har forlatt og med hele den tilværelsen de har forlatt. Sørgende strever med det samme. De lengter og minnes hvordan livet var før dødsfallet. Mange prøver å holde kontakten med den døde. De kjenner glede ved å tenke på vedkommende og bevare minnene. De kjenner redsel når de ikke lenger husker ansiktstrekkene eller lukten av vedkommende. Derfor må klærne henge urørt så lenge som mulig der i skapet. Mange snakker til den avdøde selv om avdøde ikke snakker tilbake. Det er en enveis telefonlinje. Noen opplever at den døde svarer også, som et nærvær, i drømme, gjennom et medium eller de ser eller kjenner den dodes skikkelse. Mitt inntrykk er at denne kontakten som regel blir svekket over tid. Det er vanskelig å holde jevnlig kontakt med mennesker som lever i en så fjern verden. Den etterlatte er i eksil fra dem.

Livet i De sørgendes land byr på en rekke nye utfordringer når man er nyinnflyttet, for man må



innrette seg på nye måter. Hvordan skal Ingrid feire jul med barna dette året når pappa ikke kan være her slik han pleide? Det er for sårt å gjøre slik som før når hans stol står tom. Han var den som laget julematen. Om hun skal gjøre det, blir det ikke det samme. Hun må finne en ny måte å feire jul på. Hva skal de gjøre i feriene nå som hytta er solgt? Hva skal hun og barna gjøre på pappas fødselsdag? De må bli vant med å leve annerledes nå som de bor i De sørgendes land. Etter ett år er ikke alt nytt lenger. Etter to år begynner de å vende seg til den nye måten å leve på. Etter tre år har de fleste etablert et nytt liv med nye venner og nye tradisjoner. Kommer sørgende noen gang ut av sin eksiltilværelse? Ja, hvor langt kan vi strekke metaforen? Kanskje kan man si at på samme måte som en som bor i et fremmed land over tid blir endret, får nye vaner, verdier og perspektiver, blir også de som bor en tid i de sørgendes land endret. Om tilværelsen nesten

KJENTMANN I SORGLANDSKAPET: For den sørgende kan det være godt å få støtte av en som selv har mistet noen og vet hva sorg er.
Foto: Colourbox.



blir slik som før, er de likevel ikke de samme personene som før.

Hva trenger sørgende egentlig om vi tenker på dem som mennesker i eksil? En effektiv terapi kan nå forstås som et innføringskurs i det nye landets språk og kultur. Det kan gjøre overgangen litt mindre smertefull. Mest av alt trenger både mennesker i eksil og mennesker i sorg å få støtte og omsorg fra andre som skjønner hva de strir med. Mange er så heldige at de har venner eller familie som trer støtende til når de er i Ingrid's situasjon. De får praktisk hjelp, som hjelp til barnepass, og de får emosjonell støtte ved at den andre orker å lytte til hvordan de opplever situasjonen uten å fortelle dem hva de burde gjøre for ikke å ha det slik. For mange er det likevel slik at de enten ikke har så god støtte, eller at de føler de må begrense hvor store vekslers de trekker på venner og familie. For disse er det viktig at de kan finne støtte andre steder, for eksempel hos frivillige organisasjoner. Fransiskushjelpen gir et slikt tilbud for sørgende etter dødsfall i Oslo og omegn.

Om Fransiskushjelpens tilbud

Fransiskushjelpen er en diakonal stiftelse i Oslo som arbeider i Frans av Assisis ånd. Frans av Assisi er en katolsk helgen som på 1200-tallet utfordret sin samtid gjennom å bryte tabuet mot å være i kontakt med spedalske. Han stiftet Fransiskanerordenen som i århundrer har drevet diakonalt arbeid over hele verden. Fransiskushjelpen prøver å følge hans

«Noen har vært i de sørgendes land lenge, og de fungerer som kjentmenn.»

eksempel gjennom profesjonelt og frivillig arbeid overfor mennesker med behov vårt velferdssamfunn ikke har øye for. Hvilke behov dette er har skiftet med årene, og velferdsstaten har påtatt seg mange av behovene som Fransiskushjelpen arbeidet for å dekke tidligere, for eksempel gjennom utbyggingen av barnehager og hjemmehjelptjenester. I dag er Fransiskushjelpen mest kjent for sitt ambulerende hospice der våre sykepleiere og hjelpepleiere gjør det mulig for kreftsyke å dø hjemme eller å bo hjemme så lenge som mulig. Denne tjenesten ledet i 1986 til opprettelsen av Sorgtjenesten, i utgangspunktet for å møte udekkede behov for støtte hos familiene til dem som døde av kreft (Ranheim, 2009). Det

ble snart tydelig at det i Oslo, og i mange av kommunene rundt Oslo, var et stort udekket behov for sorgstøtte.

Fransiskushjelpens sorgtjeneste ble startet i en tid der sorggrupper drevet som likemannsarbeid var i vinden. I 1987 begynte man å drive sorggrupper ledet av frivillige som selv hadde erfart sorg på kroppen. I løpet av årene som er gått har vi prøvd mange ulike varianter av slike grupper – åpne, lukkede, likemannsgrupper, forsterkede selvhjelpsgrupper, grupper for menn, grupper for spesielle typer sorg som etter tsunamien. I dag har vi 22 sorggrupper. Gruppene er livssynsnøytrale og gratis for de sørgende. Vi tar i mot alle over 18 år uavhengig av bosted og uten noen henvisning. De som tar kontakt blir først invitert til en inntakssamtale. Vi prøver å fordele sørgende til gruppene så alle finner mest mulig gjenkjennelse i de andre deltagerne. Vi prøver å organisere gruppene slik at alle finner noen på sin egen alder, av sitt eget kjønn og med et lignende tap i sin gruppe. Gruppene er åpne – de går fortløpende og nye tas inn når de kommer så sant det er ledig plass. Alle gruppene har møter i Fransiskushjelpens lokaler, enten på Enerhaugen eller i Storgaten i Oslo, to timer hver tredje uke. Deltagerne får fortsette så lenge de selv ønsker. Det er deltagerne selv som bestemmer hva det snakkes om i gruppene. Vi har ikke et forhåndsbestemt program for hva gruppelederne skal ta opp. Følgende sitat sier mye om hva deltagerne får igjen for å gå i slike sorggrupper: «Det ligger håp i å høre at man kommer seg videre, og det er en lettelse i å fortelle: nå er det flere som vet – og noen som forstår ...» (Ranheim, 2009: s 27-28) Noen har vært i De sørgendes land lenge, og de fungerer som kjentmenn for dem som er nye, og samtidig har de forståelse for det å være ny for de har nylig vært der selv.

Avsluttende kommentarer

Jeg har i denne artikkelen argumentert for at vi bør skifte tankemåte når vi tenker om sorg. Ennå tenker vel de færreste at sorg er en sykdom, men det er en dynamikk i vårt samfunn som gjør at en slik tanke blir mer og mer nærliggende. For det første har vi gjort legen til voktere over hvem som skal få lettelse fra arbeid (sykemelding, sykelønn) og offentlige tilbud om omsorg og støtte, og for å kunne hjelpe må legen finne at den sørgende er syk. For det andre er man i ferd med å gjøre alvorlig sorg utover seks måneder til en psykisk lidelse. Det er en internasjonal industri å drive forskning og utvikling av

effektive behandlingstilbud og medikamenter. Bak dette ligger både økonomiske motiver og en tanke om at vi må endre måten vi møter menneskelige problemer på mot tiltak som har demonstrert en positiv virkning.

Det hviler nå et mistankens lys over alt man har pleid å gjøre – slik som å drive sorggrupper. Kanskje er det bare en myte at det har noe for seg. Kanskje burde man gjort noe annet og mer effektivt. Kanskje er det rett og slett skadelig, akkurat som mat vi før trodde var sunn har vist seg å være usunn. I hvert fall må de som driver sorggrupper være på vakt for at noen blir syke, og da straks prøve å skaffe personen rett medisinsk behandling. For sorggruppeledere blir en slags kloke koner som stoler på sine overleverte kjerringråd som ingen noen gang har vist noen effekt av. Og selv om deres råd kanskje hjelper noen, og ikke nødvendigvis er til skade, må kloke koner innse sin begrensning og overlate dem som er syke til legene. Så lenge vi godtar premisset om at sørgende trenger effektiv behandling er sorggruppeleder tvunget til å spille etter medisins pipe; enten å lære seg siste nytt i evidensbasert behandling for sorg eller finne vitenskapelig evidens for at likemannsgrupper er effektiv behandling. Hvis ikke må de leve med dette mistankens lys.

På den annen side kan man altså gjøre opprør mot denne medisinske tenkningen om sorgen. Vi kan gå sammen om å kreve aksept for at den sørgende har et livsproblem som man må ha respekt for. Den sørgende er ikke syk, men fortjener allikevel å få lettelse eller fri fra vanlig arbeid, og å få støtte og omsorg. Skal vi forstå hva sørgende er utsatt for er den beste sammenligningen at den sørgende er sendt i eksil i et fremmed land. Sorggruppeledere behandler ingen med kjerringråd. De er kjentmenn som tar i mot nye og viser dem til rette, og de er likemenn som gjør den sørgende mindre ensom ved å se at andre er i samme situasjon. De andres støtte er ikke å ligne med en effektiv medisin for en bakte-

riinfeksjon, men med å ha fått en ny familie og nye venner. Du spør ikke om et vennskap er en effektiv løsning på dine problemer. Du verdsetter en venn fordi du liker henne og setter pris på at hun vil være sammen med deg. Hvor lenge ens tilværelse i eksil i De sørgendes land er en krisetilstand avhenger av hvor raskt man blir kjent med og vant med den nye tilværelsen. Noen er raske til å tilpasse seg, andre er langsomme, men alle sørgende burde få den støtten og omsorgen de trenger. ■

NY TILVÆRELSE:

I stedet for å se sorgen som en indre prosess man skal igjennom, kan det være fruktbart å se sorgen som en tilvenning til å leve i et nytt land, en prosess med å bli kjent og vant med en ny tilværelse. Foto: Colourbox.



Referanser

- 1) Bonanno GA, Boerner K, Wortman CB (2008). «Trajectories in Grieving». In Stroebe MS, Hansson RO, Schut H, Stroebe W (2008). Handbook of Bereavement Research and Practice. Washington DC: American Psychological Association, Ch 14: pp 287-308.
- 2) - Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten. Rapport 15-1561.
- 3) - Horowitz AV, Wakefield JC (2007). The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder. Oxford: Oxford University Press.
- 4) - Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, Raphael B, Marwit SJ, Wortman C, Neimeyer RA, Bonanno G, Block SD, Kissane D, Boelen P, Maercker A, Brett T, Litz BT, Johnson JG, First MB, Maciejewski PK (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. PLoS Medicine, vol 6, nr 8, e1000121: 1-12.
- 5) - Ranheim U (2009). Du kommer ikke over det – men du kommer gjennom det: En bok om Sorgtjenesten i Fransiskushjelpen. Tønsberg: Uranus forlag.
- 6) - Shear MK, Frank E, Houck P, Reynolds CF III (2005) Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. JAMA 293: 2601-2659.