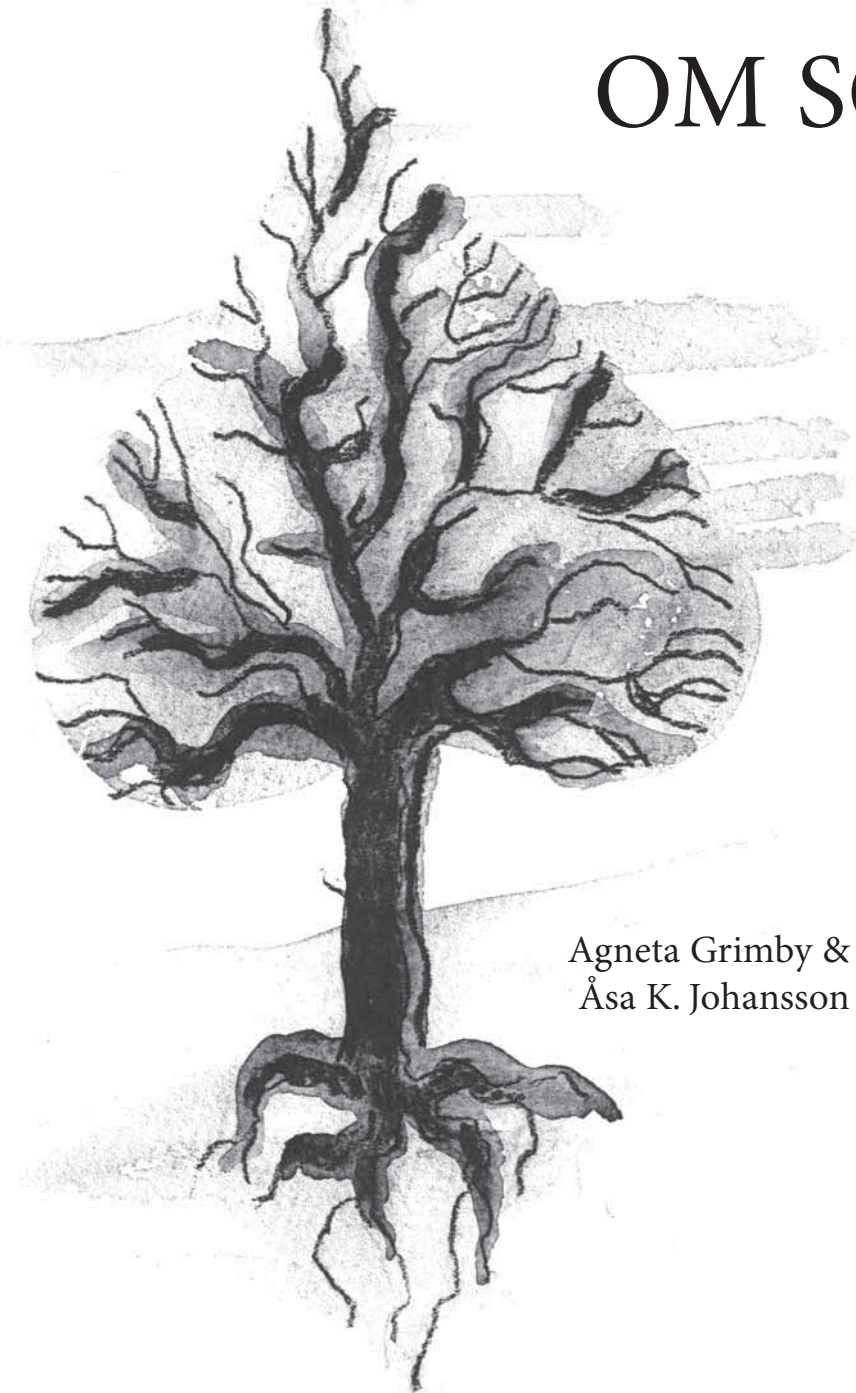


OM SORG



Agneta Grimby &
Åsa K. Johansson

OM SORGEN

vid förlusten av närstående

Erfarenheter från aktuell forskning och praktik

Agneta Grimby & Åsa K Johansson

ISBN 91-631-8201-7

INNEHÅLL

| | |
|---|----|
| FÖRORD | 7 |
| INLEDNING | 8 |
| Förluster | 8 |
| Ingen gyllene medelväg för sorgen | 9 |
| Medkännande | 9 |
| Sorgearbete | 9 |
| Döendet | 10 |
| Personalkategorier som ofta får ge stöd | 12 |
| Stödgrupper | 12 |
| Andlighet och existens | 13 |
| ÖVERSIKT: VAD PÅVERKAR SORGEFÖRLOPPET? | 16 |
| Anpassningsförmåga | 16 |
| Ålder | 16 |
| Äktenskapets betydelse | 16 |
| Förvarning och förberedelse | 16 |
| Social och fysisk aktivitet | 17 |
| Religion | 17 |
| Ekonomi | 17 |
| Nyorienteringsförmåga | 17 |
| Fysisk och psykisk hälsa | 18 |
| Stödjare | 18 |
| Barnrelationer | 18 |
| Initiala sorgereaktioner | 18 |
| Mediciner och alkohol | 18 |
| Kultur och ritualer | 19 |
| Sörjer män och kvinnor olika? | 19 |
| PSYKOLOGISKA REAKTIONER | 22 |
| Antecipatorisk sorg | 22 |
| ”Det kan inte vara sant!” | 23 |
| ”Är min sorg normal?” | 24 |
| Två-samhet byts mot en-samhet | 25 |
| Nedstämdhet och depression | 26 |
| Trötthet, intresselöshet och dålig matlust | 26 |
| Minnesproblem, koncentrationssvårigheter, obeslutsamhet och rastlöshet | 27 |
| Ängslan och oro | 28 |
| Skuld känslor och självförebåelser | 28 |
| Ilska och aggressivitet | 29 |
| ”Är jag mindre värd som människa nu?” | 29 |
| Årsdagar, årstider och högtider | 32 |
| ”Kan Gud vara god som gör mig detta?” | 33 |
| FYSISKA REAKTIONER | 34 |
| Kroppsliga symptom | 34 |
| Sjukdomskänsla, kraftlöshet och inaktivitet | 34 |
| Hälso- och dödlighetsrisker | 35 |
| Sömn- och ätstörningar | 36 |
| Alkohol, rökning och läkemedel | 37 |

| | |
|--|----|
| ÄNKESYNER | 40 |
| OLIKA TYPER AV SORG | 45 |
| Komplicerad sorg | 45 |
| Sorg och PTSD | 45 |
| Dold sorg | 46 |
| Sorg vid plötslig död | 46 |
| Sorg vid självmord | 47 |
| Sorg hos dementa | 47 |
| STÖD I SORGEN | 51 |
| Självhjälpsgrupper | 52 |
| Vårdpersonal som ofta stödjer | 53 |
| En fallbeskrivning | 54 |
| Återbesök efter dödsfallet | 55 |
| När bör man söka professionell hjälp? | 56 |
| Sorgeterapi | 56 |
| Stöd på sjukhus och hospice | 57 |
| Om sorg på nätet | 57 |
| Egenläsning, dikter, böner, musik och anteckningar | 58 |
| SÖRJANDESTÖD I ANDRA LÄNDER | 59 |
| Australien | 59 |
| Japan | 59 |
| Kanada | 59 |
| Storbritannien | 60 |
| USA | 61 |
| FÖRSLAG PÅ LITTERATUR | 62 |

Dikterna i boken har skrivits av framlidna museiintendenten Karin Blomqvist
Omslaget och illustrationerna är gjorda av textilkonstnär Gerd Allert



TILL MINNE AV
VÅRA KÄRA

GRÅDAGEN

Är dagen grå
Bara för att solen gått i moln
Är allt dimmigt
Bara för att jag gråtit i natt

Har skimret försvunnit
För att du är borta
Du som gav mig ljus och mörker
Du som gav relief och skärpa
Du som var det prisma vari hela livet bröts

FÖRORD

Boken presenterar resultat av författarnas egna undersökningar bland änkor och änkemän i Göteborg och övriga landet, samt fynd från andra sorgeforskare och personer som i sitt yrke har till uppgift att stödja sörjande. Avsikten har varit att förmedla översiktlig kunskap och vägledning till sörjande, deras anhöriga och vänkrets, äldreorganisationer, personal inom vården och andra offentliga inrättningar som exempelvis begravningsbyråer, kyrka, hemtjänst samt utbildningsorgan.

Anslagsgivare till författarnas olika sörjandeundersökningar som boken bygger på har varit Socialstyrelsen (stimulansbidrag), Cancerfonden, Vårdalstiftelsen, Svenska Läkaresällskapet, Handlanden Hjalmar Svenssons forskningsfond, FAS, Socialdepartementet (utredningen om Psykisk ohälsa), KPs Jubileumsfond, Kungliga Vetenskapsakademien (KVA), Wilhelm och Martina Lundgrens Vetenskapsfond, Helge Ax:son Johnsons Stiftelse, Letterstedtska fonden, Centrum för Idrottsforskning (CIF), Åke Wibergs Stiftelse, Lars Hiertas Minne och Kungliga Vetenskaps- och Vitterhetssamhället (KVVS). Tryckningen av boken har bekostats av Anders Karitz Stiftelse. Det är med stor tacksamhet vi tagit emot forskningsmedlen!

De pågående longitudinella sörjandeundersökningarna utgår från Geriatriken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg och benämns i boken med samlingsbegreppet Änkeprojektet.

Göteborg december 2005

Agneta Grimby och Åsa K Johansson

INLEDNING

Åldrandet innebär för de flesta en tid med påfrestningar som kan komma slag i slag. Att förlora sin livskamrat betraktas allmänt som den händelse som framkallar mest påfrestning i en människas tillvaro. Förlusten av vuxna barn eller ett barnbarn är också något av det svåraste att uppleva. Den naturliga ordningen rubbas i sina grundvalar: den äldre skall "gå före" den yngre.

Ofta innebär tiden efter en svår livshändelse en omställningsperiod med annorlunda livsföring och beteenden. För att klara den omställningen måste man oftast ta nya, aldrig använda resurser i anspråk. Trygghet och identitet sätts på svåra prov. Krafterna räcker inte alltid till, och livslusten kan avta.

Sorgen sägs vara likartad för både män och kvinnor och mellan yngre och äldre. Trots att beredskapen på förlust av livskamraten anses vara större bland äldre än yngre människor, kommer förlusten ändå oftast som en chock. Livet som efterlevande kan man aldrig till fullo föreställa sig.

Sorg kan vara förknippad med många typer av förluster, t.ex. när en relation tar slut, när man flyttar, förlorar sitt jobb, sin hälsa eller sina roller i livet. Sorg kan också vara förknippad med något som man värderat högt, något som man kanske drömt om att bli, äga eller utträta. I förlustens och sorgens fotspår följer ofta andra, sekundära, förluster såsom försämrade ekonomi, förändrade familjeroller, boende eller framtidsplaner. Varje sådan enskild förlust sätter igång sitt eget sörjande.

När människan börjar sörja, har hon kommit till insikt om vad som förändrat tillvaron. Samtidigt pågår ett arbete med att finna vägar, så att tillvaron kan bli så hel som möjligt igen. Den tid som går åt till detta reparationsarbete tar olika lång tid och hänger samman med den betydelse som det förlorade haft i ens liv.

Sorg är en universell företeelse. Sorgens innehåll är också ofta detsamma. Det finns ingen gyllene medelväg att hantera sorgen på, och den förlöper inte alltid i en "godartad" riktning. Många faktorer av kulturell, social, religiös och personlig art inverkar, liksom förstås relationen till den döde. Mot förmodan kan sorgen också ha positiva effekter. Den drabbade växer som människa, lär sig nya strategier i livet och utvecklas i en riktning som hon kanske inte gjort utan en svår livshändelse.

Sörjandet tar sig många olika uttryck. De flesta reaktionerna är vad vi kallar normala och kräver ingen behandling av experter. Oftast är stödet från nära släkt och vänner helt tillräckligt. Det är viktigt att få ge uttryck för alla slags sorgereaktioner. Det är också värdefullt att ha en "bra mottagare" av svåra känslor. Många sörjande säger, att "jag skvätter min sorg lite här och där" men "känner inte någon riktig tömning av mina känslor någonstans". Bra mottagare av svåra och starka känslor är kanske inte lätta att finna. Som sörjande "tar man vad man har till hands" och menar ibland, att lyssnarna/mottagarna borde ha haft större etisk och empatisk känsla.

Förluster

Sorg kan vara förknippad med många typer av förluster, t.ex. när en relation tar slut, när man flyttar, förlorar jobbet, hälsan eller roller i livet. Sorg kan också vara förknippad med något som man värderat högt, något som man kanske drömt om att bli, äga eller utträta. I förlustens och sorgens fotspår följer ofta andra, sekundära, förluster såsom försämrade ekonomi,

förändrade familjeroller, boende eller framtidsplaner. Varje sådan enskild förlust sätter igång sitt eget sörjande.

När människan börjar sörja, har hon kommit till insikt om vad som förändrat tillvaron. Samtidigt pågår ett arbete med att finna vägar, så att tillvaron kan bli så hel som möjligt igen. Den tid som går åt till detta reparationsarbete tar olika lång tid och hänger samman med den betydelse som det förlorade haft i ens liv.

Sorgereaktionerna kan vara av mental, fysisk, social eller emotionell karaktär. Mentala reaktioner kan omfatta ilska, skuld, ångest, nedstämdhet eller förtvivlan. De fysiska kan vara ät- och sömnstörningar eller sjukdom. Bland sociala reaktioner kan nämnas omhändertagandet av andra i familjen eller kontinuiteten i att träffa vänner.

Det finns perioder i sorgen, då man kanske är mer sårbar än annars. Det är viktigt att lyfta fram och åskådliggöra sådana perioder eller faser för att omgivningen skall bli mer varse dem. Detsamma gäller de avvikelser från normaliteter i sörjandet som kan kräva ett professionellt, vidgat stöd. Sorgeåret kan bli flera sorgeår och kräva en onödigt stor tribun, om inte hjälp och råd ges i tid. Smärtsamma påminnelser kommer kanske alltid att följa i förlustens spår, men för de allra flesta ökar tiden som förflyter mellan dessa.

Förlusten av vuxna barn är också något av det svåraste att uppleva. Den naturliga ordningen rubbas i sina grundvalar: den äldre skall "gå före" den yngre. Barn och barnbarn skall överleva sina föräldrar och far- och morföräldrar.

Ingen gyllene medelväg för sorgen

Sorg är en universell företeelse vid svåra förluster. Sorgens ingredienser är också ofta desamma, även om individuella och omgivande faktorer inverkar på sorgeförloppet. Det finns ingen gyllene medelväg att hantera sorgen på, och den förlöper inte alltid i en "godartad" riktning. Många faktorer av kulturell, social, religiös och personlig art inverkar, liksom förstås relationen till den döde. Mot förmodan kan sorgen också få positiva konsekvenser. Den drabbade kanske lär sig nya strategier i livet och utvecklas i en riktning som hon kanske inte gjort utan en svår livshändelse.

Medkännande

Det är viktigt, att få ge uttryck för alla slags reaktioner. Många sörjande säger, att "jag skvätter min sorg lite här och där" men "känner inte någon riktig tömning av mina känslor någonstans". Bra mottagare av svåra och starka känslor är kanske inte lätt att finna. Som sörjande "tar man vad man har till hands" och menar ibland, att lyssnarna/mottagarna borde ha haft större etisk och empatisk känsla.

Vårdpersonal har inte alltid tid att vara lyssnare eller mottagare, trots att de vill och lämpar sig väl. När det finns kärlek i vården, kärlek i förening med professionalism, och det gör det förvisso för det mesta, så kan den kanske illustreras så här: En önskan att ta del av den andres livsberättelse. Förtroende som etableras – patienten inbjuds att öppna för dolda fakta. Respektfull kommunikation där patienten uppmuntras tas vara på egna resurser. Insikt om hur mångtydigt livet är, hur mångtydig man själv är och den andre är.

Sorgearbete

Uttrycket sorgearbete står för den tunga ansträngningen att inse förlusten och leva vidare med den. Sörjande behöver fullfölja sitt sorgearbete, innan livet kan "påbörjas på nytt". Det är inte detsamma som att den man förlorat skall glömmas. Det kräver mycket energi. Därför är sörjande människor ofta mycket trötta.

Processen inbegriper, att man mentalt skiljer sig från den som dött, anpassar sig till en värld utan honom eller henne och börjar utveckla nya relationer. Den emotionella energi som man förr lade på den som dött, skall ledas över till andra personer eller aktiviteter

Vissa forskare menar, att sorgearbete inte alltid är nödvändigt för anpassningen. Änkor som undvikit att konfronteras med sorgen hade inte mer depression än de som "arbetade" med sin sorg. Änkemän däremot tycks ha anpassat sig bättre genom sorgearbete.

Stödjare och hjälpare i sorgen finns i många sammanhang. Kris- och katastrofteam finns på större orter för att rycka in vid omfattande olyckor. Men när katastrofen har karaktären av en enskild katastrof, finns det sällan någon självklar beredskap utanför den egna familjen, släkten eller vänkretsen.

"När jag miste min man efter femtio års äktenskap, skulle jag behövt en katalog eller ett register, ungefär som Läkarkatalogen på Apoteket. Däri skulle finnas namn på stödjare som jag kunde ha ringt. Åtminstone ett namn på någon som kunde slussa mig vidare till någon som kunde ta hand om mig."

"Så hjälplös och förvirrad jag kände mig! Nu blev det vårdcentralen, litet lugnande och något att sova på. Jag sprang runt hos ganska många allmänläkare, men jag hann knappt börja berätta förrän besökstiden var slut."

"Jag hade till slut fått väldigt mycket piller, men väldigt litet tröst. Hade till slut ingen lust att alls fortsätta leva. Orkade inte gå till en sådan där levardare-grupp heller."

Förtvivlan och hjälplöshet är utmärkande för många äldre sörjande. De önskar en fast hand att hålla i när livet blivit turbulent och otryggt. Familjen (om sådan finns) sörjer också. Den sörjande vill inte belasta, men klarar inte alla svårigheterna på egen hand. Tankar på att själv avsluta sitt liv förekommer inte sällan. Genomförda självmord i högre åldrar kan vara relaterade till svåra händelser i livet. De personer i mycket hög ålder (äldre-äldre), som förlorar sin livskamrat, är kanske den mest utsatta äldregruppen. "Leden har glesnat", kanske i sådan omfattning att inga anhöriga eller vänner finns kvar. Minskad motivation att leva vidare utan kroppslig eller själslig närhet till en annan människa kan bli avgörande för suicid.

Genom intensitet och varaktighet i olika känslor och beteenden kan man utläsa om sorgen är så svår att den behöver behandlas. En änka som gråter varje dag under de första veckorna efter makens död är inom normalvarianten. En änka som gråter varje dag under de första tolv månaderna är definitivt i riskzonen.

Mörkertalet för dem som inte riktigt klarat av sin förlust kan vara stort. "Att försöka vara stark" är ofta bedrägligt. Sorgen gör sig alltid påmind förr eller senare. Ofta blir det husläkaren eller allmänläkaren på vårdcentralen som anlitas för samtal eller något att sova på. Ibland blir läkarbesöken många.

Döendet

Det kan vara svårt att förstå den sjukas kamp. Hopp och förtvivlan, förnekelse och insikt, viljan att leva och viljan att dö växlar. Maktlösheten, att stå vid sidan om, kan vara mycket pressande. Att inte ha en öppen dialog kan skapa situationer som minskar möjligheten för både den sjuke och den anhörige att förbereda en god död. Anhöriga som varit följeslagare under sjukdomsförloppet har unika kunskaper om sin partner och bör få ökade möjligheter att vara nära och stödja. Ibland försvåras situationen av bristande förståelse för den döendes

tankar och känslor eller av ömsesidigt hänsynstagande. Den sjuke och den (de) närstående talar förbi varandra och skapar missförstånd eller misstänksamhet. Ibland kan dåliga relationer sedan gammalt försvåra döendesituationen. Intressekonflikter mellan personal, anhöriga och döende kan skapa ett slags triangeldramatik i döendesituationen, när åsikter och behov går isär.

Kontinuerlig information till de (den) anhöriga från personalens sida om diagnos, prognos, förlopp, aktuellt tillstånd, m.m. har stor stödande effekt. Man vill vara förberedd på dödsögonblicket.

I Änkeprojektet var dödsfallet väntat för två av tre anhöriga. För en av tre kom själva dödsögonblicket oväntat. Sjuttio procent av de döende var inte kontaktpersoner i slutskedet, och några avled mycket hastigt. Hälften av de efterlevande hade inte varit närvarande vid dödsbädden, 14 procent varit där ensamma och 32 procent tillsammans med andra anhöriga. I 4 procent var vårdpersonal med; i inget fall var sjuksköterskor närvarande. Mindre än var tionde hade dött utan någon närvarande i dödsögonblicket. Bland de änkepersoner som inte varit med vid dödsbädden, hade merparten fått veta hur slutet varit genom personalen.

Mindre än hälften av de efterlevande kände till att medvetlösa kan förnimma tal och beröring. Cirka 2 av 5 efterlevande önskade att de hade handlat annorlunda före dödsfallet, men endast 1 av 10 önskade att de gjort annorlunda i själva dödsögonblicket eller tiden närmast efter. Bara två (av totalt femtio) efterlevande var med och gjorde i ordning kroppen. Tio procent såg inte den avlidna/avlidne efteråt för att säga farväl; hälften av dem ångrade detta. Majoriteten efterlevande såg dock den döde på avdelningen för att ta farväl. Några gjorde det senare genom begravningsbyråns försorg. De flesta hade samtalat med vårdpersonalen, främst med sjuksköterska eller läkare eller med flera ur personalen, innan de gått från vårdavdelningen. De allra flesta visste vart man vänder sig efter ett dödsfall. Var tionde änka eller änkeman hade fått den frågan på avdelningen.

Att se den döde sägs vara viktigt för sorgeprocessen. Det är också viktigt, att vårdpersonalen försöker återställa den dödes utseende så långt det är möjligt. Eftersom man mest ser ansiktet, borde det vara en skyldighet att den döde är så "återställd" som möjligt. Visningar eller avskedsstunder bör kunna göras även utanför kontorstid.

I Änkeprojektet visade det sig att bara ett fåtal efterlevande var med och gjorde i ordning kroppen. Majoriteten såg dock den döde för att ta farväl; övriga önskade efteråt att de hade gjort det, och några gjorde det sedan genom begravningsbyråns försorg. De flesta efterlevande hade också samtalat med sjuksköterska, läkare eller annan vårdpersonal, oftast med flera av dem, innan de gått från dödsbädden.

I Änkeprojektet efterfrågades också hur de avlidna såg ut då de låg i kistan. Studien omfattade 123 avlidna personer (till största delen från Göteborgsområdet) och visade, att 55 (45 procent) låg med öppen eller gapande mun, 41 (33 procent) med öppna ögon och 22 (18 procent) utan tänder (tandprotesen var inte insatt). Genom att sätta in tandproteser i munnen och sluta mun och ögon får ansiktet värdigheten tillbaka, och minnesbilden blir lättare för efterlevande att bära med sig. Om hakan fallit ner, kan en liten kudde eller en vikt handduk läggas under nacken. Det är viktigt att de efterlevande får se den döde med ett så fint och naturligt utseende möjligt.

Begravningen och andra sorgeritualer är också viktigt i sorgen. Ritualer sägs skapa trygghet i en förvirrande situation och vara vägledande i övergången till änkeståndet.

Ensamhet är för många den dominerande upplevelsen tiden efter begravningen. Det blir en upptäckt som kan vara mycket smärtsam. Många sörjande erfar, att kontakterna med andra

människor tillfälligt ökar under perioden mellan dödsfallet och begravningsdagen. Omgivningens uppmärksamhet är en positiv upplevelse.

Hemtjänstpersonalen får ofta insyn i ett för-, under- och efterstadium i en sorgedrabbad familj och kan spela en viktig roll som stödjare. Personalen måste se till att ge stöd av olika omfattning och art. Och personalen mår också bra av att veta, att de gjort allt vad de kunnat, för både den döende och dennes anhöriga.

Dödsbevis, bisättning, balsamering, klädedräkt, kista, musikval och många andra praktiska och etiska frågor behöver besvaras ingående. Bristerna vad gäller förståeliga dödsbevis har diskuterats en hel del. De skall vara på svenska och utformade så att man slipper be om hjälp att få dem översatta.

Sjukhuspersonalen bör om möjligt låta den sörjande återkomma till avdelningen och få den information man för tillfället kan ta emot och behöver för att gå vidare. Ofta finns det frågor om både dödsorsak och omständigheter runt dödsfallet. Detta är särskilt viktigt om man inte kunnat vara med i dödsögonblicket. Det underlättar, om personalen tar sig tid att skriva ett förståeligt dödsbevis i stället för att skicka en förtryckt blankett med ett kryss för dödsorsak. Blanketterna innehåller olika alternativa dödsorsaker, bl.a. suicid, vilket kan upplevas opersonligt och ångestskapande. Dödsorsaken bör anges så att den sörjande slipper undra.

Begravningsbyråns roll i sörjandesituationen är viktig, eftersom många efterlevande - tämligen omgående efter dödsfallet - vänder sig dit för råd och praktisk hjälp.

Personalkategorier som ofta får ge stöd

Det finns många personalkategorier inom och utanför vårdsektorn som åläggs ett stort sorgerelaterat ansvar. Läkare, sköterskor, vårdbiträden, kuratorer, präster, diakoner, församlingsassistenter, begravningsentreprenörer, psykologer, psykoterapeuter, apoteks- och hemtjänstpersonal, ambulanspersonal och räddningskårer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister, jurister, m.fl. hamnar lätt i stödjarerollen. Ett samlat grepp vad gäller utbildning och kompetenshöjning i efterlevandeproblematik kan gissningsvis öka möjligheterna till korrekt stödåtgärd, som kommer i rätt tid och som ger vinster på många plan.

I ett väl fungerande stödteam med ett väl utvecklat program för efterlevandestöd är ofta de olika professionella insatserna noga definierade. Därför blir också uppföljningen av de sörjande mer strukturerad och enklare att följa. Tröst förmedlas dock inte alltid med ord. Sätten att stötta kan bl.a. innebära tyst lyssnande och fysisk närvaro. Att sörja är heller inte enbart förbehållet den direkt förlustdrabbade. Också stödjaren, vårdaren, personalen, m.fl. har "rätt" att sörja och få tröst. Ibland får sjukhuskyrkan träda in även som hjälpare och en tillflykt för vårdanställda.

Stödgrupper

Självhjälps- och lekmanagrupper för en mängd olika utsatta livssituationer har växt fram under de senaste åren, och självhjälpsrörelsen har nästan blivit en ryggrad i det västerländska samhället. Samtidigt som man i en rad publikationer finner vinster däri (psykologiska, kunskaps- och motivationsmässiga, ekonomiska, personella, samhälleliga, etc.), finns det också de som uppmanar till viss försiktighet och eftertänksamhet, särskilt vad gäller de icke-professionellt ledna stödgrupperna. Sorg i förening med starka känslor som skuld, ångslan, ångest och självdestruktiva tendenser kan behöva behandlas i annan miljö än i lekmanagrupperns.

Anledningarna till att människor söker sig till självhjälpgrupper varierar. I den internationella stödorganisationen GROW (Grief Recovery Online) kunde man urskilja fem typer av medlemmar. En grupp bestod av dem som sökte lättnad för sina symptom, en annan som sökte en stödjande krets, en tredje sökte hjälp i återhämtningen efter ett trauma, en fjärde behövde sörjandestöd och en femte sökte möjligheter att hjälpa andra.

När olika personer möts i grupper, kan mycket både positivt och negativt hända. När man möts för inbördes hjälp vid stora och svåra livshändelser, är psykologiska skeenden ofta så komplicerade och krävande att lämplighet, kompetens och erfarenhet borde vara minimikrav på ledaren.

Regelverk, ansvarsfrågor, förankringar och remitteringsmöjligheter negligeras ibland i iveren att hjälpa andra. Att famla på måfå kan – trots god vilja – leda till oönskat resultat. Särskilt i sorgesammanhang måste det finnas en tränad observatör/ledare för att urskilja ett normalt sörjande från ett patologiskt sådant. Vid komplicerad sorg måste gruppen ha tillgång till ett professionellt team som snabbt kan bistå eller ta över rådgivningen med exempelvis psykoterapeutisk metodik.

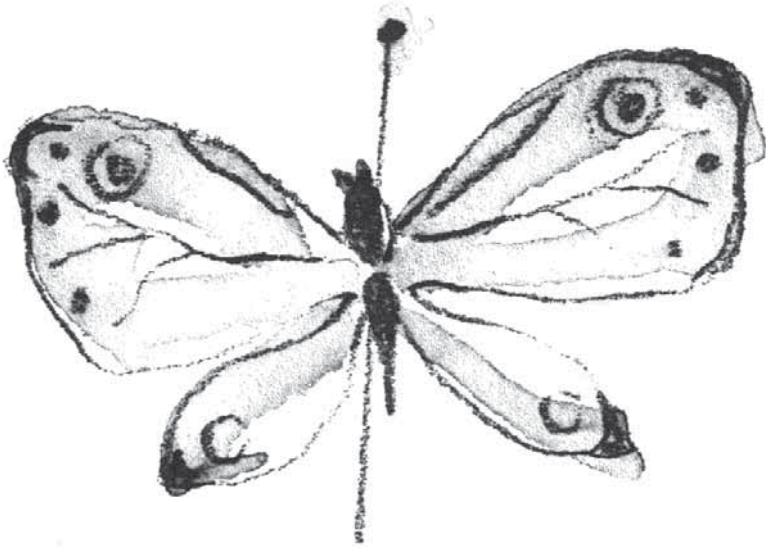
Många människor med svår sorg söker sig till lekmanasammansatta stödgrupper. Där kan dock enligt flera forskare finnas en potential för misslyckanden. Att kunna urskilja vilka i gruppen som är riskpersoner för komplicerad sorg och i stället behöver professionellt stöd, kräver kunskap och träning hos ledaren för stödgruppen. Sorg skall förvisso inte betraktas som en sjukdom, som bör medikaliseras. Men det finns så pass många kritiska moment i ett sorgeförlopp, att man som gruppledare måste ha mer än empatisk inställning.

Andlighet och existens

Människans existentiella föreställningsvärld kommer ofta i gungning vid döende, förluster och sorg. Mål och mening med tillvaron ifrågasätts då mer än någonsin. Man kan känna sig närmare Gud och vara mer öppen för religiösa erfarenheter än tidigare. Å andra sidan kan många känna ilska och vrede mot Gud som gjort dem så illa och tagit ifrån dem den älskade livskamraten. Man kan känna sig långt borta från Den Allsmäktige eller den överhet man tror på och ifrågasätta sin tro. Ofta kan man då behöva en andlig rådgivare för att gå igenom de känslor, tankar och tvivel som man har. Det sägs, att när man lär sig hantera sorgen så lär man sig att leva igen.

Många förändras i sina andliga och existentiella inställningar vid svåra personliga förluster. I Änkeprojektet ansåg över hälften, att de ändrats som person, dvs. i personlighet och värderingar sedan maken/makan dött. Intresset för kyrklig verksamhet ansågs ha ökat under halvåret efter förlusten hos var femte sörjande, men minskat hos var tionde i en grupp där 27 procent hade en klart uttalad gudstro och 59 procent en något oklarare och 9 procent ingen gudstro alls.

Sämre anpassning i sorgen har kunnat ses bland sörjande som inte hade någon andlig orientering och inriktning. Andlig erfarenhet, kyrkovana och sorgereaktioner, tycks ibland underlätta för sörjande och sänka förekomsten av problematisk sorg. Att ha förmågan att kunna se något positivt i en förlustsituation, få tillfälle att ta farväl, vara andligt förankrad, samt ha goda minnen av den döde, underlättar sorgen och främjar personligt växande. Människor med en religiös övertygelse sägs gå igenom sorgearbetet snabbare eller mer fullständigt efter en nära anhörigs bortgång.



INTE VAR DET NÅGOT SVEK

Det gick en hel timme i går
Utan att jag tänkte på dej
Du var inte som vanligt bakom mig
Du var heller inte vid min sida

Hände det något roligt?
Var jag engagerad av någon annan?
Nej, jag diskade
Och du var borta en hel timma

Känslan kom att jag svikit dej
Men det var ju aldrig jag som svek
Det var *du* som lämnade oss
Det var *du* som följde döden
Det var *du* som gick
Jag och sorgen var kvar

Igår var det bara så
Att också sorgen lämnade mig en timma

ÖVERSIKT: VAD PÅVERKAR SORGEFÖRLOPPET?

Anpassningsförmåga

Hur det kommer att gå i efterlevandesituationen är avhängigt av många kända eller okända faktorer. Den kvarlevandes anpassningsförmåga är en sådan faktor. Det är svårt att i förväg säga, hur anpassningen till förlusten kommer att bli. Vissa reaktioner och förhållanden sägs inverka mer negativt än andra. Det anses viktigt, att identifiera sådana riskfaktorer och genom tidigt insatt intervention undvika komplicerad sorg. Hjälpökande personer, sådana som vänder sig oftare än andra till läkare, präst eller terapeut, har i regel sämre anpassningsförmåga.

Ofta innebär tiden efter en svår livshändelse en omställningsperiod till en livsföring som är mycket annorlunda än den tidigare invanda. För att klara detta måste den drabbade oftast ta nya, aldrig använda resurser i anspråk. Att försöka begripa och finna sammanhang och mening i det som tycks obegripligt och meningslöst sägs underlätta i sorgen. Många lyckas trots allt finna ett värde och en mening.

En försvårande faktor när det gäller att bedöma sorgearbetet är, när den kvarlevande är dement eller förståndshandikappad. Själva uttrycken för sorg, men inte reaktionerna hos dessa personer, avviker från det vanliga.

Ibland används även olika mätinstrument för att se hur starkt en människa sörjer, vilka strategier hon väljer, och hur väl hon kan anpassa sig till en ny situation efter förlusten. Man bör vara tidig med skattningar av anpassnings- och bemästringsförmåga, helst redan före förlusten, för att kunna ge bästa möjliga stöd i sorgen.

Ålder

Yttringarna av sorg tycks utmärkas av större likheter än olikheter mellan yngre och äldre personer. I en del undersökningar anser de äldre själva, att de anpassar sig bättre till förlusten, blir mindre ängsliga och deprimerade jämfört med yngre. Andra studier påvisar ett ökat samband mellan ökande ålder och svårare sorg. En svensk tvillingstudie kring sorgrelaterad stress och ålder har visat, att det upplevs mer stressande att drabbas av förlust i lägre (young-old) än i högre ålder (old-old). Studien kunde dock inte påvisa några ålderskillnader i själva anpassbarheten.

Äktenskapets betydelse

Bundenhet till och beroende av den avlidne kan – om detta varit påtagligt – förorsaka svårare anpassning. Praktiska och emotionella problem i efterlevandesituationen blir svårare att hantera.

Tre olika kvaliteter i äktenskapet sägs förutsäga reaktioner på förlusten. De var värme, konflikt och instrumentellt beroende. Högre ångestnivåer var förknippade med beroende, mindre klagan med mindre konflikter, ökad klagan när man stått varandra nära och varit starkt bundna till varandra. Det motsäger den spridda uppfattningen att sorgen är svårare vid konfliktfyllda äktenskap.

Förvarning och förberedelse

Sjukdomar har olika förlopp och förhållningssätten till döendet bland de närmast anhöriga varierar. Den efterlevandes egen hälsa spelar en viktig roll. Både antecipatorisk och faktisk sorg upplevs generellt som mindre svår när man är frisk, välinformerad om den sjukets tillstånd och haft möjlighet att sköta om den sjuke. Sjukdoms- och vårdtiden kan ha betydelse för efterreaktionerna: den sörjande får en svårare efterperiod om sjukdomstiden före dödsfallet varit påfrestande och inneburit svårigheter, oro och stress.

Social och fysisk aktivitet

Initiativlöshet och tröghet präglar ofta dagen för den sörjande. Det kan vara lika vanligt att reagera med över- som med underaktivitet, dvs. rastlöshet eller stillasittande. Rutiner och dagliga sysslor i hemmet kan bibehållas, särskilt bland änkorna, men hushållsgöromålen frestar ofta på genom bristande ork och intresse. Avstannat intresse för dagliga händelser förmedlade i tidningar, radio och teve förekommer ganska ofta. Man har funnit, att minskad social aktivitet bland änkor ökar deras oro. Andra menar, att den "sociala rytmen" hos äldre änkepersoner inte påverkas nämnvärt, såvida man inte drabbas av en kraftig depression.

De flesta i Änkeprojektet hade mer än en vän som de umgicks med, medan 15 procent inte hade någon vän alls. För var femte hade intresset att träffa vänner minskat efter förlusten. Mindre än hälften var aktiva i någon förening och för var sjätte hade den aktiviteten minskat. Hälften av deltagarna promenerade dagligen, 10 procent nästan varje dag, 27 procent gick 1-2 dagar i veckan och 36 procent 3-4 dagar i veckan. Vanligen varade promenaden 15-60 minuter. Väder och årstid hindrade den dagliga promenaden för var fjärde, liksom sjukdom eller handikapp hindrade var tredje deltagare. Fyrtio procent gick ensamma; några vågade inte alls gå ut ensamma. Vanligaste promenadmålen var inom kvarteret eller till närliggande butiker. Fyra av tio hade minskat sina promenader efter förlusten av partner.

Som nybliven änka eller änkemän är det inte alltid lätt att samla sig till att delta i föreningsaktiviteter eller regelbundna fysiska aktiviteter utanför hemmet. Samhällsinterventioner med uppsökande verksamhet från frivilligorganisationer riktade till äldre änkepersoner skulle kunna vara god motions- och konditionsbefrämjande hjälp.

Religion

Kyrkor och samfund i Sverige svarar ännu för det traditionellt största stödet till nyblivna änkor och änkemän. Många har hittat vägar ut ur sorgen både genom sin tro och sitt kyrkliga engagemang. En väl förankrad tro sägs hjälpa i anpassningen som ensamstående, för många sörjande säkerligen baserat på hopp och tro om återförening med den döde.

Betydelsen av samhörighet i kyrkliga sammanhang för anpassningen till en svår förlust har dokumenterats på flera håll. Att ha en tro kan – tillsammans med socialt stöd och nätverk, inkomst, utbildning – lindra sorgen och underlätta sorgprocessen.

I Änkeprojektet hade en tiondel av deltagarna stort kyrkligt engagemang, medan var fjärde inte alls var intresserad av kyrkans verksamhet. Efter förlusten hade dock intresset för kyrkan ökat hos var femte.

Ekonomi

Bland deltagarna i Änkeprojeketet kände majoriteten (70 procent) ingen oro för sin ekonomi. Ändock önskade 70 procent att få rådgöra med någon om sina pengar, främst med barnen, vänner, andra släktingar eller banken. Nästan hälften av änkepersonerna skötte sin ekonomi helt själv ett år efter förlusten. Fyrtiotre procent hade viss hjälp, medan 9 procent inte skötte den alls själv. Det var mest de egna barnen som hjälpte till, ibland vänner eller bankfolk. En på sex efterlevande sade sig också behöva juridisk hjälp. Det har sagts att det kan vara bra att ha opartisk hjälp, exempelvis av jurist, att ordna med ekonomin. Då slipper barn eller vänner ta ett ansvar som de kanske inte klarar av.

Nyorienteringsförmåga

Nyorientering kan bl. a. ta sig uttryck i tankar på att söka en ny livskamrat. Män sägs generellt vara mer positiva än kvinnor till att gifta om sig, och yngre kvinnor tänkte mer på omgifte än äldre kvinnor. God inkomst och utbildning sägs också vara avgörande faktorer för omgifte bland män.

Fysisk och psykisk hälsa

Bland riskfaktorerna för dålig anpassning som änka eller änkemän nämns ofta kroppslig och psykisk ohälsa. Bland äldre är det vanligare med många samtidiga sjukdomar och besvär. Psykiska problem såsom ångest, nedstämdhet och hopplöshetskänslor tycks försvåra anpassningen efter förlust av livskamrat.

Förändringar av hälsoupplevelandet i Änkeprojektet gick i positiv riktning. Vid 1, 3 och 12 månader efter förlusten kände sig 54, respektive 63 och 78 procent friska. Besvär i rörelseapparaten och i muskler var de vanligaste klagomålen. I genomsnitt användes 3 läkemedel (3,1 bland kvinnorna och 3,7 bland männen). Nästan varannan kände sig trött. Trettionio procent sov tillfredsställande, 35 procent sov bra på sömntabletter, medan 13 procent inte sov bra och lika stor andel sov dåligt trots sömntabletter. Sextiosju procent ansåg att deras sömnbesvär ökat det senaste halvåret. Bröstsmärtorna sades också ha ökat det senaste halvåret hos 40 procent. Hos 50 procent rapporterades de vara oförändrade och hos 10 procent ha minskat. Nio av tio hade regelbunden läkarkontakt.

Stödjare

Anpassningen till en situation som efterlevande är ofta mycket avhängigt av det stöd som finns eller kan mobiliseras – bland övriga familjemedlemmar, inom släkten, bland vänner eller professionella stödjare. Ett gott socialt stöd påverkar den psykiska hälsan positivt, särskilt under första halvåret.

Meningarna om betydelsen av deltagande i stöd- och samtalsgrupper går något isär. Flertalet rapporter talar *för* att man kan känna sig hjälpt av denna stödform. Kanske kan sådana interventionsgrupper påskynda "läkningen". Depression, ångest, ilska, stress och behov av lugnande medicin tycks dock minska med tiden oberoende av om man fick stöd i sorgegrupper eller inte.

Barnrelationer

Änkor och änkemän söker ofta stöd och hjälp i sorgen hos sina vuxna barn. Behov och erfarenhet bland änkor av att sköta sig själv (oberoende) före förlusten påverkar generellt sätten att söka och ta emot stöd som ensamma. Antalet vuxna barn i familjen spelar också in, liksom deras villighet att stödja.

I Änkeprojektet hade ganska många (37 procent) praktiska problem, som de främst sökte lösa med hjälp av barnen. Det främsta stödet i sorgen hade också utgjorts av barn, nära släkt och vänner. Någon hade sitt barn boende hos sig tiden efter. Men ofta "har barnen sitt" både vad gäller sorg och arbete, och man vill inte belasta dem.

Initiala sorgereaktioner

Kraftiga sorgereaktioner direkt efter förlusten tycks försena återanpassningen. Hos dem med intensiva och svåra sorgereaktioner tenderar återanpassningen att dra ut på tiden och sorgen att avklinga långsammare. Det kan därför vara viktigt att iaktta hur den sörjande reagerar under tiden närmast efter förlusten.

Alkohol och mediciner

Flera undersökningar antyder ökad medicin- och alkoholkonsumtion hos änkepersoner, särskilt under det första året efter make/makas bortgång. Kvinnor sägs ta mer tabletter för att mildra sorgen; männen ökar sin alkoholkonsumtion. Det är inte ovanligt med vanskligt hög konsumtion av alkohol bland äldre änkemän. Med kommande äldregrupper följer emellertid nya livsstilar, varför även änkor bör vara föremål för observationer av missbruk. Att börja dricka sedan man fått sorg sägs inte heller ha någon koppling till tidigare alkoholvanor.

Kultur och ritualer

Det sker ständiga utmaningar när kulturer möts. Detta gäller också för sjukvården och i anhörigkontakter. Vårdprogram måste anpassas efter de regler, som kulturen anvisar. Bemötandet av patienter och anhöriga ger ofta upphov till oklarheter och missförstånd. Det gäller också i en efterlevandesituation. Det personliga upplevandet av sorg är dock oftast likadant i olika kulturer, men attityder, traditioner, trosuppfattningar och sorgeceremonier följer olika etniska lagar. Alla kulturer har skrivna eller oskrivna lagar för hur man skall handskas med sorgen. Om man av okunskap rubbar dessa regler, kan man också på ett olyckligt sätt störa sorgprocessen. Att hjälpa människor i döende och sorg måste anpassas så att man visar respekt och uppmuntrar dem att följa sina traditioner.

Det är en stor utmaning vid döende, död och i efterlevandesituationen att ta hänsyn till ras, kultur och etniska behov. Ofta görs fel insatser, vilket i mångt och mycket kan bero på att det saknas modeller för omhändertagandet. Människor som arbetar med olika förlustsituationer kan ibland behöva tänka över frågor som:

- Vilka kulturella ritualer gäller för döendesituationen, den dödes kropp, de slutliga arrangemangen för att hedra den döde?
- Vad har familjen för uppfattning om livet efter döden?
- Vad anser familjen vara det normala uttryckssättet för sorg och accepterande av förlusten?
- Vilka familjemedlemmar skall göra vad i en döende- och sörjandesituation?
- Är vissa dödsätt svårare att acceptera och hantera (exempelvis mord och suicid)?

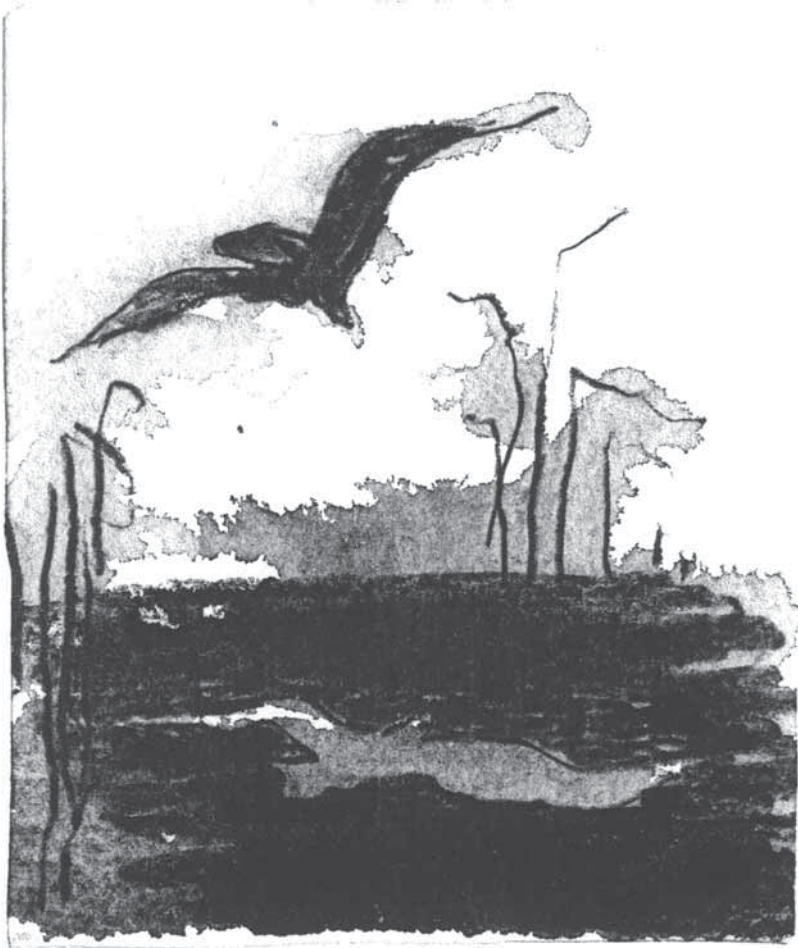
Sörjer män och kvinnor olika?

Många studier framhåller männens utsatthet vid sorg. Trots det tycks det vara vanligare, att kvinnor söker stöd och psykiatrisk hjälp. Generellt sägs, att män håller inne med sin sorg av olika anledningar och inte vänder sig utåt (till andra) för att söka hjälp. Detta måste ses som en riskfaktor när man arbetar fram stödprogram. Kvinnorna/änkorna antas ha mer psykologiska problem vid förlusten av partner. Det anses dock mer sannolikt, att män dör i hjärtattack efter hustruns död. Tänkbara orsaker härtill kan vara att de undertrycker sorgen. Man har funnit, att de personer som visar minst sorgesyntom också har högre hjärtfrekvens, och att hög ångestnivå hos män predicerade självmord.

Ökad dödlighet bland änkepersoner jämfört med gifta tycks vara bevisad. En undersökning kring dödsorsakerna bland änkepersoner och gifta personer visade, att dödsfall genom infektionssjukdomar, olyckor och självmord var högre än väntat bland änkemän och genom skrumplever bland änkor.

Resultaten från olika undersökningar om män och kvinnor sörjer olika går ibland helt eller delvis isär. I vissa studier fann man mer likheter än olikheter mellan äldre mäns och kvinnors sörjandereaktioner. Många menar, att kvinnor tar sorgen bättre än män, därför att kvinnor behåller sin domän (hem, hushåll och vänskrets), medan männen blir desorienterade. Änkor sägs också klara sig bättre i ett långtidsförlopp. Änkemän sägs ha mer behållning av problemfokuserad hjälp, medan änkor är mer betjänta av emotionsfokuserat stöd.

En finsk studie fann könsskillnader i sorgereaktionerna: änkor gav uttryck för mer intensiva panikkänslor jämfört med änkemännen. Men män och kvinnor var lika bekymrade över hur de skulle orka fortsätta leva efter förlusten. Båda könen fann också den bästa trösten bland familj och vänner.



UTAN DEJ

Trehundra sextio dagar
Däribland en skottdag
En sorgedag jag fick på köpet
En extra pålaga

Varje dag har tjugofyra timmar
Några för lugn klarsyn
Några för svart förtvivlan
Några för mjuka tårar
Några för skratt och glädje
Varje timma har sextio minuter
Det gör 31 millioner 622 tusen 4 hundra sekunder
Utan Dej Din hand Din tanke Dina ögon

PSYKOLOGISKA REAKTIONER

Stark och ihärdig ensamhetskänsla präglar den vanliga sorgebilden under första året efter förlust av make/maka. Missmodet inför framtiden kan ta sig uttryck i depression med suicidtankar och ibland försök till eller genomförda självmord. Tanken "att jag lika gärna kunde fått följa med i graven" finns hos ganska många som upplever en fortsättning som ensamstående meningslös. "Men jag lovade henne på dödsbädden att inte göra något dumt, så jag får väl kämpa på".

Oron kring de egna reaktionerna även vid "normal" sorg är ofta stor. Rastlöshet, koncentrationsproblem, ointresse för dagliga händelser förekommer ganska ofta. Även dagliga rutiner, som exempelvis att sköta sin hygien, kan kännas oviktig.

"Så här kan väl ingen annan än jag tänka. Känns som om jag höll på att tappa förståndet. - Jag kunde inte gråta på min mans begravning. Inte en enda tår. Får höra efteråt att alla undrade om jag inte sörjde Bengt. Det var gräsligt. Gråten kom inte förrän efter ett halvår. - Jag kan inte ta mig för något vettigt, allt blir liggande. Läser inte tidningen och ser på TV utan att egentligen tänka på vad jag tittar på. Där är förresten bara elände, jag har ju mitt eget. - Det är knappt jag rakar och tvättar mig, börjar bli en riktig lortgris. Slarvar med medicinen också, nu när inte hon påminner mig."

Oro, ängslighet och gråtattacker är vanliga reaktioner. Ambivalens, irritabilitet och aggressivitet hör också till bilden, liksom självförebåelser och skuld. Sänkt självkänsla tycks mindre vanligt och förekommer övervägande bland kvinnor.

"Jag oroar mig så för allting, särskilt att jag skall börja gråta plötsligt. Vågar inte bestämma mig för att gå bort någonstans heller, för jag vet ju inte om hur jag är i humöret just då. - Jag känner mig så grinig och ilsken, fast jag vet inte riktigt på vem. Ibland tål jag inte se mina goda grannar gå par om par, hatar dem nästan. - Tänk om jag fått iväg honom till doktorn i tid, då hade han nog levt än idag. Det känns som om det är mitt fel att han dog. - Varför fick jag inte vara med honom den sista timman; varför skulle jag vila just då, när jag varit hos honom hela tiden annars? - Sedan Sven dog är det ingen som frågar efter mig längre. Vi blev alltid bjudna tillsammans; nu är jag ingen!"

Antecipatorisk sorg

Man talar ibland om anticipatorisk sorg, dvs. man sörjer redan innan den närstående är död. En del undersökningar antyder, att sorgeprocessen blir mindre dramatisk för den som gradvis har vant sig vid tanken på partners död och på så vis är bättre rustad för sorgen. Den plötsliga döden, vid exempelvis hjärtdöd eller olycksfall, sägs medföra svårare och längre sorgelöpp, kanske även större förnekelse av förlusten. Men utdragen sjukdom tär å andra sidan på partners krafter särskilt om den sjuke vårdas i hemmet.

Vetskapen om en närståendes dödliga sjukdom kan sätta igång sorgeprocessen medan vederbörande fortfarande är i livet. Detta kan också bereda bra tillfällen att öppet och ärligt

dela farhågor och frågor inför framtiden, och att dela kärlek, smärta och tröst. Dödsfallet kommer ändå att vara svårt för den efterlevande, men medför kanske inte samma chockupplevelse som ett helt oväntat dödsfall. Om man har haft tillfälle att fullfölja gemensamma affärer, säga det man vill ha sagt och påbörja "lösgörningsprocessen", kan den sörjande ha en "kortare sträcka att färdas". Jämfört med konventionellt sörjande har den anticipatoriska sorgen befunnits vara starkare i intensitet när det gäller känslor som vrede, okontrollerade reaktioner och mindre typiska sorgereaktioner.

Kvinnors sörjande tycks börja redan när mannen får sin diagnos, mannens sörjande först när hustrun dött. Detta framgår som ett delresultat i Änkeprojektet. Kvinnorna påtog sig tidigt en vårdarroll när mannen fått besked om svår sjukdom och annalkande död. Männen å andra sidan tycktes skjuta sin sorg framför sig och lägga över vårdandet på andra.

Äldre änkemän som haft svårt att tänka sig hustruns frånfalle, trots att sjukdomen varit både terminal och utdragen, får i regel också svårare sorgereaktioner. Bland annat av den anledningen förespråkar man stöd även i en "förtida" sorgefas.

Anticipatorisk sorg inbegriper förberedelse för det oundvikliga. Vid sidan om ständiga försämringar i hälsa och psyke sörjer man också förlusten av den sjukes "gamla jag", dvs. den sjukes identitet. Den här sorgetypen kan vara väl så smärtsam som sorgen vid själva dödsfallet. Anhöriga kan uppleva skuld och skam över tankar som "om det ändå vore över". Stödåtgärder kan då vara att bekräfta sådana känslor och tankar såsom naturliga och vanliga.

Tiden före förlusten kan även användas till att identifiera behov hos den döende, klara upp saker, förlåta eller bli förlåten, samt planera för framtiden för den efterlevande medan tillfälle finns. Samtidigt som anticipatorisk sorg kan vara till hjälp för de anhöriga, kan den döende få ta emot så mycken sorg från anhöriga att han eller hon drar sig undan. Ofta önskar den döende, att de närmast anhöriga skall leva efter sitt invanda mönster.

Anticipatorisk sorg upplevs ofta vid demensutveckling hos äldre personer. Den närstående genomlider gradvis förlusten av livskamratens personlighet, tankeförmåga och andra fysiska funktioner. Den här typen av förlust har kallats för "unrecognized loss".

"Det kan inte vara sant!"

Det som inte kunde eller fick hända har ändå skett! Man har blivit ensam kvar. Kanske efter ett långt liv tillsammans blir man den som måste vidare på egen hand. Dagar, månader eller år av livskamratens sjukdom har nått sitt slut. Nattvak, ovisshet och ständig ångslan över hur det skulle gå har satt spår i ork och förmåga att uthärda. Kanske kom slutet så fort, att det aldrig gavs någon tid till förberedelse eller farväl.

Känslan av överklighet är stor. Kanske chocken är så stor att man inte reagerar med några känslor alls. När människan utsätts för en av livets största påfrestningar, finns det mekanismer som "stänger av" känslolivet, kanske för att man själv skall kunna överleva.

"Det kan inte, får inte ha hänt! – Jag tror inte det är sant, jag drömmer nog. – Det är så överkligt, jag kan inte fatta det! – Konstigt, men jag kan inte känna någonting."

Den första tiden efter en kär människas bortgång är en på många sätt omtumlande upplevelse, antingen man försökt vänja sig vid tanken på att bli ensam kvar eller inte. Förnekelse är för en del ett sätt att tränga undan det smärtsamma som hotar att tillintetgöra en. Overklighetskänsla "lindrar" för en del sörjande den första stora plågan av en förlust som man är övertygad om att man inte orkar bära.

Så sakteliga börjar man "ta till sig" det som inträffat. Det blir en period av känslomässig berg- och dalbana. Verkligheten tränger sig på, och saknaden hugger till titt som tätt. Stunderna av lisa från det svåra är inte många. "När jag vaknar på morgonen, ofta tidigt, kan det för en kort stund kännas som förr, men så kommer minnet igång och slår till. Han finns ju inte här bredvid mig!"

Oftast är tankarna hos honom eller henne som gått bort, och man letar i minnet efter de goda stunderna tillsammans. Tankarna kretsar kanske hela tiden kring livskamraten, allt annat förefaller oviktigt. Gråtattackerna kommer ofta utan förvarning. Man vet inte om man vågar sig ut bland andra, tårarna kan komma när som helst. – "Jag vill bara skrika, har haft stunder då jag trott att min sorg hörts ut på gatan! – Jag har blivit en riktig lipsill, men det lättar att få gråta." Kanske har gråten inte kunnat komma fram för chocken. "Jag kunde inte gråta på min mans begravning. Sorgen satt som en vass kniv i bröstet och högg och högg. Men inte en enda tår kom det! Mina väninnor frågade mig efteråt om jag inte sörjde min man eftersom jag inte grät. Det var fruktansvärt att höra. Jag har inte kunnat träffa dem sedan dess. Hur kan människor vara så oförstående!?"

Födslar, som är en stor och lycklig tilldragelse, kan man prata med andra om hur mycket som helst. Dödsfall, som är en lika stor livshändelse men åt det motsatta hållet, måste man också få prata om; om och om igen. Sorgen måste bearbetas mentalt - eller ältas som man ofta säger. Stänger man av för länge, kapslar man in sig i sorgen och kan ha svårt att komma ut och igenom. Man behöver prata med andra om tiden före dödsfallet, sjukdomen, vad man upplevde att läkarna gjorde (eller inte gjorde), själva döendet och tiden efteråt. Gå igenom och om igen, kanske i detalj.

"Jag är rädd att mina vänner och bekanta har tröttnat på mig som jämt pratar om Stig, men jag kan inte låta bli. Och jag vill att de också skall tala om honom, åtminstone nämna hans namn. Han har ju ändå funnits bland oss så länge. Det går ju inte att låtsas som om han inte funnits. Inte hjälper det mig i alla fall!"

"Är min sorg normal?"

Vad är normal sorg? Begreppet är i sig självt motsägande: det finns föga normalt kring sorg. Att förlora en närstående är alltför outhärdligt för att man skall kunna kalla det normalt. Iiska, pina, plåga, förnekelse, syner, m.fl. känslor måste till för att göra det som hänt mer uthärdligt. Det tar lång tid att komma igenom (märk väl, inte över!) en sorg, inte sällan ett till två år.

När börjar man sörja, och när slutar man sörja? Och kan det gå så här i vågor?, undrar många. Ena dagen en strimma hopp, den andra dagen helt i botten. Eller rätt som det är och när jag minst anar det, kommer gråten eller skriken. Varför känner jag ingenting? Ja, hur skall det kännas att "ha sorg"? Är man "normal" när man gråter nästan utan avbrott eller när man inte fäller en enda tår? Hur betar sig andra i samma situation?

Det finns ingen gyllene regel för hur man skall sörja. Vi är inte stöpta i samma form, har olika personlighet, har olika upplevelser bakom oss, tål påfrestningar olika, kommer från olika

bakgrund och kultur och har skiftande uttryckssätt och behov. Det gör oss till unika varelser som inte kan buntas ihop till gruppen sörjande med ett visst förutbestämt reaktionsmönster. Mycket är normalt, naturligt och friskt i ett sorgeförlopp, som man tror man är ensam om i världen att känna eller uppleva. – ”Jag tror jag håller på att bli tokig”, säger många sörjande och menar, att så här kan väl inte en normal människa bete sig. Men, visste hon att hon då delade sina reaktioner och känslor med väldigt många andra i samma situation skulle i alla fall oron för förståndet kunna mildras.

Under begreppet normalt sörjande ryms så många varianter på sorgereaktioner, att det inte går att beskriva dem alla. Då är det kanske lättare att beskriva hur den sjukliga sorgen tar sig uttryck. I olika delar av boken beskrivs både vanliga och mindre vanliga reaktioner, såväl vad gäller känslomässiga, kroppsliga, sociala och andra följder av en svår förlust.

Undersökningar av konsekvenserna av förlust av make, maka, livskamrat och sambo - eller vad vi nu kallar den som stått oss nära - har givit en hel del information om vad som är viktigt att känna till både för den enskilda sörjanden, dennes familj, anhöriga och vänner, professionella inom vård, omsorg och kyrka, samt för människor i allmänhet. Problematiken kring att bli kvarlevande är ständigt aktuell, och kunskapen om livets största stresshändelse angår oss alla.

”Var blev dom av alla de som kom så ofta närmast efter det att Asta dog?, undrade en nybliven änkeman, som under ett par månader haft fullt upp med begravning och besök av familj och anhöriga. - Först nu - efter tre månader - tycker jag att sorgen och saknaden väller fram inom mig. Nu är det faktiskt som värst. Men nu är det tomt omkring mig, nu när jag känner mig så ledsen. Hade varit bättre om mina vänner ringt mig nu i stället eller portionerat ut sina visiter.”

Två-samheten byts mot en-samhet

Ensamhetskänsla har visat sig vara den vanligaste, starkaste och mest långdragna efterlevandereaktionen. Tomheten efter den kära bortgångna är ofta så påtaglig, att det egna hemmet upplevs svårt att vara i. – ”När jag är ute går det ganska bra, men när jag skall in i min tomma lägenhet igen, så vill jag vända i dörren. – Det är så tomt och tyst att jag sätter på radion eller teven för att höra ljud omkring mig”. Hopplöshetskänsla och pessimism inför framtiden är också vanlig efter förlust av livskamrat. Funderingar kring existens och fortsatt liv efter förlusten upptar många.

”Varför skall jag gå ensam kvar och skrota? Den största meningen med tillvaron är ju borta! Jag har inga barn, inga intressen direkt, är sjuklig och behöver assistans. Men den (hon) är ju borta! Vad är det då för mening att jag håller liv i mig? Jag kunde lika gärna fått följa med henne.”

Ibland framskymtar egen dödslängtan, som syns bottna i en önskan om fortsatt samvaro med den bortgångna. Men meningslöshetskänsla med tillvaron brukar avta för de allra flesta, även om det förekommer självmord eller försök till självmord bland efterlevande. Man har också kunnat märka ett slags ”indirekt” sätt att avsluta livet på. Man slarvar med sin hälsa, medicin eller livsföring på ett medvetet sätt med målsättningen att inte leva vidare. Det kan inbegripa

ökad alkoholkonsumtion eller tobaksbruk, försämrade matvanor, fysisk och psykisk inaktivitet, med flera andra ”signaler” som omgivningen bör uppmärksamma.

Nedstämdhet och depression

Vid normal sorg är vad man kallar för verklig depression sällan förekommande. Ledsnad, nedstämdhet, gråt och förtvivlan kan se ut som en depression som behöver behandlas av medicinsk expertis, men är oftast en övergående och självläkande fas i sorgen. Gränsdragningar kan dock vara svåra att göra för vad som behöver läkarvård. Sorg är i sig inget sjukdomstillstånd, men sorg kan ge symptom som liknar sjukdom. I vissa fall kan den psykiska stress, som sorgen medför, även framkalla sjuklighet. Den sörjande upplever i de flesta fall att han eller hon mår sämre, såväl psykiskt som fysiskt. Ibland kan dock sörjandesituationen medföra så stora påfrestningar att man inte kan eller orkar hantera den på egen hand eller med anhörigas hjälp.

Den sjukliga (patologiska) sorgebilden utmärks av djupa förstämningstillstånd, suicidförsök/tankar, ökad medicinkonsumtion, kraftig viktminskning, social isolering, svåra skuld känslor och självförebåelser för dödsfallet. Psykiater och/eller psykolog kan hjälpa till att se skillnad på vanliga sorgereaktioner och sjukliga sådana, samt också behandla dem. Förteckning över dessa yrkeskategorier finns i telefonkatalogens gula sidor och apotekens läkarkatalog.

Trötthet, intresselöshet och dålig matlust

En situation i livet som medför så stor stress som vid en kär anhörigs sjukdom, död och begravning resulterar nästan alltid i stark trötthet hos den kvarlevande. Ängslan, dålig nattsömn och aptit och många bestyr under kanske lång tid, tillika med alla kraftiga reaktioner både till kropp och själ ger uttröttnings- och utmattningseffekter som ibland för med sig att man inte har några krafter över för det mest vardagliga. Mycket får ligga orört, brev och räkningar staplas på hög. Telefonen ringer obesvarad. Man kanske slarvar med mat och låter bli att sköta sin personliga hygien.

Sämre aptit orsakas ofta av trötthet, nedstämdhet eller sorg efter någon man mist. Av att inte äta ordentligt blir man trött. Matvanorna försämrats ytterligare på grund av bristande ork. Det blir lätt en ond cirkel och kan leda till ett dåligt immunförsvar. Dålig aptit ökar risken för infektioner, vilket leder till ännu sämre aptit, mer trötthet och nedstämdhet. Ju tidigare åtgärder vidtas, desto lättare kan man komma till rätta med hälsan, aptiten och viljan att äta och leva. Energi- och näringsbrist medför ofta att man blir svag, orkeslös och apatisk samt minskar i vikt. Man låter hem och hushåll ”gro igen”, för intresset saknas för det som en gång skänkte samvaro och glädje.

”Det blir på sin höjd en matbit stående vid diskbänken, ofta är maten kall. Äter nästan ur burken, om jag har någon i skåpet. – Ibland blir det litet väl många vändor till spritförrådet och röker gör jag mer än förr. – Orkar inte ens öppna breven som dimper ner. Jag har räkningar som ligger på hög sedan en månad tillbaka. Min man skötte allt sådant förut. – Jag bryr mig inte ens om att läsa tidningen eller sätta på teven, där är allt bara elände och katastrofer. Jag har ju min egen katastrof!

Intresset att träffa gamla vänner och bekanta kan också avta. Samtidigt som man kanske vill träffa folk och få berätta vad som händer och hur det känns, så drar man sig för möten med andra. Men man vill inte bestämma en tid, för ”jag vet ju inte hur jag känner mig just då”.

Man kan dras med oron över att besvara med alltför mycket ”elände” och rädsla att inte kunna hålla inne med gråten.

”För det verkar ju som om folk undviker en. Såg hur Bertil skyndade sig över till andra sidan gatan, kanske var det för att slippa stanna och fråga hur jag känner mig efter Svens begravning. Han kanske är rädd för att jag skall gråta och bära mig åt! Men jag är ju inte en annan människa än jag alltid varit!”

Kanske är vi rädda litet till mans för sorgens yttringar och för de starka känslor den kan framkalla. Så hellre än att riskera att bära sig tafatt åt, undviker man den sörjande, något som oftast uppfattas som sårande, kränkande och allt annat än hjälpsamt. Det är inte så mycket som krävs vid mötet med en sörjande: det kan räcka med att fråga hur det går. ”Att riskera att göra bort sig” är nog bättre än att aldrig fråga.

Minnesproblem, koncentrationssvårigheter, obeslutsamhet och rastlöshet

För många upplevs den första tiden efter förlusten som i ett töcken. Man har bara en vag uppfattning om vad som hänt kring dödsfallet, glömmer att fråga om dödsorsak, minns inte vad personalen på avdelningen berättade, förstod inte vad som sades eller har glömt det mesta. Man har dristat sig att fråga igen hur allt hände, men det känns ändå som om det var stora luckor i minnet. Man har efter ett halvår fortfarande stora behov av att tala om tiden före, vid eller efter makens/makans död. Det har visat sig vara viktigt att få älta vad som hände, att om och om igen gå igenom hur han eller hon hade det, vad som sades och berättas om de egna reaktionerna. Många känner det som om de förändrats som person sedan maken/makan dött och har svårt att anpassa sig till en tillvaro som ensamstående.

Det tycks ofta som att minnesfunktionen sviker. Det kan vara svårt att minnas tiden direkt efter dödsfallet, ”allt var som en dimma”. Viktiga göromål måste antecknas för att komma ihåg, och att utträta de nödvändigaste göromålen kan kännas som att bestiga ett berg. Tankeförmågan är inte vad den brukade vara. Det är svårt att bestämma sig, antingen det gäller att gå bort till någon bekant, välja daglig klädsel eller behålla lägenheten. Ibland händer det att man fattar ogenomtänkta beslut, särskilt under det första halvåret. Då kan man göra saker förhastat, som man sedan ångrar när tankeförmågan repat sig. Initiativlöshet och tröghet präglar ofta dagen. Det kan vara lika vanligt att reagera med över- som med underaktivitet. Rutiner och dagliga sysslor i hemmet kan bibehållas någorlunda som vanligt men frestar ofta på genom bristande ork och intresse.

”Tänk, jag känner mig alldeles tom och trög i huvudet. Glömmer sekunden efter vad jag skulle göra. – Tankarna bara fladdrar, jag fattar knappt vad dom säger på radion. Det går liksom inte in. – En dag bestämmer jag mig för att baka nästa morgon för det har alltid varit det roligaste jag vet. När morgonen kommer är all lust som bortblåst. – När min väninna blev änka, blev hon bara sittande. Jag däremot far omkring som om det gällde livet, men får ändå ingenting gjort. Kan inte sitta stilla. Plockar en stund än med det ena, än med det andra, men ingenting blir slutfört.”

Ängslan och oro

Hur tillvaron skall komma att gestalta sig är ett stort orosmoment för många. Änkan som aldrig brukat sköta pappersgöret när maken levde eller änklungen som aldrig lagat ett mål mat löper risk att klara framtiden sämre än andra. Sjuklighet kan förvärra en efterlevandesituation, särskilt om det var den vårdande som gick bort. Ekonomin är oftast det största problemet. Undersökningar har visat på existensminimala förhållanden för änkor och änkemän även i s.k. välfärdssamhällen. Betydande standardförsämringar är ofta en extra pålagring i sorgen. Särskilt kvinnor uttrycker stor oro för ekonomi och kvarlåtenskap.

"Inbetalningarna på huset, amorteringar kallas det visst, tog alltid Arne hand om. Nu vet jag inte hur jag skall göra, vill inte fråga vännerna. – Jag som nästan inte kunde koka ägg när Astrid levde, måste läsa på för att få i mig en bit varm mat nu. Det tar emot, har redan gått ner åtta kilo sedan hon dog. – Hur skall ekonomin räcka nu, när den var skral när han levde. Har sålt bilen, men måste nog flytta till något mindre också. – Nu har jag ingen som hjälper mig i och ur badkaret. Inte har jag råd att skaffa hemhjälp för att kunna bada!"

Skuld känslor och självförelser

Tankar på den döde och den tid man hade tillsammans brukar prägla dagen för den efterlevande. Minnena kan vara både bra och dåliga och äktenskapets lycka variera. Uttrycket "Vi hade det som folk i allmänhet" brukar karaktärisera ett förhållande med växlande perioder av sämja och osämja. I parförhållanden av alla modeller tycks det vara ganska vanligt att tänka tillbaka på något man sagt eller gjort, som man efteråt önskade var osagt eller ogjort.

När vi utsätts för svåra förluster, kommer primitiva reaktioner av övergivenhet och hjälplöshet omedvetet fram. Känslan av att vara övergiven av den som gått bort kan skapa ilska och taggighet mot allt och alla. Maktlöshet inför det inträffade kan ibland leda till ett slags köpsläende med ödet och skuldkänsla för eget agerande. "Om inte ", tänker man och går igenom hela händelseförloppet kring dödsfallet, särskilt om det som hände hade kunnat styras i en annan riktning.

Detta gäller särskilt när skadan inte kan repareras. Skuld, grämlse och förelser kan under lång tid förfölja den kvarlevande. Löften på dödsbädden kan vara förhastade och svåra att uppfylla, något som länge kan antasta och plåga den kvarlevande. Det allt vanligare erbjudandet till efterlevande om att vara med och göra i ordning den dödes kropp har sin bakgrund i att många ångrar att de inte gjort mer för att göra slutet "fint".

"Varför fick jag inte Bengt till doktorn i tid! Då han kanske levte nu. – Att jag inte talade om för henne vad hon betytt för mig medan tid var! Nu är det för alltid för sent. – Tänk, jag var på sjukhuset nästan dag och natt. Så gick jag hem för att vila litet och då kom slutet. Jag som hade lovat att vara med honom in i det sista. – Varför kunde jag inte ha förlåtit honom den där gamla skulden han gick och bar på. Det var ju nästan det sista han bad om."

Att flytta, städa ut saker eller avyttra gemensam egendom alltför tidigt kan också ge skuldkänslor och ånger. Likaså kan valet av gravplats vara förhastat i en del fall. Det händer att de som väljer minneslund i stället för grav ångrar sig, eftersom "..... nu har jag ingen sten att stå vid och tala med honom".

Ilska och aggressivitet

Det som inte fick hända, hände ändå! Hon eller han lämnade mig (utan att jag ville det)! Varför skulle det hända just oss och varför just nu när vi kunde fått många sköna år som pensionärer! Känslor av att ha blivit orättvist behandlad – av Gud, ödet eller den bortgångne – är inte ovanliga. Vanmakten slår över i ilska, som kan gå ut över högre makter eller människor i omgivningen. Man snäser och fräser i sin sorg och saknad, men får ingen förståelse. Oro, ångslan och den stora förvillande känsloblandningen som sorgen för med sig, är ofta svårtyglad och samtidigt svårförståelig för den utomstående.

”Jag har blivit som förbytt. Utan att skryta, så var jag en ganska vänligt sinnad människa innan Kerstin dog. Nu tål jag visst ingen och ingenting! – Jag kan inte se mitt grannpar gå där arm i arm. De har varann, jag har ingen. Det är inte rättvist! – Gud kan inte vara enbart god som lät Sture och mig lida så; först hans hemska sjukdom, nu min gräsliga ensamhet. – Jag känner mig på kant med alla. Tål inte höra mina väninnor prata om sina män.”

”Är jag mindre värd som människa nu?”

Ingen bjuder hem mig numera och jag börjar undra om mina vänner tycker att jag var någon att umgås med bara ihop med min man. Visst känner jag mig halv, men jag är ju ändå den jag är i alla fall. Ens identitet får en rejäl törn av människors uteblivna hälsningar eller inbjudningar. Och man hjälper själv till genom att gömma sig för omvärlden.



SAKNAD ELLER SÅRAD FÅFÄNGA

Nu är jag ingenting
Nyss var jag "hustru Blomqvist"
Förr var jag "fröken Landergren på museet"
För länge, länge sedan var jag
Den där lilla lustiga flickan
Vad hette hon: "Tassa"

Nyss var jag Ragnars hustru
Nu är jag ingenting

Årsdagar, årstider och högtider

Många änkepersoner fasar inför sommaren. Årstiden är, liksom de större högtiderna (jul, nyår, påsk, midsommar eller årsdagen av förlusten) de ensammas och de efterlevandes stora plåga. Om fler visste att de delar den känslan med många andra, skulle kanske rädslan få litet andra proportioner. Igenkännandet kan vara en terapi i sig.

”Jag kan inte förmå mig till att åka till sommarstugan utan Bengt. Den var hans ögonsten, han finns i allt den står för: vår gemensamma längtan ut från stan hela vinterhalvåret, planerna och drömmarna, groddandet och sticklingarna, packandet och adjö’et till stadslivet för åtminstone tre-fyra månader. Så såg vårt liv ut i över trettio år; lika förväntansfulla var vi inför varje utflyttning. Sen han dog vill jag helst hoppa över den här årstiden. Midsommar utan honom saknar all mening!”

Citaten har sin största aktualitet i vår- och sommartider och kunde vara en lisa att läsa för alla de ”som blivit över”. För många som mister sin livskamrat stannar tiden och framtiden tappar färg. Ledig tid, helger, semestrar och andra stunder som annars gav möjlighet till avkoppling och samvaro, blir en pina. Perioder som tidigare gick alltför fort, släpar sig nu fram och tycks nästan omöjligt långa. Att bli ensam är mångtydigt. Ensamheten är kanske som mest tydlig under den tid när tvåsamheten tidigare var som mest givande.

”Hon finns i allt därute på torpet. Ser henne ligga på knä i jordgubbslandet och plocka gubbar trots att hon själv nu ligger i mullen på skogskyrkogården sedan ett halvår tillbaka. Känner nästan doften av nybakade bullar från köket när jag vankar runt i trädgården och ser ogräset svämma över i rabatterna. Hjärtat mitt vill brista, men jag kan inte gråta. Ibland, kanske litet för ofta tar jag mig en nubbe. Äta blir inte av, bara något vid diskbänken.”

Sommarens soliga dagar som lockar andra utomhus, har ofta motsatt effekt på den sörjande. Man stannar hellre inomhus än konfronteras med livsnjutare och soldyrkare. Kontrasten mellan dagens bländande ljus och ens inre mörker blir för stor. Bara de allra nödvändigaste sakerna utanför hemmet blir utträttade, räkningarna som legat länge måste ju betalas. Isolering är vanligt, handlingskraften är borta och det mesta tar emot.

”Vi (änkor) har våra ”svarta hål”, inte minst vid stora helger, årsdagar och när andra är tillsammans på semester. Är barnen utflugna eller inte orkar se sin ledsna mamma, då känns det extra svårt att ta sig i kragen och laga en god middag till sig själv.”

Årsdagen för dödsfallet har stor betydelse för många efterlevande och minnet av den avlidne blir extra påtagligt. Ofta går man igenom vad som hände just vid den tidpunkten, något som kan aktualisera smärtan och oron på nytt. Men även födelsedagar, bröllopsdagar och andra

gemensamma bemärkelsedagar ger ofta förändringar i stämmingsläget. Man talar om jubileumssorg som en vanlig reaktion som upprepas lång tid efter förlusten.

Kan Gud vara god som gör mig detta?

Människans existentiella föreställningsvärld kommer ofta i gungning vid döende, förluster och sorg. Mål och mening med tillvaron ifrågasätts då mer än någonsin. Man kan känna sig närmare Gud och vara mer öppen för religiösa erfarenheter än tidigare. Å andra sidan kan många känna ilska och vrede mot Gud som gjort dem så illa och tagit ifrån dem den älskade livskamraten. Man kan känna sig långt borta från Den Allsmäktige eller den överhet man tror på och ifrågasätta sin tro. Ofta kan man då behöva en andlig rådgivare för att gå igenom de känslor, tankar och tvivel som man har. Det sägs, att när man lär sig hantera sorgen så lär man sig att leva igen.

Förlustens oförklarlighet och meningslöshet är ofta en alltför svår fråga för den enskilda människan. Andliga vägledare och stödjare har här en viktig uppgift både under sjukdomstiden, döendet och i efterlevandesituationen. Diakonin, sjukhuskyrkan, Svenska kyrkan och andra trossamfund kan här ge vägledning och lindring i existentiella spörsmål för såväl döende som anhöriga.

Förankring i en gudstro inför det oförklarliga, samt vana vid andliga ritualer (böner, kyrksamhet, trossamtal, m.m.) sägs generellt underlätta sörjandet. Behovet hos de döende själva av andlig vägledning och tröst torde generellt vara större än vad som framkom i Änkeprojektets delstudie kring behov i livets slutskede. Äldre döende på geriatrisk palliativ vårdavdelning på Sahlgrenska universitetssjukhuset tillfrågades om sina olika behov. Endast ett fåtal sade sig ha behov av andligt eller existentiellt stöd, även om de kände till att det fanns en sjukhuskyrka, diakon och sjukhuspräst.

FYSISKA REAKTIONER

Kroppsliga symtom

Det är bevisat, att den stress som en svår livshändelse - exempelvis förlusten av livskamrat – medför, kan framkalla sjukdomskänsla utan att egentlig sjukdom föreligger. En mångfald fysiska reaktioner kan följa i sorgens spår. Ökad puls, hetta eller frusenhet, torrhet i mun och hals, magont, muskelspänningar, diarré, täta vattenkastningar, huvudvärk, illamående, yrsel, trötthet och sömnproblem (ökad eller minskad sömn) är några exempel. Det är också väl känt, att svåra stresshändelser påverkar immunförsvaret negativt. Vanliga reaktioner på sorg kan även vara rinnande eller täppt näsa, klump i halsen, hjärtklappning, klåda, skakningar och svettningar.

Det är inte ovanligt med ”rundgång” på vårdcentraler och hos allmänläkare efter en svår och stressande händelse, ofta för att man känner sig dålig, men ibland ”bara för att få någon att prata med”. Det är heller inte ovanligt, att man ”tar över” symtom från den döde. Man blir kanske mer observant på sitt eget hjärta, om maken dog i hjärtinfarkt. Behovet av att få prata om en svår livshändelse och sin upplevda hälsa förknippat med den, är dokumenterat stort.

Sjukdomskänsla, kraftlöshet och inaktivitet

Det kan förhålla sig så att en äldre person är frisk (utan diagnostiserad sjukdom eller adekvat behandlad för sådan) men ändå känner sig sjuk. Sambandet kropp och själ tar inte hänsyn till ålder eller kön; dess ömsesidiga påverkan är ständigt aktuell, men kanske mer intensiv i en period av livet när tillgången på krafter - fysiska och psykiska - är satt på sparlåga. Det är påvisat, att den stress som en svår livshändelse (exempelvis förlusten av livskamrat) medför, kan framkalla känslan av att vara sjuk utan att egentlig sjukdom föreligger. Det är inte ovanligt med rundvandringar på vårdcentraler och hos allmänläkare efter en svår och stressande händelse ”bara för att få någon att prata med”. Behovet av att få prata om en svår livshändelse och sin upplevda hälsa förknippat med den, är dokumenterat stort liksom vikten av tidigt insatt stöd.

Sorg är - i sig - inget sjukdomstillstånd, men kan ge symtom som liknar sjukdom. I vissa fall kan den psykiska stress som sorgen medför framkalla fysisk och psykisk sjuklighet och för tidig död. En svensk studie på sjuklighet och överdödlighet vid förlust av livskamrat fann stora hälsorisker och kraftig överdödlighet det första halvåret efter förlusten. Att särskilt män uppvisar stora risker visas i flera studier.

Flera undersökningar har visat på ökad medicin- och alkoholkonsumtion hos änkepersoner, särskilt under det första året efter make/makas bortgång. Kvinnor sägs ta mer tabletter för att mildra sorgen; männen antas öka sin alkoholkonsumtion. Sömnstörningar är vanliga. Lusten att äta och i övrigt sköta om sin kropp och person försvinner ofta. Viktnedgång, dålig nutrition och ork kan leda till sänkt allmäntillstånd och trötthetskänsla.

”Jag kan inte somna om kvällarna, ligger bara och grubblar över hur det skall bli. När jag väl lyckas somna, ofta på en tablett, drömmer jag oroligt och vaknar tidigt, ibland med ångest. - Jag vågar inte ta några tabletter för att bli lugn eller för att för att kunna sova; är rädd att bli beroende. Så jag släpar mig fram om dagarna. - Jag äter ingen lagad mat, det blir ibland t.o.m. kall mat direkt ur konservburken. Inget roligt att sitta ensam vid matbordet och stirra. - Det blir mest kaffe och bulle och en cigarrett. Kanske en sup för mycket ibland också. - Jag får tvinga i mig litet mat, ofta blir det vid diskbänken. Det är inte roligt att duka bara för sig själv.”

Sjukdomskänsla är vanlig: "Något måste vara galet, jag har ont på så många olika ställen i kroppen. Kanske har jag fått samma sjukdom som han dog av!" En del efterlevande känner särskilt efter "på samma ställe som hans sjukdom satte sig", tills smärtan blir oroande eller påtaglig. Man söker upprepade gånger läkare för det onda som varken kan diagnostiseras eller botas. Medicinförbrukningen kan öka med ökat antal läkarbesök; rundgången i sjukvården blir både tröttsam och dyrbar. Dagliga vanor förändras för en del änkor och änklingar. Isolering, oföretagsamhet och tillbakadragenhet gör att den fysiska motionen minskar. Särskilt bland änkor blir det bekymmersamt att gå ut när det mörknar ute.

"Jag kommer inte ut så mycket nuförtiden; är rädd för överfall när det blivit mörkt, och det blir det ju tidigt om dagarna vintertid. Sitter ensam och ugglar, för mina väninnor är ju också änkor och rädda att gå ut. Nu blir det inte några skogs promenader längre, bara de få stegen till affären härnere."

Att drabbas av sorg har liknats vid att drabbas av cancer. En studie vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg bland äldre änkor och änkemän kunde påvisa högre dödlighet bland männen än bland kvinnorna under första året efter förlusten. En annan studie med medicinskt och psykologiskt stöd bland äldre änkepersoner genomfördes för tio år sedan vid samma sjukhus. Resultaten tyder på att tidigt insatt stöd i sorgen både kan minska sjukvårdskonsumtionen och öka livslängden.

Läkemedelsförskrivningen kan ofta öka med ökat antal läkarbesök, och sjukvårdsbesöken blir både tröttsamma och dyrbara. Dagliga vanor förändras för en del änkor och änklingar. Isolering, oföretagsamhet och tillbakadragenhet gör att den fysiska motionen minskar. Bland änkor blir det bekymmersamt att gå ut, särskilt efter mörkrets inbrott.

I samband med hälsoundersökningar av äldre kan det därför vara värdefullt att förhöra sig om samtidiga livshändelser. Inte sällan "gömmar sig" sjukdomskänsla bakom en svår livssituation. En kraftig psykologisk reaktion på en till synes lindrig sjukdom kan delvis vara maskerad sorg. Svårigheten att urskilja genuint dåligt hälsoupplivande (dvs. härrörande enbart från sjukdom) från inverkan av negativa livshändelser är ibland stor. Identifieringen av sambandet mellan fysisk status, psykosocial livssituation och sjukdomskänsla tycks vara essentiell för bot eller bättring.

Hälso- och dödlighetsrisker

I vissa fall kan den psykiska stress som sorgen medför framkalla fysisk och psykisk sjuklighet och för tidig död. För både män och kvinnor sägs risken vara störst 7-12 månader efter förlusten. Den bortgångnes typiska drag och beteenden sägs inte hade någon inverkan på dödligheten bland efterlevande.

En svensk studie på åttiotalet kring sjuklighet och överdödlighet vid förlust av livskamrat fann också stora hälsorisker och kraftig överdödlighet det första halvåret efter förlusten. Överdödligheten fortsatte under de elva följande åren om än i minskande takt. Livsstilsfaktorer betydde mycket enligt studien. Dödligheten härrörde mest från cancer, hjärt-kärlsjukdom, självmord, olyckor och skrumplever. Som orsaker till ökad mortalitet bland änkepersoner har i en annan undersökning angivits infektionssjukdomar, olyckor och suicid (för män) och skrumplever (bland kvinnor). Överdödligheten i en finsk befolkning befanns

också vara störst under de första sex månaderna och risken ansågs högre bland yngre än äldre änkepersoner och större bland männen.

Dödligheten anses allmänt som högre bland änkepersoner än bland gifta personer. Att särskilt män uppvisar stora risker visas i flera studier. "Brustet hjärta" (hjärt-kärl-sjukdom) som följd av svår sorg sågs vara särskilt vanligt bland män. Bakom den sortens dödlighet döljer sig - inte sällan - ökat bruk av alkohol, tobak, lugnande och sömnframkallande medel.

Risken att dö i förtid bör särskilt noteras i samband med sorg som är komplicerad och behöver behandlas av psykiatrisk expertis. Förtida död bland äldre änkepersoner sägs också sammanhänga med om dödsfallet varit hastigt och utan föregående sjukdom. Långdragen sjukdom sägs inte vara lika riskabelt.

En del forskare påpekar, att kortare perioder av stress vid dödsfall varken bör "sjukdomsförklaras" eller behandlas. Däremot, betonar man, skall sorg som varar länge och innehåller typiska depressiva inslag (som vid traumatisk sorg) noga observeras. Kanske kan antidepressiv medicinering behövas vid svår sorg, eftersom sådan sorg ofta är förknippad med ångest, drogmissbruk och självmordsrisk.

För efterlevande som länge vårdat sina sjuka anhöriga före dödsfallet och länge levt under påfrestningar, har dödsfallet inte befunnits medföra ökad stress. För dem däremot som inte varit vårdgivare åt sin partner tycktes den psykiska ohälsan öka.

Rädsla för egen sjukdom är vanlig bland äldre efterlevande. Man antar, att flera olika svåra sjukdomstillstånd som lett till döden, kan ge liknande och ännu svårare rädsla och sjukdomskänsla. Fysiska symptom, s.k. somatisering, i samband med sorgen är vanlig.

Svenska studier av tvillingpar har funnit högre dödlighetsrisk bland änkepersoner under 70 år samt för helt nyblivna änkepersoner jämfört med dem som haft sorgen längre bakom sig. Under de första sorgeåren var risken stor men minskade markant om man överlevt de första fyra årens sorg.

Några forskare har emellertid funnit att andra svåra livshändelser än dödsfall hade större inverkan på människors risk för förtida död. Även i en svensk undersökning av stressande livshändelser rankades en annan livshändelse, nämligen skilsmässa bland barnen, som "ett öde värre än döden".

Sömn- och ätstörningar

Sämre aptit orsakas ofta av trötthet, nedstämdhet eller sorg. Av att inte äta blir man trött och orkar sedan helt enkelt inte tillreda mat för att äta ordentligt. Dålig aptit ökar risken för infektioner, vilket leder till ännu sämre aptit, mer trötthet och nedstämdhet. Ju tidigare åtgärder sätts in, desto lättare kan man komma till rätta med hälsan, aptiten och orken att äta och leva. Energi- och näringsbrist medför ofta, att man blir svag och apatisk och minskar i vikt. Man låter hem och hushåll "gro igen", eftersom intresset saknas för det som en gång skänkte samvaro och glädje.

Man har också funnit att ätstörningar som startar sent i livet ofta är kopplade till förändringar i sinnesstämning. Att bli änka eller änkeman förändrar den sociala strukturen och omgivningen så att den sociala funktionen med måltiderna undergrävs. Ät beteendet förändras till det sämre med försämrat näringsintag som följd.

Vid dödsfall efter kritisk sjukdom tycks sömnproblem vara vanliga hos de efterlevande. Sömngångaraktigt beteende kunde iakttagas i en undersökning. Livsrytmen störs vid förlust av partner, vilket märks bl. a. på ökade sömnproblem, som i sin tur ibland är kopplade till depressiva reaktioner. I en studie bland äldre änkemän var sömnstörningar vanliga, liksom

tankar på den egna döden och suicid. Studier av sörjande har funnit, att sömnstörningar är vanliga också längre ner i åldrarna.

Alkohol, rökning och läkemedel

Ökad alkoholkonsumtion eller tobaksbruk är faktorer som kan inverka menligt på anpassningen i en förlustsituation. Alkoholförtäring, cigarettrökning, intag av hypnotika, lugnande medel och andra droger har befunnits ligga bakom ökad dödlighet vid förlust av make eller maka, särskilt under det första året efter make/makas bortgång. Det är inte ovanligt med vanskligt hög konsumtion av alkohol bland äldre änkemän. En förklaring kan vara, att hustrun brukade sköta både "alkoholkontrollen" och ge omsorg. När hustrun inte längre finns och sätter fram daglig mat och medicin, blir många dagliga vanor rubbade. Därför bör äldre män ses som en högriskgrupp för alkoholmissbruk och borde vara en självklar målgrupp för preventiva program.

Flertalet beskrivningar av sorgerelaterat missbruk har utpekat män som riskindivider. Därför har man särskilt studerat änklings. Men med nya äldregrupper har följt nya – emanciperade - livsstilar, varför även änkor bör vara föremål för observationer av missbruk. Nya rön i Änkeprojektets delstudie *Tusen änkor 2005* uppvisar oroande siffror kring alkoholförbrukningen bland både yngre och äldre änkor. Så många som var tredje änka rapporterade, att hon använt alkoholhaltiga drycker (öl, vin och sprit) för att söka lindring i sorgen. Studien avslöjade också ändrade, mer uppluckrade attityder till "sorgedrickandet". Många tillfrågade änkor trodde, att det var vanligt att sådan "egenterapi" användes av båda könen men i större utsträckning bland änkemän än bland änkor.

Att i kliniska sammanhang skatta allmän anpassning till sorgen för både män och kvinnor i alla åldrar vore en enkel och meningsfull mätning med preventiva möjligheter. Alkoholens temporärt ångestdämpande effekt är viktig att observera och utforma interventioner utifrån. Konkreta mått på förtäring och omfattning av missbruk är oftast mycket svårt att erhålla. Mörkertalet för sorgerelaterat överbruk kan vara stort.



DE OSYNLIGA

Vad bär de i sina handväskor
Alla de ensamma människorna
Osedda vandrar de bland oss
Först när vi stöter till dem märker vi dem
Ser dem gör vi aldrig

Vilar lugn tillfredsställelse
Lätt i deras väskor
Är väskorna tunga av sorg efter den bortgångne
Efter hans röst, hans steg, hans person
Göms där bitterhet över förgångna oförrätter
Eller rädsla för social otrygghet
Är det längtan till den egna ungdomens
 lek och heta blod
Som fyller skrymslena
Bågnar väskorna av skamkänslor över
 Kroppens kärlekslängtan

Vågar vi låta andra se våra väskors innehåll
Vågar vi högt ropa det outtalade

Vad gör en väskryckare med innehållet

ÄNKESYNER – FÖRNIMMELSER AV DEN SOM DÖTT

"När Arvid hade varit död och begravnen sedan 3 månader tillbaka, så satt han en kväll plötsligt där bredvid mig i sin gamla, vanliga fåtölj framför TV:n. Precis som förr! Jag blev först alldeles varm av glädje att få se honom igen, men sen - efter en kort stund när han var borta igen - kom den onda saknaden och svåra ensamheten."

I livets svåraste skeenden, som när den älskade för alltid lämnat en och ensamheten gnager sår i själ och hjärta, tycks det finnas omedvetna och ännu utforskade verktyg i den mänskliga arsenalen. Dessa korta återseenden med den innerligt saknade och efterlängtrade i form av extrasensoriska syn- och hörselupplevelser, närvaro- och beröringskänsla, och "konversation" med den döde, har visat sig vara vanligare än vad vi kunnat ana. De som haft upplevelserna har inget berättat; föga har dessutom dokumenterats i vetenskaplig litteratur. Så här berättar Allan, 75 år:

"Mina barn tog mig till psyket när jag talade om att jag haft påhälsning av Asta (deras mamma och hans sedan två år döda hustru.) Jag var helt nykter, dricker sällan, och satt vid matbordet och åt lördagmiddag, när jag kände stark röklukt komma från bordets undersida. Jag röker själv inte, men när jag lyfte på bordsduken, så satt Asta där och rökte. Jag blev så glad men samtidigt så paff att jag inte visste vad jag skulle säga. Har du fått permission, slapp det ur mig. Du måste vara hungrig, sa jag och satte fram även för henne. Asta 'försvann', men tog gestalt i badrummets handdukar en gång till den dagen. Sedan dess har hon inte varit hos mig, fastän jag önskat det så mycket."

Allan träffade en doktor på psykiatriska kliniken som lugnade de vuxna barnen och sa, att det var inget fel på deras pappa. Han sände hem Allan med orden "ta Du emot Asta om hon kommer tillbaks igen. Det tycks ju göra Dig gott!" En dag läser så Allan i dagstidningen om precis sådana här fynd från ett interventionsprojekt för nyblivna änkepersoner i Göteborg, och Änkeprojektet får ett telefonsamtal från en lättad Allan, som dittills trott sig vara den ende i världen med upplevelser av det här slaget. Han, liksom de flesta andra, visste inte att de snarare var regel än undantag, när man sörjer och saknar, i synnerhet i hans åldersgrupp.

Änkeprojektet har visat att vid en månad efter förlusten hade hela 82 procent någon form av upplevelse av att den döde maken eller maken "varit hos dem", vid 3 månader 71 procent och vid ett år 52 procent. De vanligaste förnimmelserna är närvarokänsla, samtal med den avlidne, hörsel- och synförnimmelser i nämnd ordning. Beröringsupplevelser, som en smekning på kinden, tycks vara mindre vanligt. Luktsensationer har också förekommit. Samma person kan få uppleva flera av de olika förnimmelsetyperna; två kvinnor sade sig ha samtliga. En del efterlevande drömmer mycket "levande" om den döde och har synupplevelser även av andra personer än den avlidne. Kvällen anges som den vanligaste tidpunkten på dygnet för förnimmelser, följt av upplevelser under natten, morgon och dagtid.

Syn- och hörsel förnimmelse tycks minska under året, medan känslan av närvaro och konversation består. Beröringskänsla, som rapporterades endast av män, var ovanlig och

förekom inte mer än under första sorgemånaden. Närvarokänslan var den vanligaste förmimmelsen följt av hörsel, konversation och synupplevelse.

Det var vanligt att de olika typerna av förmimmelser växlade. Några få änkepersoner rapporterade samtliga fem förmimmelsetyper, men vanligast var det att ha haft en eller två typer. Upplevelserna rapporterades i de flesta fall att komma "då och då" eller "ganska ofta". Närvarokänslan av den döde var den mest påtagliga och ihållande förmimmelsen. Några kvinnor hade nästan konstant närvarokänsla under hela första året. Den tydligast upplevda förmimmelsen var synen av den döde; hela 38 procent såg sina avlidna mycket klart och tydligt ("som levande"), lika många uttryckte synerna som ganska tydliga, medan 24 procent hade mindre klara synbilder av den avlidne. Utpräglad ensamhetskänsla, ihållande gråt, subjektiva minnesstörningar samt ett lyckligt äktenskap tycktes vara förklaringsfaktorer bakom förmimmelserna.

Det tycks inte vara vanligt att spontant berätta om sina upplevelser av att den bortgångne "kommit tillbaka", varken för intervjuaren eller för de närmast anhöriga. Skälet var i de flesta fall rädsla för att bli betraktad som konstig. Det var först när de fick veta hur vanliga och normala sådana här "återseenden" med den saknade och älskade varelsen är, som de flesta befriat berättade om sina upplevelser. Förmimmelserna betraktades som något mycket privat, men inte skrämmande. Tvärtom var de en stor tröst och hjälp i sorgen; välkomnade av dem som en gång varit med om att uppleva dem och önskade av dem som inte haft. Några män avfärdade intervjuarens frågor om förmimmelser som rena spökerier.

Längtan att återfå den förlorade, liksom sökandet efter honom i minnen och tankar kan kanske vara ett sorts förnekande. Enligt flera forskare är detta irrationella sökande efter den förlorade ett vanligt beteende hos både människor och djur för att "återställa ordningen". Impulsen att söka - med de medel (sinnen) som står till buds - tar sig ofta uttryck i motorisk rastlöshet och koncentrationssvårigheter inför allt annat än det som rör den saknade. Det är vid denne som den sörjande vill uppehålla sig i tankar, minnen och samtal. Parkes kunde visa att rastlösheten minskade hos änkor som hade närvaroförmimmelser (68 procent i hans studie). "Han är med mig hela tiden. Jag hör honom och ser honom - fastän jag vet att det bara är inbillning".

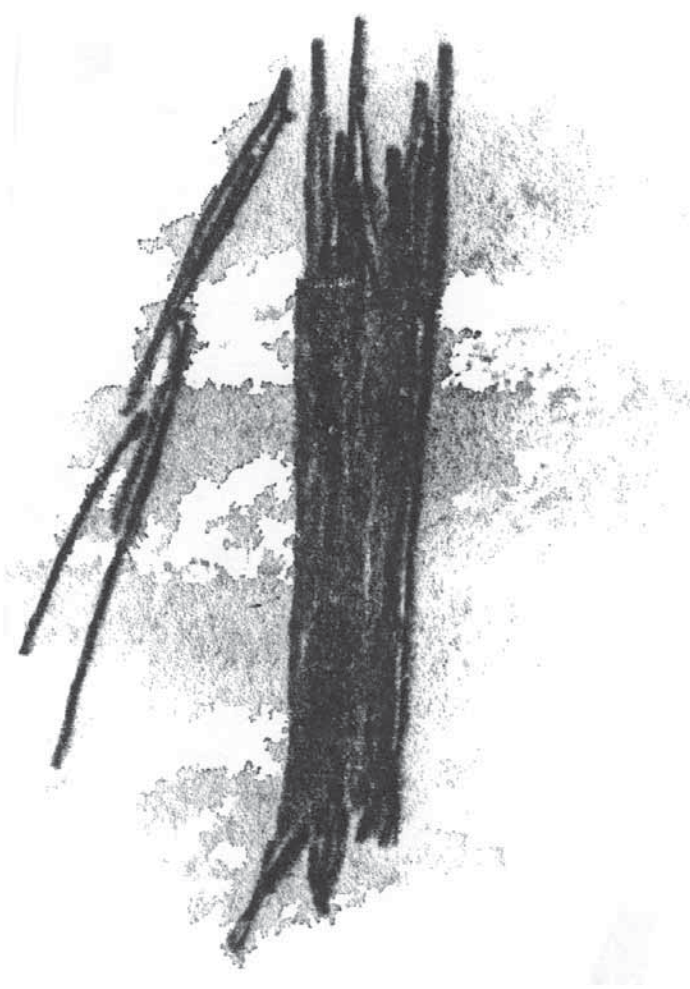
Dygnsvariationen i förmimmelser har påvisat flest förmimmelser nattetid och då mest som synen och ljud. Stor vikt har lagts vid att skilja förmimmelser från drömmar och drömliknande tillstånd med mycket levande möten med den döde. I syn- och hörsselförmimmelserna av den avlidne framträdde oftast den döde som han "brukade se ut eller låta" (talade, snarkade, hostade, vände sig i sängen, vred om nycklarna i låset).

En del forskare menar att fenomenen är sprungna ur stor ensamhet och behov av tröst. Båda sägs ge hjälp och lindring, men ännu så länge är fenomenet bara "erkänt" hos barn. Sorgerelaterade förmimmelser, udda och kanske oförklarliga upplevelser, tycks dock hjälpa människor att genomleva livets kanske svåraste stressituation. Det är viktigt att vi erkänner dem, talar öppet om dem för att eliminera okunnighet och rädsla och i stället välkomnar dem som ett sinneas enkla och verkningfulla redskap.

"Hon finns liksom här omkring mig i alla fall, bredvid mig när jag är ute och går. Fastän jag vet att hon är borta och inte kan svara brukar jag prata med henne. Talar ofta med henne genom fotografiet på byrån. Och jag tycker jag hör att hon svarar mig. Det känns så bra, fast sedan blir jag ledsen, när kontakten är borta. - Så skönt att få prata med någon utomstående om det här (synupplevelser av den

döde maken), har inte vågat säga något ens till barnen. De skulle tro att jag blivit tokig. De vet ju att jag saknar deras pappa så oändligt. Kanske skulle de skicka mig på någon sorts sinnesundersökning. Men jag vet ju att jag inte är annorlunda än förr. Jag har aldrig hört talas om sådant här någon gång. Men jag blev inte rädd, bara överraskad och glad. Det har hänt flera gånger.”

Förnimmelser kan väcka motstridiga känslor av stark ängslan för sinnessjukdom, blandat med stor glädje över känslan av att den bortgångne ”finns kvar” på något sätt. Lugnande besked om förnimmelsernas vanliga och normala natur har visat sig vara både enkel och effektiv intervention bland sörjande.



TONÅR

Stilla, stilla, lilla vän
Inte skrika, inte gråta
Dagar kommer kanske än
Då du kan allt förlåta

Stilla, stilla, ej ett ljud
Du kan glädjen störa
Minsta ord kan bli ett bud
Om det ingen bör få höra

Sorgen djupt i hjärtat bär
Låt den aldrig tala
Gläds du varit verkligt kär
Glömsk av allt det svala

OLIKA TYPER AV SORG

Komplicerad sorg

Komplicerad sorg är ofta samlingsbeteckning för den sorg som inte låter sig lösas med tiden eller utan professionell rådgivning eller terapi. Den kan förekomma vid starkt beroende av den döde eller andra särskilda omständigheter samt vid extrema situationer som krig och våldsamma naturhändelser. Eftersom sorg och dess yttringar är så påverkad av samhällliga och familjära omständigheter, normer och uttryckssätt, är det dock svårt att generellt göra avgränsningar mellan normalt och komplicerat sörjande.

Komplicerade sorgereaktioner spänner oftast över ett stort och brett register, som skiljer sig från normal sorg på flera sätt. Utmärkande för komplicerad sorg är stora anpassningsbesvär, särskilt depressiva reaktioner och ångest, kraftiga känslöförändringar, missbruk och post traumatiskt stressyndrom. Symptomen brukar dröja kvar längre och vara starkare än vid normal sorg. Inte ovanligt är att den sörjande har självmordstankar eller gjort självmordsförsök.

Sorgetypen kräver psykiatrisk behandling, eftersom den ofta medför ökad sjuklighet och överdödlighet. För den här sortens sorg lämpar sig professionell sorgerådgivning, kort dynamisk psykoterapi, gruppsykoterapi samt medicinering. Terapin omfattar aktivt lyssnande, uppmuntran att verbalisera känslor och upplevelser, "tillåtelse" att sörja, samt en professionell neutralitet hos stödet/hjälparen.

Komplicerad, olöst eller frusen sorg kan även innebära total avsaknad av tecken på sorg eller sörjande, fördröjda reaktioner, kronisk eller konfliktbetonad sorg. Den som på alla sätt undviker att bli påmind om den döde, eller som hela tiden tänker på och drömmer om den som dött, kan lida av komplicerad sorg. Ångest- och panikattacker förekommer också som inslag.

Till skillnad från okomplicerad sorg, utmärks komplicerad sorg oftare av tidigare (i livet) depressiva syndrom, depressioner i familjen, förekomst av antidepressiv behandling, känslor av värdelöshet, suicidtankar, dålig hälsa, bristande trivsel i arbetet. Kliniskt verksamma läkare som möter sörjande bör rutinmässigt bedöma patienterna utifrån dödsrelaterade förluster för att ge bästa behandling, menar forskare. I stället för att enbart klassificera patienterna enbart utifrån "okomplicerad – komplicerad sorg", bör man även försöka bestämma på vilken nivå av komplicerad sorg de befinner sig.

Sorg och PTSD (Post-Traumatisk Stress Disorder)

Sorgen kan ibland anta svårare och komplicerade former eller vara längre än vid normal sorg. Vid plötslig död eller särskilt skrämmande förluster kan efterlevande uppvisa klassiska reaktioner av PTSD. Hos personer med samtidig belastning - av exempelvis psykisk sjukdom eller alkoholberoende - kan förlusten av livskamrat bli "droppen". Följden kan bli sammanbrott och föranleda slutet psykiatrisk vård.

Svår sorg som orsakar PTSD kan behandlas med särskild intervention med konstruerade "möten" med den avlidne. Den sörjande skall på så vis få "återuppleva" dödstillfället och ta farväl av den döde. Metodiken bygger på antagandet, att man lättare kommer vidare i sorgen och upplever mindre stress, om man under kontrollerade former exponeras för sådana situationer som man undvikit att tänka på.

Komplicerad sorg efter ovanligt svåra och upprivande dödsfall brukar leda till större trötthet, sämre socialt fungerande och ökad mental ohälsa. Ibland provas hypnosbehandling vid sådan traumatisk sorg. Terapeuten kan också låta den sörjande återuppleva olika

omständigheter och spontana känslor förknippade med dödsfallet. Ett annat sätt att ge utlopp för sorgen är genom rollspel, där den sörjande har en slags monolog med den döde.

Diagnosen PTSD hittills nästan uteslutande använts i krigförande länder, där dödsfall orsakats av krigsrelaterade katastrofer och trauman. PTSD har alltså ansetts sällsynt i fredliga länder. Men även här har man funnit mer PTSD, och kriterierna för PTSD har underlättat identifieringen av fler stressfaktorer än krig och död. Trots detta har inte förlust av nära anhörig ansetts nå den dignitet att det kunnat framkalla PTSD. Man har dock funnit, att många sörjande uppvisar reaktioner som kan tolkas som PTSD omkring två månader efter förlusten, särskilt om förlusten varit oväntad, plötslig, onaturlig och traumatisk. Omgivningen - särskilt stödjande personal – uppmanas till vaksamhet på onormala och alltför kraftiga reaktioner.

Dold sorg

Man talar ibland om en sorgetyp, där förlusten är dold, maskerad, mindre uppenbar eller inte erkänd. Den kan förekomma, när någon i en icke-erkänd relation dör, när själva förlusten göms undan, när dödsfallet är svårt att tillkännage öppet och när omgivningen har svårt att ”ta emot” ett särskilt dödsbud. Det kan gälla dödsfall bland vänner, grannar, fosterföräldrar, arbetskamrater, styv-relationer, rådgivare, hjälpare, frånskilda, ogifta eller homosexuella livskamrater. Sådana dödsfall kan ibland betraktas som mindre viktiga, och den sörjande får inte den uppmärksamhet i sorgen som han eller hon förtjänar.

Tänkbara känslor av skam eller reaktioner som att man är generad inför sådana mer ”udda” sorgetillfällen kan få de sörjande att vilja dölja sorgen och därför undvika att söka stöd. Hit kan räknas självmord, mord, olyckor, AIDS-relaterade dödsfall eller tänkbar förlust av någon som rapporterats saknad. Vid död efter drogmissbruk behövs också stöd och rådgivning för de efterlevande. Man kan hjälpa den som har dold sorg att:

- synliggöra förlusten och sorgen (de sörjande känner sig i regel mycket ensamma och utelämnade)
- uttrycka sorgen och arbeta med den
- söka professionell hjälp (om sorgen är komplicerad)

Dold sorg kan också förekomma vid andra slags förluster än genom dödsfall. Mindre tydligt brukar sorgen visas eller erkännas vid arbetslöshet, flyttning, separation, skilsmässa, sjukdom eller funktionsnedsättningar. "The empty nest syndrome" som när barnen flyttar ut och pensioneringen kan också ge sorgereaktioner. Förlusten av en dement maka eller make får kanske inte heller alltid den dignitet den förtjänar. Omgivningen är mer inställd på att stödja vid vad man tror är "viktigare" förluster.

Sorg vid plötslig död

Bland äldre inträffar förluster oftast under den tid i livet då dödsfall är väntade. Men döden kan ändå komma oväntat och plötsligt. En till synes frisk människa, även åldrad, avlider ibland i snabbt påkommen sjukdom, inte sällan hjärt-kärlsjukdom.

Plötslig död kan överväldiga en anhörigs förmåga att hantera sin situation och sätta normala funktioner ur spel. Även om man vet, att en svår händelse ägt rum, är man kanske inte alls redo att ta till sig det inträffade. Tillvaron blir utan förvarning kaotisk, tragisk och ibland meningslös. Den plötsliga förlusten är enligt flera forskare en större chock än när man väntar in ett dödsfall

Plötslig död är ofta följden av olycka, hjärtattack eller självmord. Anhöriga blir perplexa, frågande och söker efter en förklaring. Skuld, vrede och självföreläelser kan vara starka och

dominera den första tiden efter förlusten. Stödet för sörjande efter olyckor och självmord behöver ibland vara specifikt utformat och hanteras av tränad personal. Ofta får akutmottagningar ge snabbt stöd vid plötslig död, och personalen måste vara observant på kraftiga reaktioner bland efterlevande. Att förlora make eller maka på en akutmottagning eller intensivvårdsavdelning skapar ofta stor förvirring bland äldre personer.

Ett enkelt sätt att stödja den efterlevande kan vara, att personalen ringer ett tag efteråt för att låta den sörjande ställa frågor eller berätta om sin situation. Att ha en tillgänglig stödjare ger kontinuitet och kan ibland ge tillräcklig trygghet för att gå vidare utan särskilt stöd. Att se den döde, vilket oftast förespråkas, kan ibland vara svårhanterligt för både efterlevande och personal om den dödes kropp är vanställd.

Skrivterapi, dvs. att formulera sina upplevelser i skrift, har rekommenderats som en enkel åtgärd också vid plötsliga förluster. Det sägs minska ångest och nedstämdhet och medföra snabbare återhämtning.

Sorg vid självmord

Självmord är inte ovanligt bland äldre, vanligare bland män och ofta kopplat till negativa livshändelser. Geriatriska självmord brukar benämnas "the preventable death". Äldre personer söker inte i första taget specialistkompetent personal vid psykisk ohälsa. Med större kunskap och bättre skattningsmetoder skulle självmordsfrekvensen kunna minskas. I Sverige överträffar självmord bland äldre antalet självmord bland yngre. Vanliga anledningar till att äldre tar livet av sig är bl.a. psykisk sjukdom och familjekriser.

Studier av äldres sorg efter att make eller maka tagit sitt liv är fåtaliga. Rekommendationer till särskilt stöd för detta dödsätt tycks inte finnas utarbetade. Sorgen vid makens/makans suicid blir ofta vad som betecknas som komplicerad. Komplicerad, förlängd eller förvrängd (distorted) sorg leder ofta till ökad morbiditet och mortalitet, och behovet av psykiatrisk intervention är oftast stor. Behandlingen kan bestå i sorgerådgivning, psykoterapi (enskilt eller i grupp), vidgat familjestöd och medicinering. Det är vanligt med besök hos hus- eller allmänläkare efter förlust av partner. Denne måste särskilt noga observera och följa upp suicidala tankar och risker. Äldre efterlevande med suicidönskan brukar ha kraftiga depressiva symptom, känna stor hopplöshet inför framtiden, uppvisa stark ångest och mer komplicerat sörjande, samt anse sig få alldeles för dåligt stöd.

Efterlevande maka eller make vid självmord sägs ofta få ett sämre emotionellt stöd för sina känslor av sorg och depression jämfört med "normala" dödsfall. Stöd och hjälp till efterlevande vid suicid måste sökas genom de kanaler – psykiatriska krismottagningar - som finns tillgängliga eller via konventionellt stöd av läkare/psykiater, psykolog, kurator, psykoterapeut, m.fl. Äldre människor brukar vara obekanta med psykiatriskt eller terapeutiskt stöd eller tvekar att söka sådant.

Suicidpreventiva program finns på olika platser i Sverige, liksom organiserade stödinterventioner för efterlevande, företrädesvis genom SPES (SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd). Organisationen bedriver forskning om suicid, tar fram stödprogram och erbjuder anhöriga aktivt stöd, bl.a. genom telefonjour.

Sorg hos dementa

En försvärande faktor när det gäller att bedöma sorgearbete är, när den kvarlevande är dement eller förståndshandikappad. Själva uttrycken för sorg, men inte reaktionerna hos dessa personer, sägs avvika från det vanliga. De här gruppernas behov av stöd och tröst har för det

mesta förbisets. De behöver få upprepade förklaringar om vad som skett, vara med på begravningen och göra täta besök vid graven. Då minskar frågorna om var den avlidne är, och varför han eller hon inte hälsar på, något som även underlättar vårdssituationen för personal och anhöriga.

Hur en dement person upplever förluster är hittills mycket litet studerat. Även om sorgen delvis kan vara annorlunda hos dementa, är inte gruppen mindre viktig att beskriva. Stödmöjligheter skall givetvis kunna erbjudas även utifrån de demenssjukas förutsättningar för upplevande och lindring. Upprepningar, förtydliganden och extra konkretiseringar sägs minska förvirringen kring förlusten.

Ofta utesluts personer med misstänkt demens ur sorgestudier, mest p.g.a. svårigheterna med att göra frågor förståeliga och få trovärdighet i svaren. Andra och annorlunda sorgereaktioner måste också studeras, och undersökningsmetodikerna kanske ändras vid demenstillstånd.



INTE VAR DET NÅGOT SVEK

Det gick en hel timme i går
Utan att jag tänkte på dej
Du var inte som vanligt bakom mig
Du var heller inte vid min sida

Hände det något roligt?
Var jag engagerad av någon annan?
Nej, jag diskade
Och du var borta en hel timma

Känslan kom att jag svikit dej
Men det var ju aldrig jag som svek
Det var *du* som lämnade oss
Det var *du* som följde döden
Det var *du* som gick
Jag och sorgen var kvar

Igår var det bara så
Att också sorgen lämnade mig en timma

STÖD I SORGEN

Sorgen efter en älskad livskamrat kan fälla den starkaste. Så gott som alla är överens om att situationen som efterlevande är den mest påfrestande och stressande händelsen under en människas livstid.

Många kommer inte igenom en sådan livskris utan hjälp från andra. Men var finns stödet, när också familjen och vännerna sörjer? Hur finner man en passande samtalspartner eller en stödgrupp? Hur kommer man i kontakt med professionellt stöd och har jag i så fall råd med det? Frågorna är många.

Svenska kyrkan och frikyrkorna har en lång tradition av sörjandestöd. Men vart vänder sig de änkor och änkemän som av olika anledningar inte tycker att kyrkans forum passar dem?

”Kuratorerna på de sjukhus som vi varit i kontakt med blir överlyckliga när de får någon att vända sig till eller ett namn som de kan rekommendera”, säger ordföranden i Riksföreningen för änkor och änkemän, Monica Nanni. Riksföreningen förmedlar genom sina lokalkontor runt om i landet bl.a. kontakt med stödfamiljer för änkepersoner under 65 år. ”Men de äldre änkor och änkemännen börjar komma nu och det behövs helt andra resurser att hjälpa dem. De äldre finner det långt till aktiviteterna och otryggt att vara ute på kvällen. De önskar kontakt med någon som bor i närheten, som de kan dricka eftermiddagskaffe med och gå ut och promenera med. De känner sig utanför i pensionärsföreningarna därför att de känner att de inte får beröra sin sorg. Sorgen tycks skapa obehagliga tankar hos den som inte är drabbad. Därför väljer änkan/änkemannen utanförskapet.”

Det mesta stödet i sorgen kommer vanligtvis från familj, vänner och bekanta. Stödet kan också komma från människor i olika yrken och funktioner, exempelvis sjuksköterskor, läkare, kuratorer, psykologer, präster och diakoner. Av många skäl kan emellertid professionella stödjare inte alltid anlitas.

Sjukhus med palliativa avdelningar och hospice börjar erbjuda specialutbildad personal till efterlevande, men lika ofta får personal utan terapeutisk specialistkompetens ge stöd och råd. I Sverige har kyrkans personal och begravningsentreprenörer också omfattande stöd- och rådgivningsuppgifter vid sorg.

Samtals- eller stödgrupper för sörjande kan ha många utseenden och beteckningar. De vanligaste är stödgrupper, sorgerådgivningsgrupper och självhjälpgrupper. Frivillig- och lekmanng grupper är en annan samlingsbeteckning på stödgrupper. Självhjälpgrupper vid sorg har blivit alltmer vanliga och innebär oftast, att sörjande möts och hjälper varandra under ledning av en person som själv upplevt sorg men har den bakom sig. I sjukvårdande sammanhang används oftare kombinationen av professionellt ledda stödformer och frivilligstöd, såsom i olika palliativa vårdprogram och hospiceprogram för efterlevande.

Målsättningar med sorgerådgivning är generellt att:

- hjälpa den sörjande att tala om och acceptera förlusten
- hjälpa den sörjande att känna igen och uttrycka sina sorgereaktioner

- hjälpa den sörjande att leva utan den som dött och fatta egna beslut
- hjälpa den sörjande att skiljas emotionellt från den som dött och inleda nya bekantskaper
- ge stöd vid speciella tidpunkter efter förlusten (exempelvis årsdagar och helger)
- beskriva normalt sörjande och skillnader i sörjandet
- ge kontinuerligt stöd
- hjälpa den sörjande att komma underfund med egna strategier att hantera sorgen på
- identifiera anpassningsproblem
- vid behov rekommendera lämpligt professionellt stöd

Självhjälpgrupper

Självhjälpgrupper har funnits i "alla tider" och variationen har varit – och är – stor. De sägs utgöra ryggraden i den västerländska kulturen. De kan ha både professionell och icke-professionell form och får tillgodose behov och önskemål av vitt skilda slag. Sorgegrupper och stödgrupper för anhöriga till svårt sjuka och döende patienter har blivit alltmer vanliga. De vänder sig till olika åldersgrupper, både till barn, vuxna och äldre. Effekterna av självhjälpgrupper sägs i allmänhet vara gynnsamma på stress och nedstämdhet. Ofta är det hjälpande att erfara genom andra, att man inte är ensam om sina svåra känslor.

I USA har det länge funnits bearbetningsgrupper för sörjande som arbetat på ideell basis. Dessa änka-till-änka-grupper innebär, att en person som upplevt, bearbetat och kommit igenom sin egen sorgesituation tar kontakt med andra nyblivna änkepersoner för att erbjuda sitt stöd. Metoden är enkel, naturlig och har visat sig ha terapeutisk effekt. Hjälpen ges av den som är bäst insatt i sörjandets natur, nämligen en som själv gått igenom en sorg. Den är dessutom samhällsekonomiskt fördelaktig i det att den kräver minimal professionell hjälp och kostnad.

En av grundprinciperna i änka-till-änka-grupper är att de skall bestå av änkepersoner. Det ger deltagarna känslan av att man "kan komma precis som man är". Känslorna får synas utanpå. Om någon uteblir, förstår de andra i gruppen att den dagen var det för svårt att ens gå till gruppen. Att dela en svår erfarenhet med andra och våga visa spontan känsla bygger broar och inger trygg gemenskap, som leder en vidare i livet. Träffarna blir till både självhjälp och ömsesidig hjälp. Man kan lära sig av andra som är "steget före" och därför kan ge vägledning.

Modellen är ursprungligen icke-hierarkisk, dvs. ingen hjälpare står högre i rang än den andre i betydelsen att ingen skall ha stämpeln på sig att vara antingen hjälpare eller mottagare av hjälp. Ömsesidigheten är det viktiga: att utveckla en relation till en annan människa i samma situation. Folk som står mera vid sidan av sorgen ställer ofta för stora förväntningar på den sörjande vad gäller återhämtning. Medsystarna i sorgen vet att det tar tid att komma igenom förlusten. Efter gruppernas "organiserade" träffar kan samvaron fortsätta utanför det etablerades ram, t.ex. hemma hos någon. Änkegrupperna sägs föra med sig att den sörjande kan:

- släppa in människor i tillvaron igen, få vänner
- sluta vara helt uppslukad av förlusten och bara se de egna bekymren
- bli mer förstående och lyhörd för andra
- slippa förklara eller ursäktas sina reaktioner
- identifiera sina känslor inför det som hänt och händer
- få bättre självförtroende och ökat oberoende
- lära sig av de andra olika sätt att hantera sorgen på, att se alternativen i tillvaron
- känna sig som en resurs för andra

- fylla tiden med något meningsfullt

Övertygelsen - enligt tillgänglig litteratur - om självhjälpgruppers nytta varierar. Nyttan har t.o.m. ifrågasatts. Sorgerådgivning och sorgeterapi vid normalt sörjande har av några forskare befunnits hjälpsamt endast för de deltagare som agerade aktivt i självhjälpgrupperna. Endast små framgångar har i vissa fall befunnits ske i självhjälpgrupper som leddes av icke-professionella. Man betonar vikten av noga utvalda ledare, nödvändigheten av kunskap och tillgången till professionellt stöd vid behov. Man behöver förmodligen särskilja självhjälpgrupper från stödgrupper och behandlingsgrupper.

Stödgruppers resurser och deras begränsningar, storlek, sammansättning, teknik, mål, struktur, utveckling, positiva eller negativa effekter samt grupproblematik behöver tydliga regelverk. Det framhålls ofta som viktigt att ha kunskap, ansvar och ett etiskt och lagligt ramverk att hålla sig till.

Vårdpersonal som ofta stödjer

Sorg efter en älskad varelse är mångfacetterad och krävande. Sorgen lämnas ofta i händerna på den drabbade och den närmaste familjen. Mer och mer har man dock insett, att sorgesituationen är en risksituation för både psykisk och fysisk hälsa, socialt liv, ekonomi, m.m

Sjukvården har inte förrän de senaste tre decennierna på allvar kommit att framstå som den verksamhet, varifrån man på nära håll har möjlighet att följa ett sorgeförlopp med både prevention och uppföljande intervention. Såväl allmänläkare, specialist-, som hus- eller familjeläkare ser ibland "hela det långa förloppet" av en sjukdom. De kan i bästa fall följa patient och anhöriga under den sjukets slutfas i livet, närvara vid dödsfallet, samt stödja anhöriga efteråt. I näst bästa fall får patient och efterlevande omsorg från två läkare, sjukhusläkaren och familjeläkaren, om dessa båda korresponderar kring dödsfallet och söker finna bästa stödet för de drabbade. Ofta ser dock verkligheten annorlunda ut i den hårt ansträngda sjukvården.

Det är därför läkare och annan sjukvårdspersonal i allmänhet behöver kunskap och redskap för att identifiera sorgens yttringar. De behöver kunna ställa de "rätta" frågorna, finnas till hands, stödja eller remittera den sörjande till rätt instans.

Sjuksköterskan och distriktssjuksköterskan är den vanligaste personalkategorin för stödjande verksamhet vid förluster på sjukhus. Flertalet artiklar om död och sorg framhåller sköterskans viktiga roll som tröstare, stödjare och vägledare. Även när dödsfall väntas, kan sjuksköterskan hjälpa både den döende och de anhöriga att skapa emotionell kontroll, avsluta ogjorda saker, hantera antecipatorisk sorg och underlätta avskedet.

Det är bra om sjuksköterskor erbjuder sorgerådgivning till alla sorgedrabbade anhöriga. Ofta är de bekanta med både den döende och dennes familj, liksom även med de starka känslor, eventuella komplikationer och risker som förlust och sorg väcker. Sköterskan har stora möjligheter till preventiva insatser för efterlevande, vilket kan minska behovet av vidgat formellt stöd. Sjuksköterskors stödverksamhet i efterlevandesituationen upptar mer och mer av deras arbete. Eftersom det är särskilt viktigt att kunna utskilja komplicerad sorg, behöver de ibland ökad kunskap i både teori och praktik.. Att meddela svåra saker som en diagnos med dödlig utgång eller informera om ett plötsligt dödsfall är bland de svåraste uppgifterna som kan hamna på sköterskans bord och kräver alltid känsla, lämplighet och kunnande.

Husläkaren och allmänläkaren har liksom sjuksköterskan en unik möjlighet att stödja i sorgesammanhang. Detta kan gälla också på privata läkarmottagningar. Läkare möter mera de

efterlevande ur ett sjukvårdande perspektiv, dvs. de konsulteras för sorgerelaterade fysiska och psykiska symptom. Många besvär hos sörjande är inte alltid medicinerbara. Läkaren hjälper ofta till med läkemedel mot sömnlöshet och nervösa besvär, trots att samtalsstöd vore det bättre alternativet. Lugnande besked och rådgivning från annan sjukvårdande personal med god kunskap om sörjandereaktioner skulle kunna förhindra en hel del besök och därmed minska sjukvårdskostnaderna.

Ofta är det fler än en person som har rollen som stödjare i sjuk- eller hospicevård. Vårdteamets sammansättning och ansvar i stödjande syfte behöver specificeras för optimal hjälp åt de sörjande. Med uppdelning av åtagandena och riktade insatser utifrån det tvärfackliga stödteamets olika kompetenser undviker man, att stödinsatserna ”överlappar” varandra. Med rätt förberedelser i ett vårdteam och ett detaljerat program för sörjandestöd kan man kanske slippa anlita annan professionell stödsats.

Kuratorn har traditionellt sett haft en lång och viktig roll i allt patientnära arbete. Vägledning och rådgivning i ett brett perspektiv har legat på kuratorns bord. I teamet kring den sjuke och efterlevande har många praktiska ärenden tagits om hand eller delegerats genom kuratorn. Ofta har kuratorn idag fortbildning i psykoterapi eller andra stödformer. Inte sällan blir kuratorn den naturliga stödjaren i sorgen, när den efterlevande söker hjälp med olika praktiska ställningstaganden.

Sjukgymnastens och arbetsterapeutens roll är också viktiga. De samarbetar ibland med kurator i uppföljning genom besök i hemmet eller i stödgrupper. Avspänning och gymnastik kan mycket väl förenas med stödsamtal hos kurator. Arbetsterapeuten får ett bra tillfälle att se hur det går för den kvarlevande vid hembesöket när han eller hon exempelvis hämtar hjälpmedel. Det finns många vägar för arbetsterapeuten att hjälpa änkan eller änkemannen att anpassa sig en ny och meningsfull livssituation. Dock har man bara börjat inse betydelsen av arbetsterapeutens medverkan.

Dietistens roll är självklar i palliativ vård. Men det är inte endast viktigt för den svårt sjuka patienten, utan också för den närstående och efterlevande att få råd och stöd. Försämring av matvanor och viktnedgång skulle kunna förhindras med vidgat dietiststöd.

Såvitt känt finns inte sörjandemottagningar som har ett sammanhållet tvärprofessionellt stödteam - läkare, sköterska, psykolog, kurator, själavårdare, dietist sjukgymnast och arbetsterapeut - att remittera till. Om utbildningskoncept tillskapades, skulle ett sådant stöd kunna finnas i beredskap och vara särskilt bra för de fem till tio procent äldre sörjande som har behov av vidgat stöd. Visserligen skulle det kunna medföra initialt ökad belastning på sjukvård, men i det långa loppet förhindra långvarigt vårdsökande.

En fallbeskrivning

Fru Perssons 76-åriga make har krångel med sitt hjärta, som gjort att han länge vårdats av familjens läkare men har på sistone tvingats söka akutvård flera gånger. Paret har kommit att inse, att en bättring av sjukdomen inte är möjlig och önskar mesta möjliga symptomlindring under den tid som herr P har kvar.

Makarna är nedstämda och herr P är orolig över sin frus reaktioner som förändrat henne på flera sätt. Hon verkar mycket irriterad och ängslig, gråter ofta, ligger sömlös och tycks ha tappat både dagliga rutiner och mat- och livslust. Deras gamle familjeläkare, doktor Johnsson, tycker att hon verkar deprimerad, men tror samtidigt att det kan vara yttringar av förväntad (anteciperad) förlust.

Med den bilden av fru P väljer dr J att träffa paret tillsammans för att få reda på vad fru P egentligen vet om makens tillstånd och prognos. Han vill tala så öppet det går om vad som väntar. Läkaren uppmuntrar paret att tala om livet som de haft tillsammans så att ett slags bildlig och bokstavlig resumé görs kring gemensamma, viktiga händelser. Paret P vill också tala med familjens präst som döpt och konfirmerat barnen och varit deras andliga rådgivare i många år. Fru P söker honom också enskilt flera gånger under ett par månader. Hon har också en del kontakt med sina närmaste väninnor, några av dem änkor. Trots litet kontakter utåt, är hon ledsen, orolig, rastlös och sover ibland med hjälp av sömmedel. Paret orkar dock tala sinsemellan om vad som förestår och tycks kunna planera litet för vad som komma skall.

Familjens läkare har använt sig av möjliga stödjande åtgärder vid antecipatorisk sorg: a) uppmuntrat till öppen diskussion, b) tydliggjort en del framtida skeenden och planerat praktiskt, och c) hjälpt till att initiera och närvarit vid genomgången av parets livshändelser (resumé).

När herr P åter blir åter svårt sjuk, samlas familjens vuxna barn och fru P vid det som blir en dödsbädd på sjukhuset. Herr Ps läkare kan närvara, när hans gamla patient dör. Samtidigt kan han ge stöd till familjen, mest till fru P som gråter hejdlöst, är mycket uppriven och vägrar inse att maken är död. Barnen vill att mamman skall få "något lugnande". Fru P tycker, att allt känns överkligt och chockartat, även om hon förstått utgången.

Läkaren gör det som stunden kräver: han finns med i rummet och ger genom sin närvaro ett värdefullt stöd. Han kan samtidigt se familjens reaktioner, beklaga förlusten och därmed bekräfta dödsfallet. Han kan också lugna barnen med att moderns reaktioner är normala och adekvata. Han och vårdteamet ordnar så att familjen får vara hos den döde, sörja och göra den döde i ordning, få sällskap hem och hjälp med en del tänkbara praktiska bestyr.

I sådana här situationer av akut sorg har läkaren (eller annan i vårdteamet) också möjlighet att hjälpa genom att berätta hur man brukar reagera de närmaste timmarna eller dagarna efter ett dödsfall och ordna kontakt med stödteamet på sjukhuset om så behövs.

Om det visar sig, att det behövs vidgat stöd för fru P kan stödet bestå i att ringa, skriva eller besöka den sörjande, försäkra sig om att sorgereaktionerna är normala, bedöma hur den sörjande tar itu med sorgen, uppskatta den sörjandes stödnät, ekonomiska eller praktiska bekymmer, eventuellt ge förslag på professionellt stöd eller frivilligstöd, och/eller erbjuda återbesök till läkarmottagning.

Återbesök efter dödsfallet

Vid förnyad kontakt med den sörjande kan det vara lämpligt (för läkare, sköterska eller annan i vårdteamet) att ställa vissa frågor av kritisk karaktär (Vad gör ni om dagarna?, Vad har hänt sedan sist?, Hur har ni känt er (psykiskt och fysiskt)?, etc.). Särskilt lämpligt kan det vara att utgå från några halvstrukturerade frågor som exempelvis:

- Ni har upplevt en hel del de senaste veckorna. Hur har det varit?
- Hur har saker och ting varit annorlunda för er?
- Är det något särskilt problem som oroar er?
- Tycker ni att någon har varit till bra stöd den senaste månaden?
- Har detta stödet underlättat tillvaron för er?
- Hur går det med saker och ting hemma?
- Hur går det med ekonomin?

När det gått en eller par månader bör man förvissa sig om att sörjandet fortsätter i rätt riktning och inte har övergått i depression. I så fall bör man ge den sörjande ny tid för konsultation, överväga ge eller remittera för antidepressiv behandling och/eller terapi. Tecknen på verklig depression kan vara svåra att skilja från mer normala sorgereaktioner, eftersom skuld, dödstankar och psykomotorisk retardation förekommer i båda fallen. Det kan dock indikera depression, om symptomen börjar en till två månader efter förlusten och sträcker sig över en längre tid eller om dödsfallet varit traumatiskt eller plötsligt.

När bör man söka professionell hjälp?

När stödet från vänner och anhöriga inte räcker till och besök hos husläkaren, prästen, diakonen eller stödgruppen inte heller tycks leda till anpassning, kan det vara lämpligt med mer professionell hjälp (psykiatrisk hjälp eller stöd hos professionella sorgerådgivare eller terapeuter). Sådan hjälp i sorgen brukar betecknas sorgeterapi. Viktiga observanda sägs vara:

- ihållande svår ångest
- ihållande sömnproblem
- kraftig viktminskning eller ökning
- suicidtankar

Men även för en tränad läkare, psykolog eller terapeut kan diagnostiseringen innebära problem. Ledtrådar till olösta sorgereaktioner i komplicerad sorg kan vara:

- den efterlevande kan inte tala om den döde utan att uppleva intensiv sorg
- obetydliga händelser utlöser intensiv sorg
- den sörjande vill inte göra sig av med den dödes föremål (kläder, etc.)
- den sörjande kan ha utvecklat samma symptom som den döde hade
- sjukdomsfobi för den sjukdom som den döde led av
- förändrad livsstil och isolering
- den sörjande uppvisar falsk eufori
- imiterande av den döde
- självförstörande impulser
- nedstämdhet vid årsdagar och större helger
- speciella omständigheter kring dödsfallet

Sorgeterapi

Sorgeterapi kan utgöra alternativet för människor med svåra sorgereaktioner med mindre vanliga beteenden, påtagliga fysiska problem eller atypisk sorg. Målet med sorgeterapi brukar vara att lösa patologisk sorg som vid utebliven, fördröjd, överdriven eller förlängd sorg. Mestadels går det ut på att känna igen och lösa de problem som gör att den sörjande har svårt att skiljas från den avlidne. Ofta handlar det om att hjälpa den sörjande att "avsluta" sorgen. Man kan få sådan terapi enskilt eller i grupp. Vanligen bestämmer man från början antal gånger man skall träffas, sätter upp målen för terapin och bestämmer vad man skall uppnå.

Den sörjande får tala om den döde och försöka identifiera om han eller hon upplever "adekvat" mängd och intensitet av känslor. Det kan vara att identifiera ilska, skuld eller andra negativa och obehagliga känslor som står i konflikt med de positiva känslorna. Sorgeterapin hjälper till att bryta negativa mönster och hjälpa känslor att komma till ytan. För att komma igenom sorgen och gå vidare i livet utan den man förlorat måste man ha accepterat att

förlusten skett och känslomässigt tagit till sig detta. Sorgeterapi kan generellt sägas hjälpa till att:

- utveckla förmågan att uppleva, uttrycka och vänja sig vid smärtan som förlusten medfört
- finna effektiva sätt att handskas med dessa smärtsamma förändringar
- inse att förlusten är definitiv
- hitta vägar till "adekvata" band med den döde
- hålla sig frisk och fungera i dagligt liv
- ta små steg i taget mot en ny livsföring/livsstil
- återta kontakter med andra
- utveckla ett sunt förhållningssätt mot sig själv och omgivningen
- föreställa sig livet efter sorgeperioden
- överväga behandling som vid PTSD

Komplikationer i sorgen kan också vara en följd av tidigare eller samtidiga förluster som inte hanterats riktigt. Tidigare blockeringar kan behöva lösas, liksom obearbetade konflikter. Andra förluster och sorger kan därför också komma att bli en del i sorgeterapin. Vanligtvis sker sorgeterapi hos psykiater, psykolog och psykoterapeut eller i samverkan mellan dessa. När den sörjande själv upplever, att han eller hon mår bättre (sörjer mindre), ändrar sitt beteende (exempelvis upphör med det ständiga sökandet av den döde i minnen och tankar) eller har mindre kroppsligt ont, kan terapin sägas ha haft framgång.

Stöd på sjukhus och hospice

Eftersom många dödsfall sker på sjukhus eller hospice, är det viktigt med beredskap vad gäller stöd och rådgivning både före och förlusten samt vara riktad till alla parter involverade i situationen (patient, anhöriga och personal). Många betonar behovet av förberedelse inför förlusten och vad som kommer därefter. Sjukhus och andra vårdinrättningar utomlands har ofta noggrant utarbetade program för omhändertagande vid olika krissituationer och innefattar uppföljningen av efterlevande. I Sverige är sådan uppföljning ganska bristfällig. Många andra länder har också väl utvecklade nationella program för sörjande. De ger lättåtkomlig vägledning genom en rik variation av kanaler. Samtal - enskilt och i grupp - är den vanligaste stödformen.

Medicinsk behandling ges företrädesvis vid komplicerad, atypisk sorg med ihållande depressiva symptom, vilket kan förekomma i cirka 15 procent av nyblivna sörjande. Även om egentlig depression inte är vanlig i sorgebilden, bör eventuella symptom observeras och vid behov behandlas. Särskilt bör reaktioner efter "onormala" dödsfall (suicid, olyckor, plötslig död, etc.) registreras. Bedömning, medicinering och behandling bör då ofta ges utifrån samma kriterier som för andra deprimerade patienter.

Om sorg på nätet

Hjälp i sorgen säger sig en del efterlevande få genom att dela sorgen med andra via Internet. På olika hemsidor finns t.ex. sörjandeskidringar som man kan ta del av. Det finns möjligheter att mejla sina egna reaktioner och få gensvar från andra. Sådant utbyte sägs vara särskilt bra för individer som bor långt bort från sörjandestöd, eller som har problem med transporter och barnpassning. Sjukvårdspersonal skulle lätt kunna guida efterlevande till lämpliga alternativ på "nätet". I Sverige finns sådana möjligheter bl.a. genom Vimil (www.vimil.se) och Riksförbundet för änkor och änkemän (www.enkorna.nu). Information om sorg tillhandahålls exempelvis av www.sjukvardsradgivningen.se.

Egenläsning, dikter, böner, musik och anteckningar

Många sorgeforskare framhåller andra möjligheter till hjälp till självhjälp i sorgen. Sörjande som inte har eller söker stöd hos andra människor kan ibland vara hjälpta av litteratur om sorgereaktioner, läsa dikter som kan tänkas ge lindring och vägledning, be böner eller föra ett slags egen journal över dagliga känslor, tillstånd och förändringar. ”Läs högt i grupp eller tyst för dig själv!” lyder uppmaningen särskilt till dem som har svårt att själv sätta ord på sorgen eller inte vågar visa den för andra. Många tycker, att de har nog med sin egen sorg och inte behöver andras upplevelser i tryckt form. Andra finner vägledning och tröst av skrifter i ämnet, som ofta bekräftar normaliteten i läsarens starka reaktioner.

Från vissa håll föreslås att den sörjande skall skriva brev till den avlidne för att uttrycka känslor och säga farväl. En del uppmuntras att plantera ett minnesträd, skriva dagbok, minnesbok eller skapa ett fotoalbum om den avlidne. Att dela sin sorg med andra genom att ”chatta” har börjat förekomma även i Sverige. Svenska webbplatser med information kring sorgereaktioner, stödmöjligheter och praktisk verksamhet börjar också dyka upp.

Generellt gäller uppfattningen, att man lättare kan formulera det svåra som inträffat om man känner igen sig i skriven text. Tankarna och känslorna sätts på pränt, och sorgen bearbetas genom att aktualiseras, inte förträngas.

Musiken har också en helande inverkan på känslolivet. Ofta är valet av begravningsmusik – psalmer, solosång eller musikstycken – av stor vikt för den sörjande. ”Hon (eller han) tyckte så mycket om just den här sången”, menar många och önskar att den spelas på begravningen.

SÖRJANDESTÖD I ANDRA LÄNDER

Många länder har utvecklat egna nationella stödprogram både i upplysningssyfte och i avsikt att tidigt kunna stödja i olika situationer av kris och förlust.

Australien har många framstående forskare kring döende, sorg och stöd. Många har samverkat för att ta fram mätmetoder för sorg, bygga upp rådgivningsenheter och utveckla nationella program för sörjande. Sörjandestödet i Australien är väl utvecklat, informationen lättåtkomlig och överskådlig och deltagandet i regel kostnadsfritt. På många, olika webbsajter går det att finna sorgerådgivning, som spänner över många dimensioner före, vid och efter ett dödsfall. De ger i allmänhet riklig information vid förluster av barn, ungdom, föräldrar, make eller maka, husdjur, m.m., samt har rekommendationer till rådgivnings- och stödcentra (counselling centres).

För sörjande i området Bendigo med omnejd finns en omfattande guide/katalog utarbetad (*Loss and Grief Resource Guide*). Den beskriver många moment i sörjandet, generellt och mer specifikt. Innehållet spänner över förluster av partner, barn, förlust genom cancer, olycka, plötslig och oväntad död, traumatisk sorg och ger råd till anhöriga som vårdare. Ett av kapitlen behandlar sorg speciellt bland barn, ungdomar och män. Ett annat avsnitt behandlar strategier i sorgen, stöd, hur man själv handskas med sorgen, samt vilka möjligheter till stöd och rådgivning som finns både i ett lokalt och landsomfattande perspektiv. Andra stödresurser, t.ex. bibliotek, böcker, tidskrifter, video och Internetresurser beskrivs också.

Guiden vänder sig mest till professionella stödjare, men även till frivilligarbetare, olika kommunala sektorer och socialtjänst. Man vill med guiden öka medvetenheten om konsekvenserna av olika förluster, vidga förståelsen för sorgreaktioner och öka förmågan att förstå känslor och symptom förknippade med förlust och sorg. Genom guiden vill man också lyfta fram och förstärka stöd- och rådgivningsmöjligheterna. Man är noga med att poängtera, att guiden inte skall ses som en ersättning för professionellt stöd, utan ge ledning till vägar i och genom sorgesituationen.

Särskilt guidens "katalog" över landsomfattande sörjandeservice (State Wide Services) förtjänar att omnämnas. Däri finns ett stort antal hänvisningar genom ett brett register med telefonlinjer, sorgelinjer, krislinjer, stöd- och rådgivningsställen, utbildningsenheter i sörjande- och rådgivningssammanhang, m.m.

Japan med en kraftigt växande äldrebefolkning har tagit fasta på det stora antalet kommande äldre änkor. Organisationen *Japanese association for death education and grief counselling* har infört sörjandeutbildning för att landets hustrur skall vara bättre rustade när maken dör. Riktade stödprogram för sörjande i Japan avser också att möjliggöra snabbare återhämtning i sorgen.

Man räknar i Japan med att många män och familjeförsörjare kommer att sluta sina dagar före hustrun. Ofta sägs det kunna härledas till alltför stor arbetsbörda och utbrändhet med påföljande sjuklighet och död. Hustrun bör då vara beredd på att kunna skapa sig en ny identitet utan maken för att finna ny mening i tillvaron.

Kanada ger ut medlems- och nyhetsblad till de äldre i samhället. Ibland tar man upp ämnet förluster. Av landets omkring 1.5 miljoner änkepersoner är 75 procent över sextiofem år. I refererade nummer av Newsletter medverkar Manitoba Senior Citizens med en handbok där man bl.a. föreslår åtgärder före och i samband med förlust av make eller maka. Stödgrupper och organisationer för sörjande räknas upp och omfattar Atlantic Canada, Quebec, Ontario och Western Canada. Ett tiotal webbsajter namnges, liksom vetenskapliga publikationer om sorg samt tips för sörjande.

Storbritannien har ett omfattande utbud av stödverksamhet vid sorg. Huvuddelen är kostnadsfri. Majoriteten av organisationerna drivs på ideell eller nationell basis och är kopplade till sjukvård, regering, begravningsbyråer, kyrka och hospice. Det finns också olika inriktningar på stöd beroende på den sorts stöd som den sörjande är i behov av t.ex. vid förlust av hustru/make, barn, förälder eller vän. De erbjuds också råd om hur de skall hantera ekonomi, annat pappersarbete och begravningsarrangemang. Vidare har också flera stödorganisationer specialutbildad personal som har djupare kunskap om kulturer, religioner och språk för att underlätta kommunikation och hjälp. Flertalet stiftelser erbjuder också vidareutbildning för yrkesverksamma inom området.

För att säkra kvaliteten av stödverksamhet i landet upprättade 1998 den brittiska National Bereavement Consortium (Cruse Bereavement Care, London Bereavement Network, National Association of Bereavement Services och National Council for Hospices and Specialist Palliative Care Services) så kallade *Standards for Bereavement Care in the U.K.* De riktar sig till följande grupper:

- *sörjande vuxna* – denna grupp skall kunna känna sig trygga och säkra på att det stöd de får och de personer som tillhandahåller tjänsten, är av kvalificerad art.
- *stödverksamhet* – verksamheten skall vara av god kvalitet, validerad och säkerställd och med fortsatta försök till ständig förbättring.
- *sjukvård och annan social verksamhet* – de professioner som remitterar sörjande till olika instanser/organisationer skall kunna försäkra sig om stödverksamhetens kvalitet.
- *anslagsgivare* – hjälpverksamhet skall vara öppen och visa ansvar för den vård den ger och därigenom lättare kvalificera sig för anslag.

Det främsta syftet med normerna är att dra upp riktlinjer för hur stödverksamhet skall kunna tillhandahålla ett stöd som är riskfritt, passande och etiskt. Vidare är det också viktigt att stödpersonerna är lyhörda för den omgivning som den sörjande individen lever i. Det handlar mycket om "att finnas där". Normerna tar upp åtta *Core Standards* (kärnnormer) efter vilka all sorgeverksamhet bör drivas:

1. *Konfidentiellt* - Respektera det förtroende och det privatliv som stödpersonalen får ta del av.
2. *Lika rätt till lika stöd* - Alla skall ha lika rätt till lika stöd oavsett bostadsort, civilstånd, etniskt/nationellt ursprung, finansiell status, handikapp, hudfärg, hälsostatus, kön, religion, sexuell läggning, språk eller ålder.
3. *Sund och trygg miljö* – Stödverksamheten skall erbjuda en sund, trygg och öppen miljö för de sörjande.
4. *Konfidentiell hantering av arkivering och administrering* – Stödverksamheten måste respektera och hemlighålla den information som delgivits dem enligt "the Data Protection Act 1988". Stödverksamheten måste också skötas på ett ansvarsfullt och professionellt sätt.
5. *God rekrytering och utbildning av volontärer och anställda* – Försäkra sig om att volontärer och anställd personal är utbildade och tränade i att stärka, utveckla och underhålla sin kunskap och färdighet i stöd vid sorg och förlust.
6. *Välformulerat syfte* – Alla stödorganisationer måste ha ett välformulerat syfte med sin verksamhet - hur stödet skall nå fram och vem/vilka som skall få ta del av det.
7. *Erbjuda stöd och tillsyn* – Även volontärer och anställda skall få stöd, samtal och tillsyn.

8. *Utbildning* – Volontärer och anställda inom stödverksamheten skall få utbildning och handledning för att kunna ge relevant stöd och råd till de sörjande.

USA har kanske det mest omfattande utbudet av organisationer för stöd åt sörjande. Detta stöd var innehållsrikt redan före den 11 september 2001, men tycks ha ökat särskilt vad beträffar katastrofstöd. Det finns väl etablerat sörjandestöd vid sjukhus, särskilt stödgrupper under professionell ledning eller lekmanna- och frivilliggrupper vid enheter för bl.a. cancervård, palliativa vårdavdelningar, hospice och intensivvårdsavdelningar. Pensionärsföreningar och andra sammanslutningar för äldre erbjuder eget eller förmedlar andra kontakter till sörjandestöd. Begravningsbyråer har nära kontakt med rådgivnings- och stödorganisationer i de fall de inte har egna sådana.

De större organisationerna är i regel icke-vinstdrivande. Nationellt finansierade organisationer, större donationer, större stöd från frivilligorganisationer, sjukhusmedel, m.m. är ofta förutsättningar för förmedlandet av sörjandestöd. Ekonomisk betydelse har också försäljningen av kurser för att bli sorgerådgivare (bereavement counsellors), sorgeterapeut eller andra typer av enskilda eller grupprådgivare. Böcker, kassettband och videor i ämnet sorg och rådgivning säljs för att bidra till finansieringen av stödverksamheter. Handböcker för sörjande finns i mycket stort antal och tycks spänna över varje tänkbar förlustsituation i livet.

De större stödorganisationerna tillhandahåller både tryckt och internetbaserat material för sörjande. Flertalet ger vetenskapligt baserade rekommendationer och vägledningar i sorgen och erbjuder professionell rådgivning. Kvalitetskraven i de större lands- eller världsomfattande rådgivningsenheterna tycks vara högt ställda. Sorgerådgivarna är ofta knutna till egna medlemsorganisationer.

Många "kringområden" till sorgesituationer ger också ett rikligt utbud av stöd, såsom traumatologer, hälsokonsulenter, kondoleanshjälp, rekreationshem, m.m.

Alla större stödorganisationer i USA är nätanslutna och ökar genom länkar (till präster, rådgivare, polis, psykologer, psykoterapeuter, läkare, sjuksköterskor, akutvård och stödgrupper) sitt användningsområde betydligt. Informationen om sorg på nätet är i regel kostnadsfritt, medan tjänster (rådgivning och stöd i olika former) kan vara belagda med avgifter. Varor som böcker och videor får man som regel betala för. Mycket material kan dock tas hem kostnadsfritt från nätet.

FÖRSLAG PÅ LITTERATUR

- Arvidsson-Artman L. Tröst : i praktiken. Argument 2002.
- Beck-Friis B. Förstå mig även nu. Libris 1987.
- Berggren C. Änka till änka. Tidningen Äldreomsorg 1999;16 (3): 37-39
- Birkehorn R. Brännande sorg. Nadiz 2001.
- Björklund L. Mannens reaktion vid traumatisk kris. Uppsats på www.terapeut.nu
- Björklund L. Modet att ingenting göra - en bok om det svåra mötet. Libris 2003.
- Bratteli R. Leva vidare ensam. Bonniers 1988.
- Cambell-Chiru T. Sorg, smärta, liv och lycka präglade den sista tiden. Läkartidningen 1999; 96 (9): 1034-9.
- Cleve E. En stor och en liten är borta. Wahlström & Widstrand 2002.
- Colgrave M. Våga vilja leva vidare efter en svår förlust. Benedictum 2002.
- Corless IB, Germino BB, Pittman M. Dying, Death and Bereavement. Jones and Bartlett Publishers 1994.
- Cronström-Beskow S. Sorgens många ansikten. Natur & Kultur 1991.
- Cullberg J. Kris och utveckling. Natur & Kultur 1992.
- Dyregrov A. Katastrofpsykologi. Studentlitteratur 2002.
- Dyregrov A. Små barns sorg. Rädda Barnen 1999.
- Ekvik S. När gamla föräldrar dör: den undervärderade sorgen. Verbum 2005.
- Enggren NG. Att förlora sin livskamrat. Verbum 1988.
- Ericson P. När en älskad dör. Allerbok Helsingborg 1986.
- Frankl VE. Livet måste ha mening. Natur & Kultur 1996.
- Fyhr G. Hur man möter människor i sorg. Natur & Kultur 1999.
- Gandini K. Lysa med sin frånvaro. Gandini Forma förlag 2002.
- Gray J. Att börja om. Brombergs 1999.
- Grimby A. Stöd och rådgivning underlättar i sorgen. Interventionsprojekt bland äldre nyblivna änkor och änklingar i Göteborg. Läkartidningen 1999; 96: 1838-42.
- Grimby A, Grimby G. Äldrandets villkor. Studentlitteratur 2001.
- Grimby A. Sorg bland äldre. SPF förlag 2001.
- Grimby A. Sorg och stöd bland äldre. Kunskapsmanställning och rekommendationer. www.spfpension.se/publikat.html#Grimby
- Grimby A. Att förlora livskamrat. www.sjukvardsradgivningen.se
- Gröning Y. Kärleks pris. En berättelse om sorg. Natur & Kultur 1996.
- Gyllenswärd G. Stöd för barn i sorg. Rädda barnen 2001.
- Gyllenswärd G. Aldrig i livet. När någon i familjen har tagit sitt liv. Ungdomar berättar. Rädda Barnen 2001.
- Hillgard L, Keiser L, Ravn L. Sorg och kris. Liber 1998.
- Hollo A. Vård av barn i livets slutskede. www.sjukvardsradgivningen.se
- Håkansson E. Vägar genom sorg. Centrum för kriskunskap. Stockholm.
- Inghammar B. Samla mina tårar; om sorg och sörjande. Pro Caritates förlag 1989.
- Jonsson S, Hagström A. En bro över mörka vatten. Cordia förlag 1990.
- Kide P. En gång ska vi alla dö. Fonus 2003.
- Kihlman Iris. Hela sorgen. Sellin & partner 1998.
- Krisberedskapsmyndigheten. Trossamfundens medverkan i krishantering 2002.
- Krook C. Omsorgen i livet. Proprius AB 2003.
- Kubler-Ross. E. Döden är livsviktig. Natur & Kultur 1991.
- Larsson R. Maria vill fara hem: glädje och sorg under demenssjukdomens sista år. Demensförbundet 2000.

- Larsson G, Österdahl L. Krishantering - en handbok för vanligt folk. Statens Räddningsverk 2003.
- Lendrum S, Syme G. Gift of Tears: A Practical Approach to Loss and Bereavement Counselling. Routledge 1992.
- Lewis CS. Anteckningar under dagar av sorg. Libris 1979.
- Lindberg K. Samtal lindrar skadorna efter kris och sorg. Läkartidningen 1998; 95(14):1553.
- Ljungman S. Döden: en del av livet. Cordia 2001.
- Lockne G. Sorg. Apoteket 1992;13 (2): 18-20.
- Lopata HZ. Women as widows. Support systems. Elsevier North Holland. New York 1979.
- Lundin T. Traumatisk stress och personlig förlust. Almqvist & Wiksell 1992.
- McKissock M, McKissock D. Coping with Grief. ABD Books. Australien 1995.
- Nilsson U. Min farfar och lammen. Sveriges Begravningsbyråers Förbund 1999.
- Nordin E. Bristfälligt stöd till efterlevande. Psykologtidningen 1998; 44 (20): 8-11.
- Parkes CM, Weiss RS. Recovery from Bereavement. Basic Books 1983.
- Parkes CM. Bereavement. Studies of grief in adult life. Penguin Books 1991.
- Parkes CM, Laungani P, Young, B. Death and Bereavement Across Cultures. London, Routledge 1997.
- Peters C. Timme för timme, dag för dag. Min väg genom sorgen. Trevi 1994.
- Reimerson C. Den sista tjänsten. Om död och begravning. Brevskolan 1995.
- Reoch R. Inför döden. En handbok för den döende och de anhöriga. Wahlströms 1998.
- Sandberg, P. När någonting har hänt. Krishantering i samband med olyckor och våld i arbetslivet. Författarhuset 2001.
- Sjögren-Olsson M. Efterlämnad. Bonniers 1989.
- Sjöqvist S. Du är hos mig ändå. Wahlström & Widstrand 2005.
- Skolverket. Beredd på det ofattbara. Om krisberedskap och krishantering i skolor. Liber 2000.
- SOU 1997:52. "Här förstår alla hur det känns". Utredningen om bemötande av äldre.
- Stackelberg E. Berättelse för levande. Journal 2001.
- Stark U, Höglund A. Min syster är en ängel. Alfabeta 1996.
- Sverkström L. Livet omkring döden. Skeab 1981.
- Sverkström L. Samtal om sorg. Att leda samtalsgrupper med sörjande. Verbum 2004.
- Söderström U. Sorg. www.sjukvardsradgivningen.se
- Tranströmer Tomas. Dikter. MånPocket 1997.
- Wallskär H. Att vara närstående vid livets slut. Cancerfonden 2002. Artikel på www.cancerfonden.se.
- Wikström, C. När livet går sönder. En bok om kriser och hur vi möter dem. Uppsala Publishing House AB 2004
- Volkan VD, Zintl E. Life after Loss. Collier Books 1994.
- Östman I. Jag tänker på henne hundra gånger om dan: nio röster om sorg. Verbum 2003.

Boken **OM SORG** grundar sig på författarnas och andra forskares vetenskapliga studier om hur sorg upplevs och tar sig uttryck vid förluster av nära och kära. Boken vänder sig till sörjande människor som söker fakta om sorg, men också till vårdpersonal och andra stödjare i sorgen som önskar få ökad kunskap om sorgens villkor.

Agneta Grimby är legitimerad psykolog och medicine doktor och har sedan 1995 lett Änkeprojektet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Åsa K Johansson är doktor i psykologi med inriktning mot biologisk psykologi. Båda författarna har studerat sorg och sörjandestöd i och utanför Sverige.

