

# Sorg-reaktionen hos efterlevende til patienter behandlet i palliativt regi

Cand.Psych. Mai-Britt Guldin  
Specialist i psykoterapi  
Det Palliative Team,  
Århus Universitetshospital  
mguld@as.aaa.dk

# Sorg

Defineret som den fysiske og psykologiske reaktion på tabet af en nærtstående til hvem der har været knyttet emotionelle bånd. Reaktionen omfatter en lang række affektive, kognitive, adfærdsmæssige og somatiske symptomer.

# Hvorfor beskæftige sig med sorg i palliation?

## I WHO's definition af den palliative indsats:

”Tilbyder en støttefunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet”.

”Anvender en tværfaglig teambaseret tilnærmelse til at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inkl. støtte i sorgen om nødvendigt”.

# Tegning af Stine, 12 år.



# Klinisk praksis

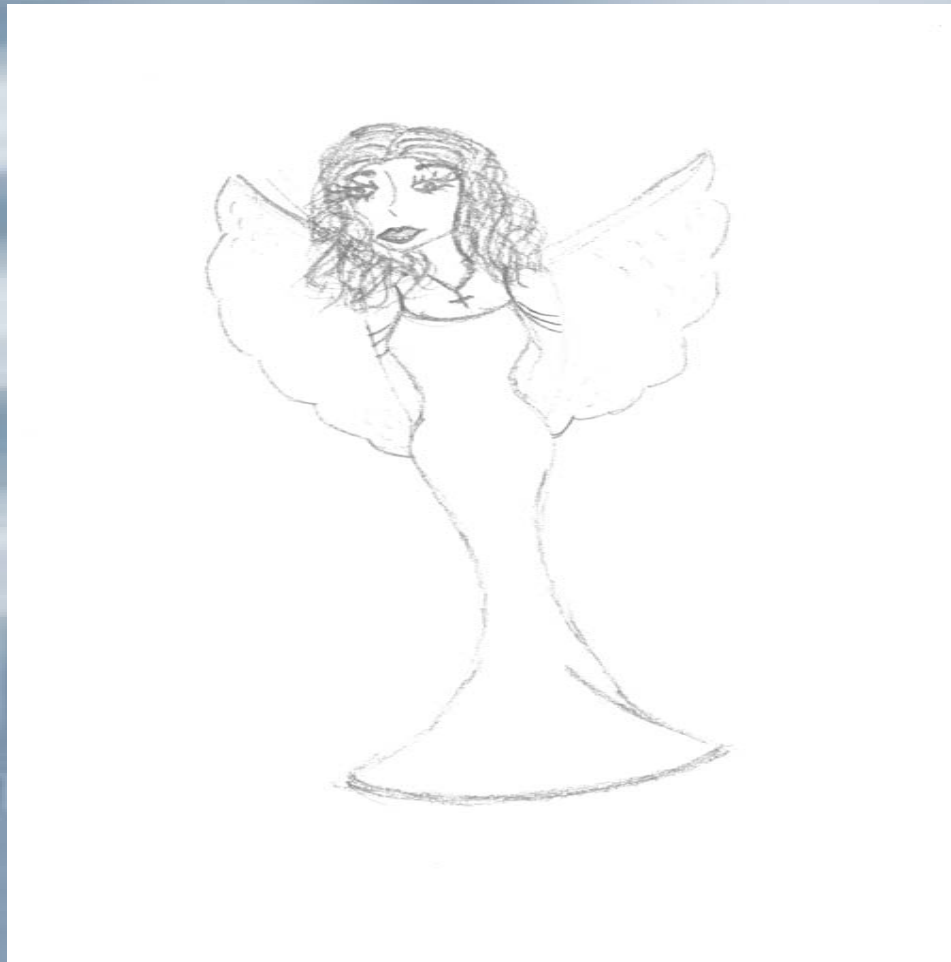
- Opfølgende samtale v. kontaktpersonen i DPT
- Evt. støttende samtale v. kontakt-sygeplejerske
- Afklarende sorg-terapeutisk samtale v. psykolog
- Sorg-terapeutisk samtaleforløb v. psykolog/  
viderehenvisning til anden behandling.

# Kliniske problemstillinger

- Hvordan identificere behovet for hjælp?
- Hvornår er sorg-reaktionen normal og hvornår er den kompliceret/behandlingskrævende?
- Hvilken intervention er hensigtsmæssig?
- Er det muligt at udvikle kliniske retningslinier for indsatsen overfor de sorg-ramte?
- Er det muligt at udvikle et screeningsinstrument?

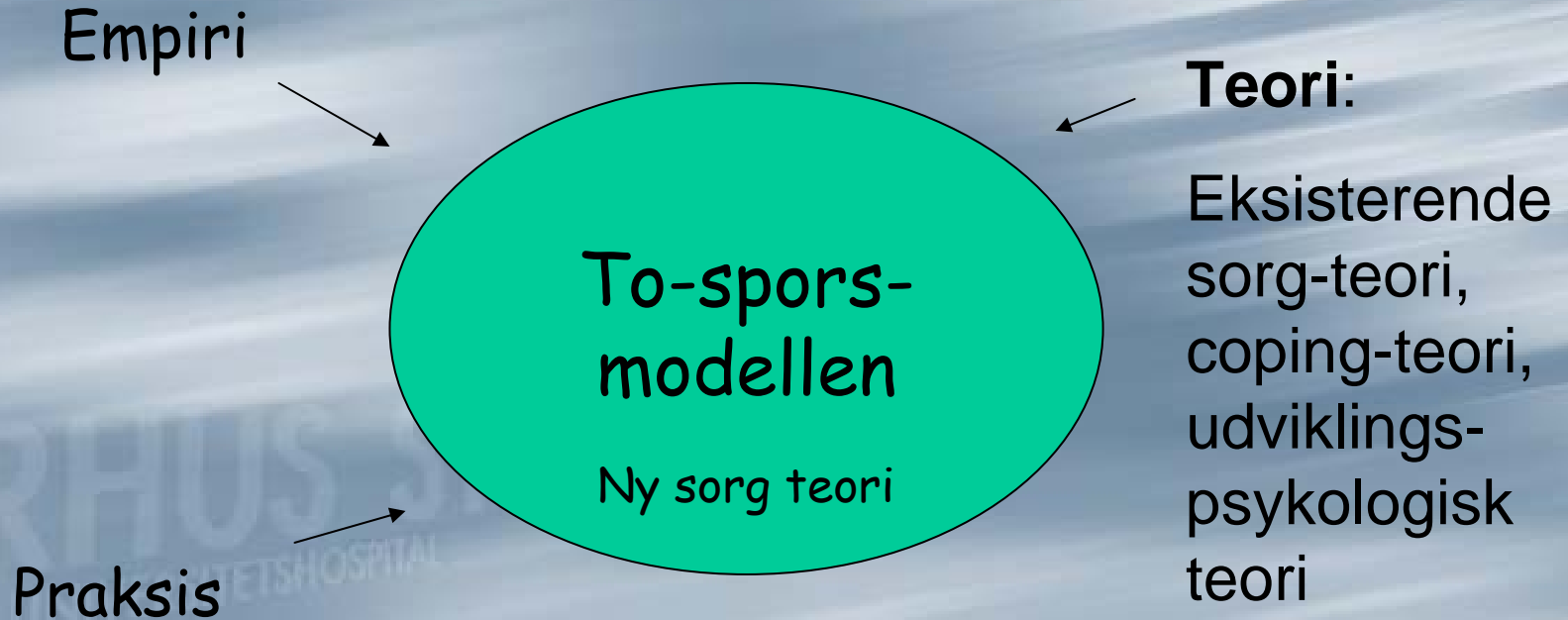


## Tegning af Christina, 14 år



# To-spors-modellen

*(The Dual Process Model of Bereavement,  
Stroebe & Schut, 1999)*





# To-spors-modellen

## Tabet

Smerten over tabet

Accept af endelighed

Give slip/omforme  
tilknytning

Fortrængning af  
genindførende  
forandringer

## Det genindførende

Gøre nye ting

Forholde sig til  
livsændringer

Nye roller/relationer

Fortrængning/afledning  
fra tabet

# To-sporsmodellen processuelt

**Tabso-orienteret**

**Genindførende**

Dynamisk vekselvirkning

Følelses-orienteret  
coping

Problem-fokuseret  
coping

Integration af tabet i selv-opfattelsen

# Fortrængnings-mekanismen i to-sporsmodellen

- I modellen understreges fordelene ved at kunne fortrænge sorgen/lade sig aflede fra aspekter af tabet.
- Modellen peger på, at fleksibiliteten hvormed psykiske forsvarsmekanismer bliver anvendt i personligheden, er afgørende for sorgprocessen.

# Hjælper det at dele tanker og følelser med andre når man sørger?

- Hypotesen om, det at tale om følelsesmæssige aspekter af tabet reducerer den depressive symptomatologi understøttes ikke (Stroebe et.al. 2002).
- Efterlevende der taler meget om tabet/høj disclosure har flere genoplevelses-symptomer end de med lav disclosure (Stroebe et.al. 2005)
- Kun komplicerede sorg-reaktioner kunne påvises at have gavn af (afkortes af) psykologisk intervention (Stroebe et al. 2005)

# Tavshed er guld?

Forskningen peger på, at afhængig af copingstrategi, vil nogen have udbytte af at tale om følelsesmæssige aspekter af tabet mens andres tilstand forværres af det.

**Mere forskning nødvendig!**

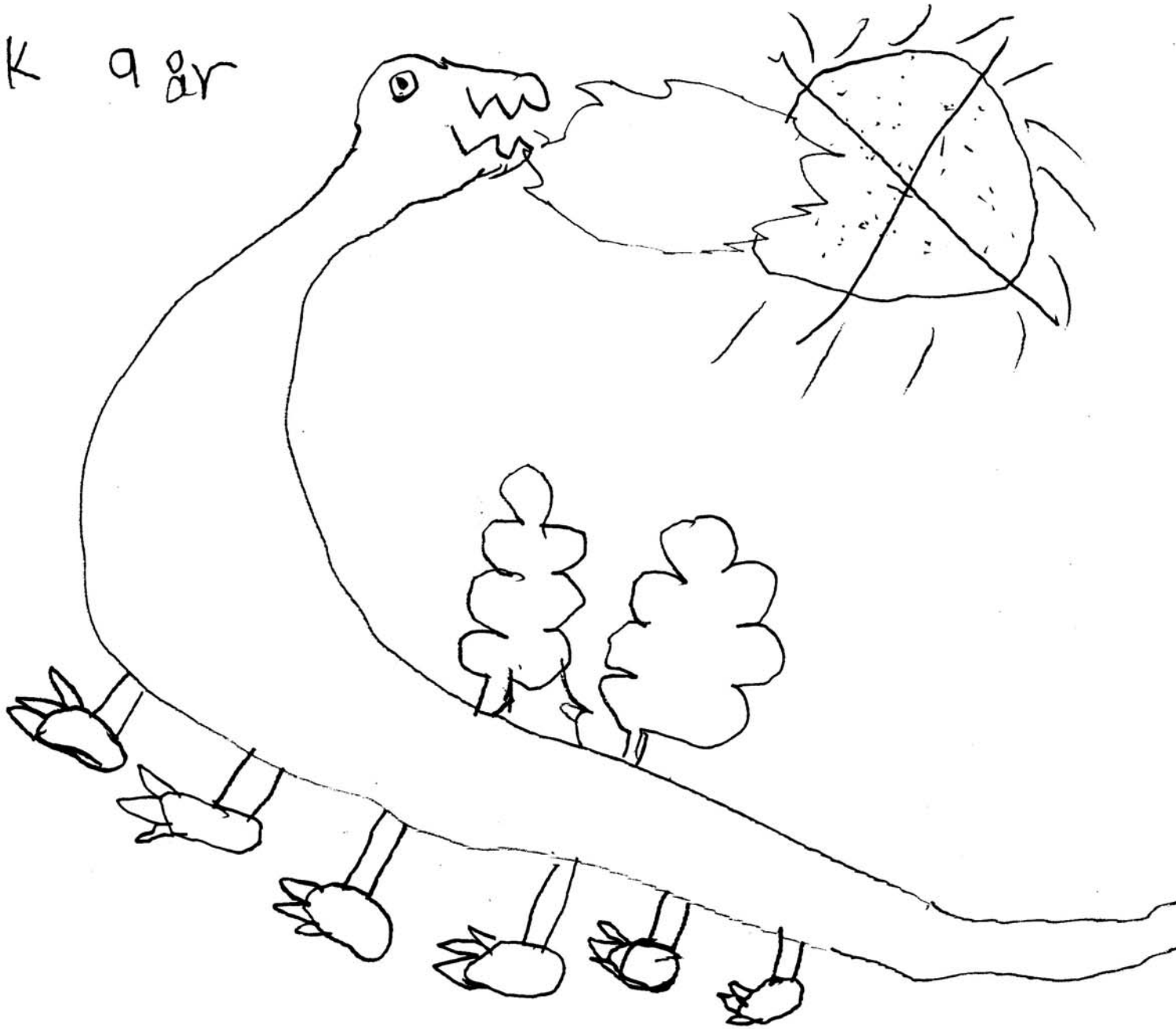
# Kompliceret sorg

## forslag til DSM af Horowitz

- A) Begivenhedskriterium:  
Dødsfaldet skal ligge mindst 14 mdr tilbage
- B) Tegn og symptomkriterier:  
Inden for de seneste tre måneder skal mindst 3 af de følgende syv tegn vise sig med en intensitet, som har indvirkning på ens daglige virkemåde.
- C) Påtrængende genoplevelsessymptomer
- Påtrængende fantasier, utilsigtede tanker som står i forbindelse med afdøde.
  - Erindringsanfald eller følelsesmæssige anfald, der refererer til forholdet til afdøde.
  - Stærk trang eller ønske om den afdødes tilstedeværelse
- D) Tegn på undgåelse og tilpasningsproblemer
- Stor ensomhedsfølelse eller følelse af indre tomhed.
  - Overdreven undgåelse af andre personer, af steder eller aktiviteter som har forbindelse med afdøde.
  - Tab af interesse for job, sociale aktiviteter, opdragelse og sociale forpligtelser i et "utilpasset" omfang.



Frederik 9 år



# Spørgeskema-undersøgelse: *Sorgreaktionen hos de efterlevende i DPT og deres behov for hjælp*

- Undersøgelsen er et samarbejde med Psykotraumatologisk Forskningsenhed.
- Spørgeskemaet indeholder 10 forskellige dimensioner: f.eks. Demografi, personlighedstypologi, PTSD, copingstil m.m.
- Patient-antal: 100 via DPT + 300 via PI.  
Kontrolgruppe: ca. 300.

# Formål

- Undersøge om personlighedsfaktorer spiller en rolle for sorg-reaktionen
- Blive bedre til at identificere de behandlingskrævende sorg-tilstande
- Kigge på sammenhængen ml. den kliniske vurdering og objektive fund
- Er det muligt at udvikle empirisk begrundede kliniske retningslinier for de efterlevende
- Screenings-instrument?

# Undersøgelsesdesign

- Dataindsamlingen: spørgeskema-undersøgelse.
- Selektion: Alle efterlevende til patienter behandlet i DPT og som har været i kontakt med teamet under sygdomsforløbet.
- Forløb: Spørgeskemaerne besvares 1, 6, 13 og 18 mdr. efter dødsfaldet.
- Projekt start: Jan. 2006
- Projekt slut: Medio 2008

# Spørgeskemaer

- Trauma Symptom Checklist (TSQ)
- Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)
- Inventory of Traumatic Grief (ITG)
- Crisis Support Scale (CSS)
- Revised Adult Attachment Scale (RAAS)
- Becks Depression Inventory (BDI)
- Coping Style Questionnaire (CSQ)
- Sense of Coherence (SOC)
- Life Satisfaction (SWLS)
- Personality Inventory Revised (NEO-PIR)
- Klinisk vurderings skema

# Inventory of complicated grief

- 1a Jeg er optaget af tanker om .....s død  
Næsten aldrig (mindre end en gang om måneden)  
Sjældent (månedligt)  
Nogle gange (ugentligt)  
Ofte (dagligt)  
Altid (flere gange dagligt)
- 2a Jeg føler mig tiltrukket af steder og ting forbundet med .....
- 3a Jeg savner og længes efter .....
- 4a Siden .....er død, føler jeg mig ensom
- 1b Jeg gør, hvad jeg kan for at undgå påmindelser om, at ..... er død.
- 2b Jeg synes, at fremtiden er uden mening og formål uden .....
- 3b Jeg føler det, som om jeg er blevet følelsesløs eller distanceret fra andre mennesker efter .....s død



# Resultater

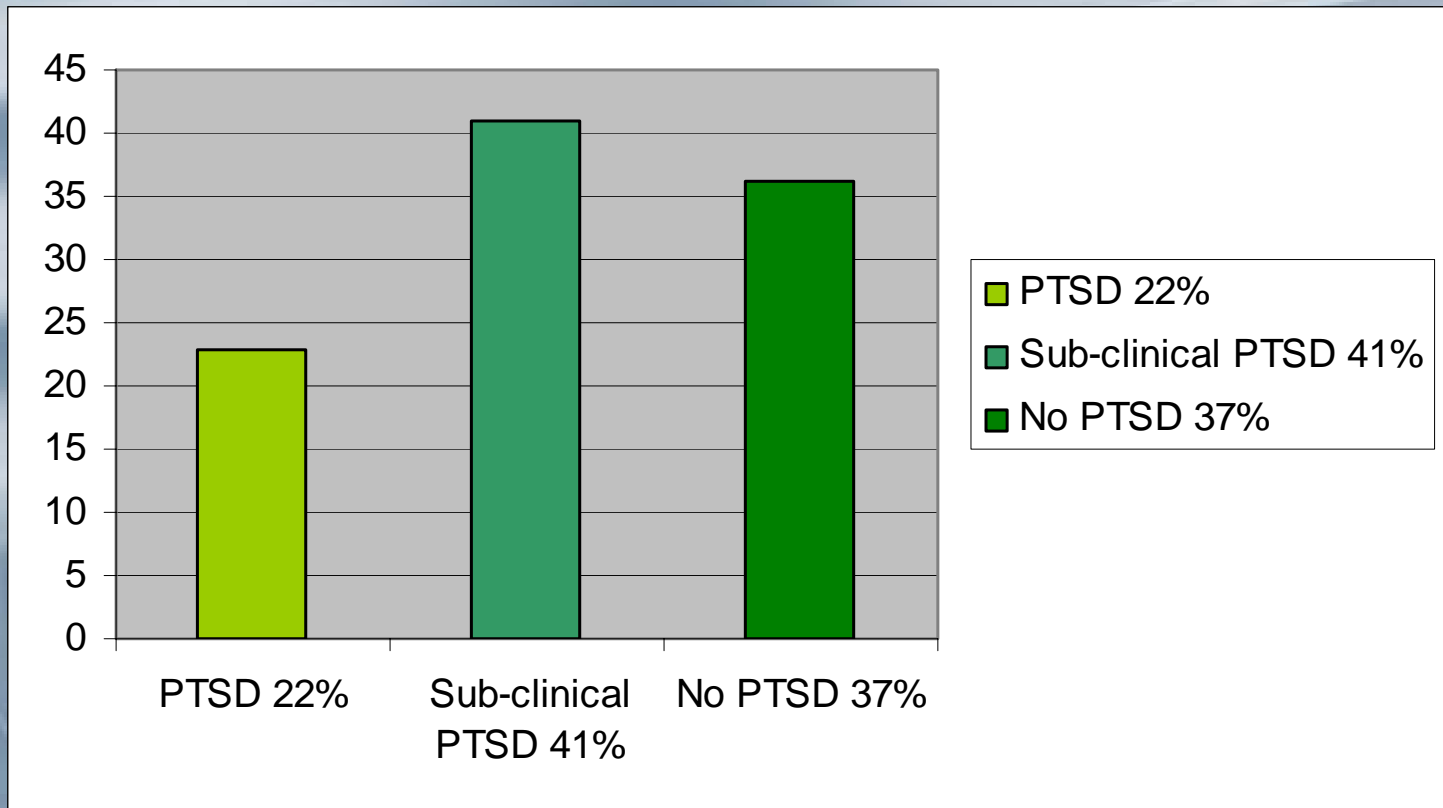
Baseline skemaet

# Demografiske data

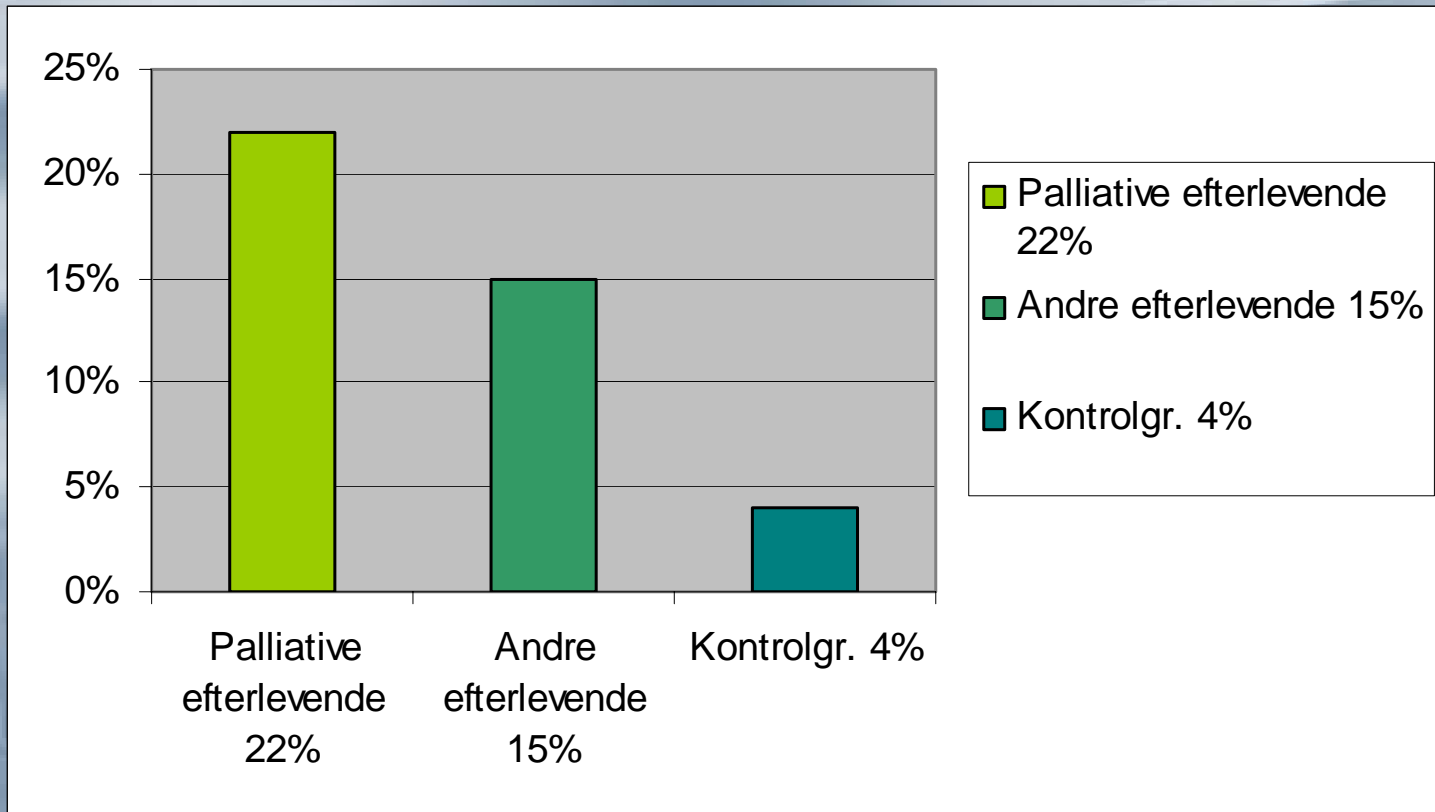
N = 658	Palliative efterlevende	Andre efterlevende	Kontrolgr.
Antal	N = 85	N = 296	N = 277
Gn.snits alder	53 år	73 år	70 år
Kvinder	59	183	139
Mænd	26	113	138

# "Akut" PTSD

## Efterlevende efter palliative patienter

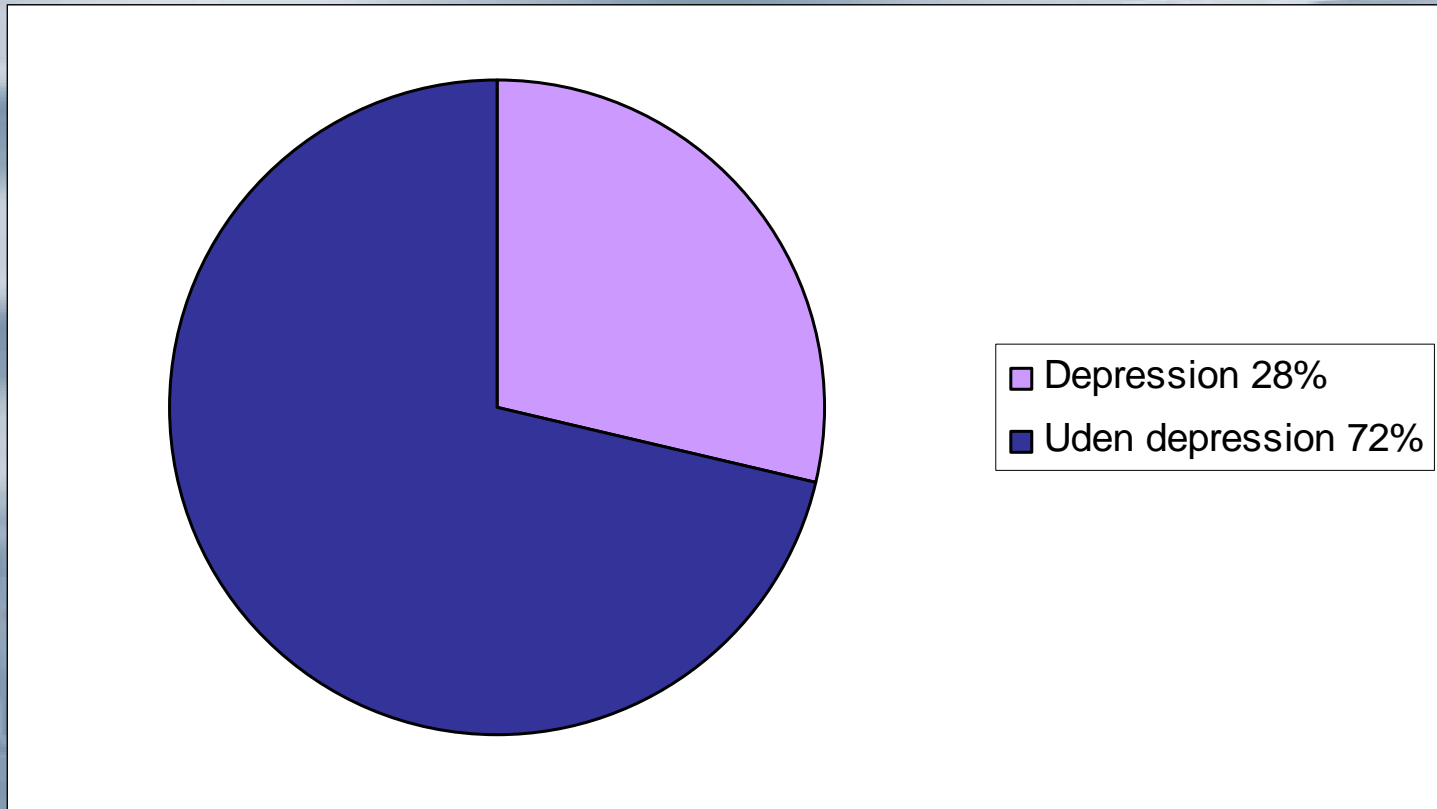


# "Akut" PTSD

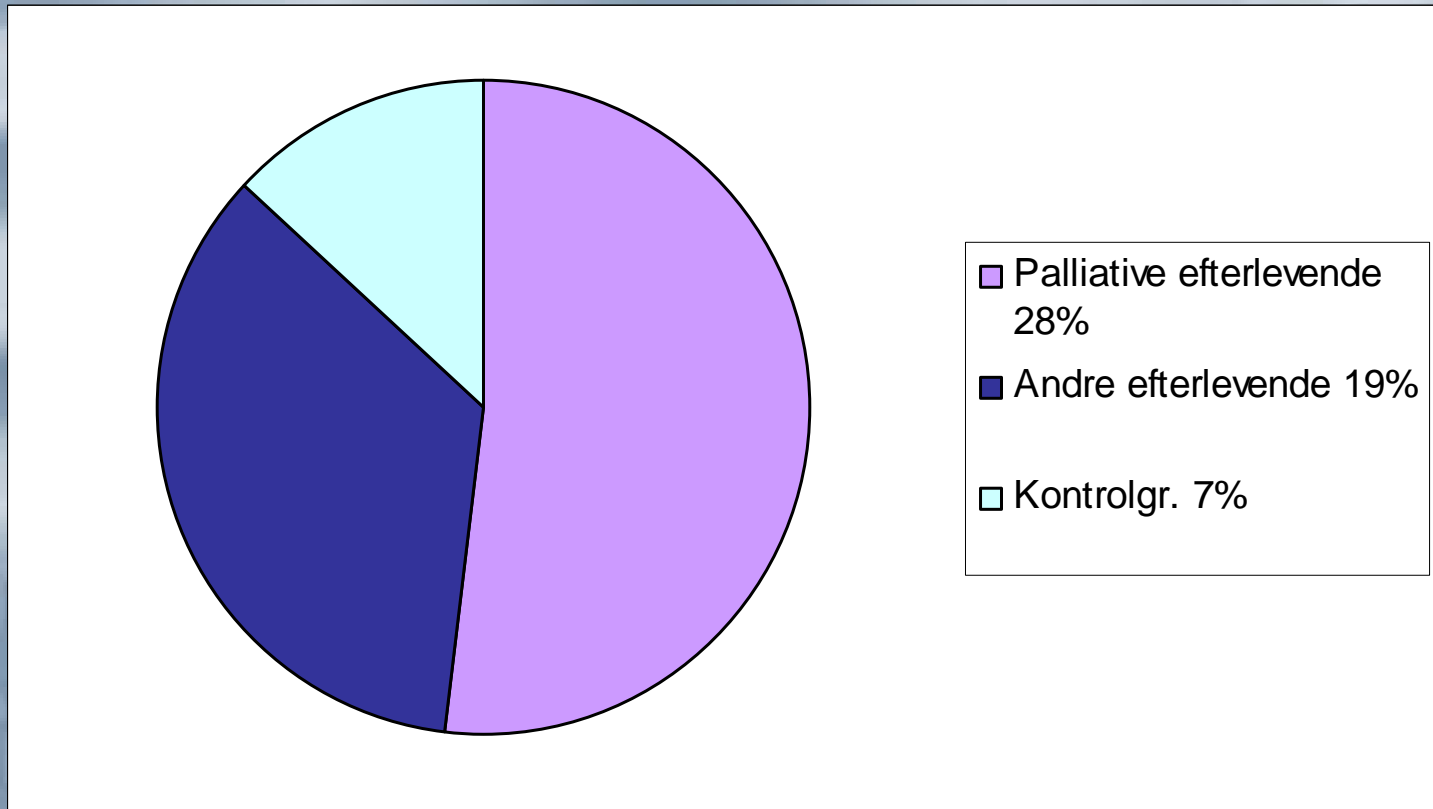


# Depression (BDI)

## Efterlevende efter palliative patienter



# Depression (BDI)





# Regressions analyse

## PTSD som afhængig variabel

Predictor	OR	P =	CI 95% (OR)
Extroversion (NEO-PI-R)	0.82	0.027	0.690-0.978
Emotionel coping (CSQ)	1.11	0.389	0.873-1.417
Social støtte (CSS)	0.84	0.025	0.726-0.979
Afmagt	1.21	0.463	0.728-2.005
Depression (BDI)	1.14	0.088	0.981-1.325

# Konklusioner

## - baseline skema

- 22% af de efterlevende kan diagnosticeres med akut PTSD (DSM-definition) 1 måned efter dødsfaldet.
- 28 % af de efterlevende kan diagnosticeres med depression 1 måned efter dødsfaldet.
- PTSD-scoren var højere når den efterlevende oplevede mangel på social støtte
- Jo mere udadvendt (extroversion på NEO-PI-R) den efterlevende er, jo mindre risiko for traumatisering.

# Videre analyse

- Opfølgning på udviklingen af den akutte PTSD/depression.
- Inventory of complicated grief (6 mdrs follow-up)
- Identificere risiko-faktorer/prædiktorer på baggrund af forløbs-undersøgelsen (op til 1½ år efter dødsfaldet).

F.eks. er der en sammenhæng ml. akut PTSD og kompliceret sorg? Er der sammenhæng ml. personlighedsfaktorer og kompliceret sorg?

- Er der nogen vi forsømmer at identificere??

**”at finde ud af at smerten over at miste  
er så stor og fylder så meget  
og gør så ondt”**

(kvinde, 53 år)

**”At acceptere. Visheden om det  
uigenkaldelige. Tomheden og  
afmægtigheden”** (mand, 59 år)

Tak for opmærksomheden!

ÅRHUS SYGGEHUS  
ÅRHUS UNIVERSITETSHOSPITAL