

Sorg

Författare: Leg läk, KBT-terapeut Ludmilla Rosengren, Uppsala
Med dr, leg psykolog Agneta Grimby, Område 6, Göteborg
Med dr, överläkare Ullakarin Nyberg, Norra Stockholms Psykiatri

Granskare: Professor emeritus Lil Träskman-Bendz, Avdelning Psykiatri, Institutionen för Kliniska vetenskaper i Lund Lund

Uppdaterad: 2015-10-11

Specialitet: Psykiatri

BAKGRUND

Sorg är en normal känslomässig reaktion på en förlust av något slag som i stort sett alla människor drabbas av någon gång i livet. Sorg kan bland annat uppkomma efter dödsfall, trauma, separation, förlust av arbete, sjukdom eller besvikelse när något som man förväntar sig ska hända inte blir av. Att vara drabbad av sorg är ingen sjukdom och tillståndet ska inte medikaliseras. En sorgereaktion kan dock innebära påtaglig funktionsnedsättning och orsaka sjukdomsliknande symtom som kan påverka både arbete och privatliv på ett dramatiskt sätt.

Det är vanligt att sorg beskrivs som ett arbete eller en process som den drabbade behöver ta sig igenom. Detta sorgearbete är energikrävande, både psykiskt och fysiskt, och tar tid. I vissa fall kan sorgprocessen ge upphov till ett konstant stresstillstånd som inte lämnar utrymme för återhämtning. I sådana fall är arbetsförmågan så gott som alltid nedsatt. Parallellt med sörjandet pågår hos de flesta ett nyorienteringsarbete där den drabbade försöker reparera tillvaron så att den kan bli så hel som möjligt igen.

Ett bra omhändertagande i sorgens inledningsfas underlättar återhämtning och sparar sjukvårdsresurser på lång sikt. Hos sårbara individer kan den psykiska stress som uppstår i samband med sorgen medföra ökad risk för både psykisk och fysisk sjuklighet och till och med förtida död. Därför är det viktigt att sörjande får ett gott omhändertagande och att sårbara individer följs upp.

Nedanstående information gäller framför allt sorg som uppstår efter dödsfall.

Sekundära förluster

Förlusten som utlöst en sorg för ofta med sig sekundära förluster såsom försämrad ekonomi, förändrade familjeroller, boende eller framtidsplaner. De sekundära förlusterna kan ge upphov till nya sorgereaktioner. Tag därför hänsyn till den drabbades helhetssituation - det kan leda till undvikande av onödigt lidande och underlätta återhämtningen.

SYM TOM

Symtomen vid sorg är skiftande och skiljer sig åt mellan olika individer.

Psykologiska symtom

- Ilska, irritabilitet, aggressivitet
- Ångest, nedstämdhet och förtvivlan
- Skuld känslor
- Passivitet
- Ambivalens och självförelser
- Längtan efter att återförenas med den som dött eller att återställa situationen som den var före händelsen
- Överklighetskänslor och en känsla av att den döde finns närvarande
- Kognitiva svårigheter, t ex minnesstörning och koncentrationssvårigheter
- Sömnsvårigheter

Fysiska förändringar

- Sjukdomskänsla, smärta
- Orkeslöshet, trötthet
- Nedsatt eller ökad matlust
- Infektionskänslighet

Beteende

- Social isolering
- Gråtattacker
- Svårigheter att ta initiativ
- Anpassningssvårigheter
- Ökad alkoholkonsumtion

Tänkar

- Ensamhetskänsla
- Brist på känsla av meningsfullhet
- Inre tomhet
- Längtan bort
- Suicidtankar

Många av symtomen kan finnas kvar under lång tid efter förlusten, t ex de kognitiva svårigheterna. Ett sätt att underlätta återhämtning är att ge den drabbade stöd i att upprätthålla vardagsrutiner, god kosthållning och sömnhygien i så stor utsträckning som möjligt.

OLIKA SORGETYPER

Depression och sorg

Normal sorg utvecklas sällan till en depression, även om sorgereaktioner många gånger har mycket gemensamt med depressiva symtom. Sorg är för det mesta självläkande. Drabbade med tidigare eller pågående psykiatrisk ohälsa kan dock ha en ökad sårbarhet som ökar risken för att sorgen kompliceras av psykisk ohälsa, exempelvis svår ångest eller depression.

För mer information om depression, se även:

Depression hos vuxna

Depression hos äldre

Depressionsdiagnostik

Depressionsbehandling

Komplicerad sorg (förlängd sorg)

Komplicerad sorg kallar man den sorg som inte minskar med tiden eller där professionella insatser krävs under längre tid. Gränsdragningsproblemen mellan normal och komplicerad sorg är stora. Det är också vanligt att en depression tolkas som komplicerad sorg.

Komplicerad sorg kräver professionell behandling eftersom den medför ökad risk för sjuklighet och förtida död.

Utmärkande för komplicerad sorg är:

- Stora anpassningsbesvär
- Depressiva reaktioner
- Kraftiga ångestproblem
- Kraftiga känslöförändringar
- Missbruk (t ex anxiolytika, alkohol)
- Symtom på posttraumatisk stress, exempelvis mardrömmar och påträngande tankar
- Suicidtankar
- Suicidförsök
- Avsaknad av sorgereaktion
- Fördröjda reaktioner/frusen sorg
- Svåra skuldkänslor och självförelöser
- Starkt undvikandebeteende och social isolering

Riskfaktorer för att hamna i komplicerad sorg är:

- ett barns död
- självmord
- plötslig död
- missbruk (t ex alkohol, tabletter)
- arbetslöshet
- sjukskrivning för somatisk eller psykisk sjukdom vid tiden för dödsfall
- tidigare depressioner eller annan psykisk sjukdom
- ensamstående
- bristande socialt nätverk
- tidigare trauman
- vittne till dödsfallet
- förlängd chockfas med bristande förmåga att uttrycka emotionellt lidande
- starka skuldkänslor
- stark vrede eller längtan
- dåligt stöd i sorgen
- starkt beroende av den döde

6–12 månader efter händelsen kan man med hjälp av standardiserade formulär (t ex *Inventory of Complicated Grief*, se extern [länk](#)) göra en bedömning av sorgprocessens progress. Det finns mycket som talar för att man vid plötsliga traumatiska dödsfall ska börja aktivt uppföljande behandling omedelbart istället för att vänta till efter 6 månader att bedöma. Mycket lidande kan undvikas och sjukskrivningar kan förkortas.

Sorg och PTSD (posttraumatiskt stressyndrom)

Vid plötslig död eller särskilt traumatiska förluster kan efterlevande utveckla symtom på posttraumatisk stress. PTSD kan uppstå även om den förlustdrabbade inte har bevittnat själva händelsen. Screening för PTSD bör övervägas efter plötsliga och traumatiska dödsfall. Om screeningen inger misstanke om att PTSD föreligger ska en fördjupad utredning göras och specifik behandling sättas in om diagnosen kan säkerställas. Det finns flera screeningformulär för PTSD, t ex *PTSD symptom check list (PCL*, se extern [länk](#)).

För mer information om PTSD, se:

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Sorg vid plötslig död

Sorgreaktionen vid plötsliga dödsfall blir ofta kraftigare än vid förväntade dödsfall. Närstående kan ha svårt att acceptera dödsfallet och söker efter en förklaring. Skuld, ilska och självanklagelser kan vara starka. Ofta finns en beredskap i samhället/sjukvården att hantera större katastrofer som sker plötsligt och som drabbar många. För den enskilde anhörige är det dock förstås lika viktigt att få katastrofhjälp när en enskild person avlidit.

Dold sorg

Vid förluster som anses mindre betydelsefulla eller som är förknippade med skam kan det hända att den förlustdrabbade döljer sin reaktion för omgivningen. Det kan exempelvis handla om sorg vid AIDS-relaterad död eller suicid, svåra händelser som skilsmässa och arbetslöshet eller när barnen flyttar hemifrån.

Sorg vid barns död

När ett barn dör hamnar föräldrarna och resten av familjen normalt i en djup kris. Eftersom den naturliga ordningen är att föräldrar dör före barnet och föräldrarnas uppgift är att skydda sitt barn tillkommer ofta en existentiell kris förutom sorg över själva förlusten. Om barnet dessutom dött plötsligt blir det än mer traumatiskt. Föräldrar och syskon som förlorat ett barn/syskon bör alltid erbjudas professionellt stöd. Detta gäller även om barnet dör i vuxen ålder.

Sorg vid självmord

Sorg vid självmord blir ofta komplicerad. Eftersom självmord fortfarande är ett tabubelagt område som ofta ger upphov till rädsla, osäkerhet och undvikandebeteende i omgivningen är det vanligt att förlustdrabbade efterlevande upplever att de får dåligt stöd både hos vänner och professionella. Närstående som mist anhörig på grund av självmord utvecklar ofta depression och annan psykisk ohälsa och risken för förtida död är förhöjd i denna grupp. Därför ska de alltid erbjudas professionellt stöd redan i ett tidigt skede.

DIFFERENTIALDIAGNOSER

- **Depression**
- **Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)**
- Andra ångestsyndrom
- Psykos

UTREDNING

Utred med avseende på depression och PTSD, samt vid misstanke om komplicerad sorg. Klarlägg funktionsnivån i arbetslivet och hemmet, samt om sömnproblem föreligger. Klarlägg nätverket kring den sörjande och följ upp efter några veckor.

Att möta sörjande

Att möta någon i sorg kräver tid och eftertanke. Att lyssna utan att ge goda råd eller uppmuntrande kommentarer är ofta den största hjälpen.

Närstående vänner kan rekommenderas att höra av sig regelbundet under lång tid och att hjälpa till med praktiska saker som matlagning, tvätt, handla, klippa gräs eller hämta barn. Det är viktigt att vänner finns kvar så länge det finns ett behov av stöd och hjälp. Sörjande kan ibland uppleva att omgivningen reagerar adekvat till en början, men att de efter ett par månader förväntar sig att sorgen ska vara över och att den sörjande bör släppa taget om sin sorg och se framåt. Ett sådant förhållningssätt kan upplevas som okänsligt och kränkande och kan i värsta fall göra att sorgereaktionen förlängs och att den sörjande känner sig som en belastning.

Närstående behöver inte vara rädda för att "påminna" den drabbade om förlusten. Den finns där hela tiden och nästan alla drabbade uppskattar att någon vågar prata om det svåra. Det spelar mindre roll vilka ord man väljer, det viktiga är att man signalerar engagemang, intresse och vilja att hjälpa.

BEHANDLING

Akut behandling

- Dödsbeskedet: Ta reda på så mycket som möjligt om personen och det som hänt för att kunna ge adekvat information. I det akuta skedet är det viktigt att vara närvarande. När dödsbeskedet lämnas måste tid avsättas så att den anhörige inte lämnas ensam. Överväg hur beskedet ska lämnas. Det är värdefullt att lämna svåra besked ansikte mot ansikte, när personen har sällskap, men samtidigt skyndsamt så att informationen inte kommer via internet eller annan obehörig. Stanna kvar till dess att andra anhöriga och viktiga närstående underrättats och kommit till undsättning. Lyssna!
- Låt anhöriga reagera utan att komma med några kommentarer. Tänk på de 4 H:na: HÅLL OM! HÅLL I! HÅLL TYST! HÅLL UT!
- Ha en plan för uppföljning redan från början. Hjälptill så att de anhöriga får ta avsked från den döde så snart som möjligt och så länge de önskar. De anhöriga kan också uppmuntras att hjälpa till att tvätta och göra i ordning den döde. Vid misstanke om brott betraktas platsen för dödsfallet som en brottsplats till dess att polisens utredning är avslutad. Det är viktigt att närstående får noggrann information om detta.
- Uppmuntra att fler anhöriga, även barn, får komma, att de kan ta kort, behålla en hårlock, samt få röra vid den döde. De flesta närstående väljer att se den avlidne och detta kan ordnas via begravningsbyrå. Det är viktigt att sträva efter att återställa utseendet hos den döde i så stor utsträckning som möjligt. Om skadan är stor kan man ändå hitta delar av

kroppen som är mindre skadade, till exempel en hand eller en fot. Låt närstående bestämma själva om och hur de vill se sin nära.

- Många väljer att se den döde direkt på dödsplatsen, även om denne är skadad efter olycka eller självmord. Om så sker ska närstående förberedas inför vad de kan komma att uppleva, exempelvis avseende synintryck och dofter, innan den döde visas.
- Barn bör uppmuntras att vara delaktiga. Ett barns fantasi är nästan alltid värre än verkligheten. Låt barnet ställa frågor. Ge raka och ärliga svar utan att utveckla dem. Låt barnet leda samtalet. Barn behöver inte få veta allt vid ett och samma tillfälle, men allt som sägs ska vara sant.
- Ge de anhöriga tid med sin döde.
- Boka en uppföljningstid 1 – 2 månader senare, antingen till dig själv eller i primärvården. Viktigt att se till att tiden bokas och förmedlas så att det inte lämnas till den sörjande självt.
- Erbjud kurator/psykologkontakt och lämna skriftlig kontaktinformation.

Sömn

Sömnen är viktig för att orka i sorgen. Vid akuta sömnproblem kan tillfällig medicinering med en insomningstablett, t ex [zopiklon](#) ([Imovane](#), [Zopiklon](#)) 5 eller 7,5 mg, alternativt [zolpidem](#) ([Stilnoct](#), [Zolpidem](#)) 5 eller 10 mg vara av värde. För att förlänga sömntiden kan [propiomazin](#) ([Propavan](#)) 25 mg användas. Förskrivning bör ske i små kvantiteter (förnyelse vid behov) på grund av suicidrisken. Zopiklon och zolpidem orsakar sällan dåsighet dagen efter och tolereras av de flesta, medan Propavan kan orsaka besvärande dåsighet vid uppvaknande.

Sjukskrivning kan vara aktuellt av fler än en anhörig i akutskedet. Tätare kontakt samt stöd i sorgen reducerar ofta tiden som sjukskrivning kan vara aktuell.

Ångestdämpande

Ångestdämpande tabletter ska förskrivas med försiktighet, men kan ibland behövas i det akuta skedet och även i senare faser vid outhärdlig ångest där den drabbades copingstrategier inte räcker till. [Oxazepam](#) ([Oxascand](#)) i dos 5-10 mg har en mild, men ofta effektiv, ångestdämpande effekt utan besvärande biverkningar.

Medicineringen ska följas upp vid ett återbesök och det är lämpligt att förskrivande läkare också är den som avgör när medicineringen ska sättas ut. Mediciner ska inte användas som ett sätt att undvika svåra känslor som hör till sorgen, i sådana situationer är mänskligt stöd det som hjälper bäst.

Suicidrisk

Observera suicidrisken både i akutskedet och i uppföljningsfasen. Iakttä hur den sörjande reagerar under den närmaste tiden efter förlusten för att fånga upp dem som behöver professionellt stöd. Ett bra sätt att fråga om suicidtankar är att säga: *"Det är vanligt att människor som sörjer tänker att livet inte är värt att leva. Hur är det för dig?"* Om svaret blir ja kan man fortsätta: *"Tänker du på att ta ditt liv?"* Man ska undvika omskrivningar som: "har du svarta tankar?" Det är bättre att vara rak och tydlig i sina frågor.

UPPFÖLJNING

Den första tiden efter ett dödsfall präglas ofta av chock och överklighetskänslor samtidigt som många praktiska göromål behöver skötas (begravning etc). Om dödsorsaken behöver fastställas görs en obduktion. Vid suicid eller misstanke om brott utförs en rättsmedicinsk obduktion. Begravning brukar vanligen hållas inom en månad efter dödsfallet, men om en rättsmedicinsk obduktion ska utföras kan det ta längre tid. Efter en eventuell obduktion flyttas den avlidne till bårhuset. Här finns möjlighet för de anhöriga att se den döde vid ett eller flera tillfällen.

Man kan välja en borgerlig eller kyrklig begravning och begravnings-entreprenörerna kan hjälpa till med planeringen för begravning. Det är viktigt att de sörjande inte glöms bort efter begravningen, eftersom det ofta är då som den fulla innebörden av förlusten framträder.

Lägg det inte på de drabbade att själva höra av sig om de behöver hjälp; kalla dem, ring eller e-posta för att följa upp deras mående. Att det gått bra vid ett tillfälle betyder inte automatiskt att det fortsättningsvis går bra. Att det finns andra drabbade anhöriga innebär inte alltid att den sörjande har stöd i sorgen. Var och en har sin egen sorg och sörjer på olika sätt. Det är vanligt att anhöriga inte vill belasta varandra med sin egen sorg. Det är extra viktigt att uppmärksamma syskonen när ett barn dör, eftersom föräldrarna kan ha svårt att orka se deras behov när de själva sörjer.

Boka uppföljande möten med en frekvens som är individuellt anpassad. I regel bör dock det första mötet hållas inom 3–8 veckor efter dödsfallet. Läkare bör vara inkopplad i något skede för att kunna ge den medicinska förklaringen till sjukdomsförlopp och dödsfall. Lämna gärna stödord skriftligen.

- Lyssna!
- Rekapitulera händelseförloppet med personalen som var inblandad. Förklara dödsorsak.
- Ge svar på medicinska frågor.
- Identifiera suicidtankar/risk. Suicidrisken kan vara hög vid plötsliga dödsfall av nära anhöriga, i synnerhet barns dödsfall. Hopplöshet och svårigheter att se ett liv utan den döde gör det svårt att hitta motivationen för att fortsätta leva.
- Rätta till eventuella missförstånd.
- Vid dödsfall utanför hemmet kan man rekommendera kontakt med den polis eller sjukvårdspersonal som var på plats (sker eventuellt utanför sjukvården).
- Fånga upp anhöriga tidigt om sorgeprocessen inte fortlöper som förväntat.
- Hänvisa vidare till kurator/psykolog/sjukhuskyrkan.
- Remittera till sorgeterapi (kan ges av specialiserade terapeuter eller psykologer) vid behov. KBT är en fungerande behandlingsform.
- Uppmuntra föräldrar till skolbarn som dött att ta kontakt med lärare och skolsköterska för att informera om vad som hänt.
- Förmedla skriftlig kontakt till lämpliga anhörigföreningar eller stödgrupper.

FÖRLOPP

Sorgeprocessens förlopp är unikt för varje individ. Tidigare talade man om fyra klassiska krisstadier, men idag är den dualistiska modellen av Stroebe och Schut den mest accepterade.

Modellen beskriver två olika typer av känslor och aktiviteter i sorgen. Den ena kallas *förlustorienterad* och den andra *återuppbyggnadsorienterad*. Båda är mycket viktiga för återhämtningen efter en smärtsam förlust. Enligt modellen rör man sig fram och tillbaka mellan förlust och återuppbyggnad.

Förlustaktiviteter inkluderar:

- sorgearbetet
- påträngande tankar med sorgeinnehåll
- förnekelse
- undvikande av återuppbyggnad

Återuppbyggnadsaktiviteter inkluderar:

- att delta i förändringarna som kommit i och med dödsfallet
- att göra nya saker
- att hitta nya roller och den nya identitet man fått i och med förlusten

Sorgen ska alltså redan från första början få ha sin plats parallellt med det nya livet och framåtblickandet.

PROGNOS

Majoriteten av dem som drabbas av sorg kommer igenom sorgen på ett okomplicerat sätt. Ofta är vägen dit kantad av hårt arbete, smärta och lidande. Många upplever dock i efterhand att sorgen har lett till personlig utveckling med ökad förmåga att uppskatta livet jämfört med tiden före den svåra livshändelsen.

Sorgeprocessen är individuell och det går inte att ange tidsramar för den enskilda individen. Vi vet att vissa sorgprocesser tar längre tid än andra, ofta flera år, exempelvis för föräldrar som har mist ett barn eller vid självmord. Hos människor med ökad sårbarhet i form av exempelvis tidigare trauman eller psykisk sjukdom kan sorgprocessen också ta längre tid. Det är viktigt att uppmärksamma personer med ökad sårbarhet så att dessa kan erbjudas adekvat professionell hjälp.

Att vara färdig med sin bearbetning av sorgen innebär inte att saknaden försvinner; minnen av den man sörjer finns ofta kvar livet ut, men ger inte upphov till lika mycket smärta.

ICD-10

Akut stressreaktion **F43.0**

Posttraumatiskt stressyndrom **F43.1**

Reaktion på svår stress, ospecificerad **F43.9**

Andra specificerade ångesttillstånd **F41.8**

Depressiv episod, ospecificerad **F32.9**

Sömnstörningar **G47**

Sjukskrivning

Länkar till försäkringsmedicinskt beslutsstöd från Socialstyrelsen:

F32 Depressiv episod

F41 Andra ångestsyndrom

F43 Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress

G47 Sömnstörningar

Referenser

Barbro Lennéer Axelson: Förluster. Om sorg och livsomställning. Natur & Kultur 2010.

Cullberg J., Kris och utveckling, Natur och Kultur 1975.

Dyregrov A, Matthiesen S.B., Parental grief following the death of an infant – a follow up over one year, Scandinavian Journal of Psychology, 1991, 32, 193-207.

Dyregrov A, Telling the truth or hiding the facts. An evaluation of current strategies for assisting children following adverse events. Association for child psychology and psychiatry.

Dyregrov, K., Nordanger, D. Dyregrov, A., Omsorg for etterlatte ved brå, uventet død. Evaluering av behov, tilbud og tiltak. Senter for Krisepsykologi.

Dyregrov A., Katastrof-psykologi, Studentlitteratur 1992.

Dyregrov A., Barn och trauma, Studentlitteratur 1997.

Grimby A., Aspects of quality of life in old age. Studies on life events, bereavement and health, Thesis, Gbg University 1995.

Grimby A, Johansson ÅK. Handbok om sorg (Grafix/SU, 2009). E-bok för fri kopiering: **E-bok**.

Hellgren L., Psychiatric disorders in adolescence, Göteborg 1994.

Om efterlevande vid självmord (se **länk**).

Sjukvårdsupplysningen (se **länk**).

Krishantering - en handbok för vanligt folk, Räddningsverket 2003.

Nyberg Ullakarin, Konsten att rädda liv : Om att förebygga självmord, Natur och Kultur 2013

Plötslig oväntad död, Maria Kock-Redfors. Warne Förlag

Rosengren L., Alin Åkerman B., Föräldrars erfarenheter och behov av stöd efter ett barns självmord, NASP 2013:1 (se **PDF**)

Sorgerådgivning och Sorgeterapi, William Worden.

SPES (Suicidprevention och efterlevandestöd) (se **länk**)

Stroebe, Margaret S and Schut, Henk. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Overview and Update. Grief Matters: The Australian Journal of Grief and Bereavement, Vol. 11, No. 1, Autumn 2008: 4-10.

Stroebe M, Schut H, Stroebe W., Health outcomes of bereavement, Lancet. 2007 Dec 8;370(9603):1960-73.

Träskman Bendz L., Öjehagen A., Stödverksamhet till närstående vid självmord. Socmed. Tidskrift, 1999, 76:2.

Zisook S, Shear K, Grief and bereavement: what psychiatrists need to know, World Psychiatry. 2009 June; 8(2): 67–74.

Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Complicated Grief: A Randomized Controlled Trial. Death Studies, 30, 429-453.