

I livets slutskede

6

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2013



National Library
of Sweden

Rapport från Utredningen
rörande vissa frågor beträffande sjukvård
i livets slutskede (SLS)

SOU 1979:21

I livets slutskede

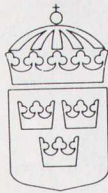
6

Plötslig och oväntad död - anhörigas sjuklighet och psykiska reaktioner

Rapport från Utredningen
rörande vissa frågor beträffande sjukvård
i livets slutskede (SLS)

SOU 1979:21

126
34



Statens offentliga utredningar
1979:21
Socialdepartementet

Plötslig och oväntad död – anhörigas sjuklighet och psykiska reaktioner

av Tom Lundin

Rapport från Utredningen rörande vissa frågor
beträffande sjukvård i livets slutskede (SLS)

Stockholm 1979

Omslag Håkan Lindström
Jernström Offsettryck AB

ISBN 91-38-04675-X

ISSN 0375-250X

Gotab, Stockholm 1979

Till Fru Statsrådet Lindahl

Den 15 november 1974 bemyndigade regeringen chefen för socialdepartementet att tillkalla högst tio sakkunniga att med utgångspunkt från socialutskottets betänkande 1974:31 utreda vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede. Med stöd av bemyndigandet tillkallade departementschefen den 19 november 1974 såsom sakkunniga generaldirektör Bror Rexed, tillika ordförande, professor Gunnar Björck, professor Jerzy Einhorn, professor Gustav Giertz, landstingsrådet Bertil Göransson, riksdagsman Göran Karlsson, landstingsledamoten Ruth Kärnek, överläkare Lars Linder, direktör Gerd Zetterström-Lagervall samt undersköterskan Anna Willig.

Att såsom experter biträda de sakkunniga förordnades den 6 december 1974 fil. dr. Karin Gyllensköld, biträdande överläkare Loma Feigenberg samt byråchefen Börje Langton.

De sakkunniga har antagit namnet utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede (SLS).

Som sekreterare i kommittén har tjänstgjort fr. o. m. den 1 januari 1977 informationschefen Birgitta Wistrand samt som biträdande sekreterare fil. kand. Malou Björkman fr. o. m. den 1 april 1975.

Utredningen om sjukvård i livets slutskede – SLS – har ej erhållit särskilda direktiv. Utgångspunkt för arbetet har varit socialutskottets betänkanden i dessa frågor, i första hand SoU 1974:31 och 1976/77:12.

Utskottet anser att sjukvården i livets slutskede skall ges en allsidig översyn, i vilken också skall ingå kartläggning av de olika problem av humanitär, etisk och juridisk natur, som är förknippade med livsuppehållande behandling. Utredningen bör vidare föreslå åtgärder som gör det möjligt för sjukvårdspersonalen att ta hand om patienten på ett psykologiskt riktigt sätt. En fördjupad och mer personlig kontakt mellan patienten och hans anhöriga och personalen skulle, menar utskottet, kunna innebära minskad oro och ångest inför döden. Utskottet framhåller också betydelsen av en ökad och intensifierad utbildning i vården som rör patienten i livets slutskede. Utgångspunkt för arbetet i utredningen bör vara att allmänhetens förtroende för sjukvården inte rubbas. Patientens bästa skall stå i centrum för vården i livets slutskede och varje patient ges den vård som hans tillstånd fordrar och som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta gäller såväl den personliga omvårdnaden av mer fundamental art som matning, vätsketillförsel och smärtlindring som direkt livsuppehållande insatser, t. ex. respiratorbehandling.

SLS har startat sitt arbete med att genomföra en rad studier för att få en

överblick av förhållandena i svensk sjukvård. I USA och England förekommer en omfattande forskning och litteratur om död och döende. Svenska studier är däremot sällsynta. SLS har därför ansett det som en av sina uppgifter att kartlägga och beskriva dagens sjukvård för döende patienter. SLS har vidare ansett det vara värdefullt att rapporterna publiceras efter hand och på det sättet bli underlag för undervisning och diskussion.

Utredningen har publicerat fem rapporter "Vårdpersonal. Utbildning och attityder", SOU 1977:81, "Att dö på sjukhus", SOU 1977:82, "Patienter", SOU 1977:85, "Läkaren och den svårt sjuke patienten", SOU 1978:82 och "Anhöriga", SOU 1979:20.

1978-07-15 överlämnade SLS ett förslag till medikamentell smärtbehandling i terminal vård till socialdepartementet. Förslaget hade utarbetats av en särskild arbetsgrupp och därefter behandlats inom SLS. Då man såväl inom arbetsgruppen som inom SLS ansåg att behovet av anvisningar var mycket stort, överlämnades förslaget separat. Frågan om smärtbehandling kommer dessutom att utförligt behandlas i huvudbetänkandet.

SLS publicerar nu sin sjätte rapport "Plötslig och oväntad död – anhörigas sjuklighet och psykiska reaktioner", som presenterar två delstudier ur ett större forskningsprojekt om psykiska kriser och speciella reaktioner vid plötsliga och oväntade dödsfall. Den ena delstudien är en deskriptiv litteraturgenomgång av vetenskapliga publikationer inom området och den andra är en studie som behandlar anhörigas sjuklighet vid plötsliga och oväntade dödsfall. Leg. läkare Tom Lundin har genomfört studierna och utarbetat rapporten. Rapporten är ett självständigt arbete och författaren står därmed själv för innehållet. Detta innebär att åsikter och uppfattningar som framförs i rapporten inte till alla delar behöver överensstämma med slutsatser och ställningstaganden i huvudbetänkandet. En publicering är dock enligt SLS uppfattning ett viktigt led i en diskussion om sjukvården i livets slutskede där beskrivningarna bör ges utifrån olika kunskapsområden och uppfattningar.

Stockholm i februari 1979

Bror Rexed

Gunnar Biörck

Jerzy Einhorn

Gustav Giertz

Bertil Göransson

Göran Karlsson

Ruth Kärnek

Lars Linder

Gerd Zetterström-Lagervall

Anna Willig

/Birgitta Wistrand

/Malou Björkman

Innehåll

<i>Författarens förord</i>	9
<i>Sammanfattning</i>	11
<i>Summary</i>	13
1 <i>En litteraturgenomgång</i>	15
Bakgrund	15
Kris teori	16
Definitionsmässiga aspekter	16
Krisen i livscykeln	16
Psykodynamiska och sociala aspekter	16
Krisintervention	17
Sorgreaktioner	18
Reaktioner vid plötslig och oväntad död	27
Patologiska sorgreaktioner	31
Sammanfattande kommentarer	34
Referenser	
2 <i>Anhörigas sjuklighet</i>	39
Inledning	39
Definitioner	39
Metodik	40
Spårandet av anhöriga	40
Val av kontrollfall	43
Registrerad sjuklighet	44
Materialets bearbetning	44
Metodgranskning	46
Resultat	46
Diskussion och sammanfattning	47
Slutsatser	49
Bilaga 2.1 Sjuktal, kvinnor i åldersgrupper <i>före</i> dödsfallet	50
Bilaga 2.2 Sjuktal, kvinnor i åldersgrupper <i>efter</i> dödsfallet	50
Bilaga 2.3 Sjuktal, män i åldersgrupper <i>före</i> dödsfallet	51
Bilaga 2.4 Sjuktal, män i åldersgrupper <i>efter</i> dödsfallet	51

3 <i>Den första tiden</i>	53
Inledning	53
De första timmarna	54
Fall 1	54
Fall 2	55
Fall 5	55
Fall 7	55
De första veckorna	56
1. Upplevelser under första dygnet	56
2. Reaktioner under de första veckorna	56
3. Att se den döde	57
4. Praktiska problem	57
5. Skuld känslor	58
6. Tankar omkring vad som orsakat dödsfallet	58
7. Om begravningen	59
De första tecknen på sorgbearbetning	59
Aktualiserade minnen	59
Känslor	59
Psykosomatiska symtom	60
Sista tiden före dödsfallet	60
Tankar om dödsfallet	60
Möjligheter till psykologiskt stöd under första tiden	61
Stöd i familjen	61
Stöd i omgivningen	62
Sammanfattning	62
Bilaga 3.1 Psykiska kriser – reaktioner vid plötsliga dödsfall	63
Bilaga 3.2 Underlag för halvstrukturerad intervju i akutsituationen	64

Tabeller

1.1	Sorgereaktioner. Referensöversikt	20
1.2	Reaktioner vid plötsliga och oväntade dödsfall. Referensöversikt	28
1.3	Patologiska sorgereaktioner. Referensöversikt	30
2.1	Plötsligt och oväntat avlidna samt deras närmaste anhöriga	42
2.2	Plötsligt och oväntat avlidna. Dödsorsaker	43
2.3	Närmaste anhöriga. Fördelade med avseende på relation till den avlidne	43
2.4	Enheter (probander med matchade kontroller) i den statistiska bearbetningen	45
2.5	Medelsjuktal för samtliga probander och kontroller, före och efter dödsfallet	47
2.6	Ökning av registrerad sjukledighet (sjukdagar/år) beroende på att dödsfallet varit plötsligt och oväntat	48
2.7	Vissa grupper. Ökning av registrerad sjuklighet beroende på att dödsfallet varit plötsligt och oväntat	48
3.1	Fyra änkor under första månaden	54

Författarens förord

Varje människa är del av en familj och ett samhälle. Inom sjukvården möter vi oftast individen lösryckt från sitt sociala sammanhang. Den högt specialiserade sjukvården medför ofta att helhetssynen på människan och hennes sociala sammanhang går förlorad.

På ett sjukhus kommer anhöriga och "hälsar på under besökstid". Detta uttryck markerar en åtskillnad mellan patienter och anhöriga, som på vissa sätt kan vara riktig. Den kan emellertid lätt medföra att anhöriga ej innefattas inom sjukvårdens ansvarsområde. Särskilt under, men ofta även efter akuta eller på något sätt dramatiska situationer glömmes vi ofta bort patienternas anhöriga.

Det är viktigt för såväl patienten som hans familj att anhörigas möjligheter att göra insatser i sjukvårdsarbetet tas till vara. Men det är lika viktigt att anhörigas reaktioner under patienternas sjukdom och vid dödsfall fångas upp. Vid dödsfall kan de anhörigas framtida psykiska hälsa anses utgöra en del av vårt totala vårdansvar. Det bästa är alltid att förebygga ohälsa. En viktig del av den förebyggande psykiska hälsovården är att hjälpa människor genom svåra livssituationer och försöka undvika att de fastnar i bearbetningen av de känslor och tankar som följer efter en förlust.

Att förlora en nära anhörig är en av de svåraste och mest smärtsamma situationer som vi kan utsättas för. Sorgereaktionen medför ett mödosamt arbete. En del människor orkar ej på egen hand ta sig igenom denna psykiska kris – de kanske i stället försöker undvika sina känslor och tankar. En sådan utveckling kan leda till framtida psykisk ohälsa.

Vid psykiatriska kliniken, Akademiska sjukhuset Uppsala, pågår ett forskningsprojekt om psykiska kriser och speciellt reaktioner vid plötsliga och oväntade dödsfall. Detta projekt stöds av delegationen för social forskning (DSF) vid socialdepartementet och har granskats av etiska kommittén vid medicinska fakulteten vid Uppsala universitet.

I denna skrift presenteras två delstudier ur detta projekt: dels en litteraturgenomgång rörande vetenskapliga publikationer inom området, dels en studie vars avsikt har varit att undersöka om plötsliga och oväntade dödsfall i särskilt hög grad påverkar anhörigas registrerade sjuklighet (sjukskrivningsfrekvens). De två delstudierna är preliminära arbeten. Litteraturgenomgången är således endast av deskriptiv natur. De fynd som presenteras i registerstudien kommer i ett senare arbete att bli föremål för en mera djupgående analys. Dessutom presenteras med hjälp av fyra fallbeskrivningar reaktioner och upplevelser under den första månaden efter plötslig och

oväntad förlust av nära anhörig. Avsikten med denna skrift är dels att ge en preliminär rapport om pågående forskningsprojekt, dels att påvisa en grupp människor som löper stor risk för psykisk ohälsa.

Tack vare ett stort tillmötesgående från min chefs, professor Björn-Erik Roos, sida, har det varit möjligt att genomföra detta arbete. Jag vill rikta ett varmt tack till de fyra kvinnor som genom att delge mig sina tankar och känslor efter makens plötsliga bortgång gjort det möjligt att skildra den första tiden efter förlust av nära anhörig. Ett givande samarbete med kolleger och personal vid Akademiska sjukhusets akutmottagning har gjort det möjligt för mig att på ett mycket tidigt stadium få kontakt med sorgdrabbade människor. Docenterna Johan Cullberg och Karin Gyllensköld har under hela arbetets gång gett mig ett ovärderligt stöd, goda råd och uppmuntran. Vid uppläggningsen och genomförandet av studien över registrerad sjuklighet har diskussionerna med docent Björn Smedby varit till mycket god hjälp. Utan docent Adam Taubes alltid uppmuntrande handledning hade de statistiska analyserna varit svåra att genomföra. Informationssekreterare Gunn Strand vid försäkringskassan i Uppsala har hjälpt mig att snabbt få fram utdrag ur F-kort och dataregister. Till slut vill jag tacka forskningssekreterare Rose-Marie Nilsson, som alltid vänligt och med stort tålamod hjälpt mig med framplöskandet av undersökningsmaterialet till studien över anhörigas sjuklighet samt snabbt och effektivt hjälpt mig med allt skrivarbete.

Uppsala under december 1978

Tom Lundin

Sammanfattning

Inledning

Undersökningens tre delstudier ingår i ett större forskningsprojekt om psykiska kriser och speciellt reaktioner vid plötsliga och oväntade dödsfall. Sorgereaktionen kan ses som en typ av krisreaktion. Det plötsliga och oväntade dödsfallet torde vara ett av de kraftigaste psykologiska trauman som kan drabba en individ.

Med plötsligt och oväntat menas i detta projekt att den avlidne skall vara under 65 år och tidigare väsentligen frisk. Denne får ej ha haft någon allvarlig eller kronisk sjukdom eller under de senaste åren före dödsfallet varit utsatt för olycksfall, som uppenbart kunnat leda till döden. Tiden från insjuknande till död skall vara kort: högst ett par timmar. Meddelandet om dödsfallet skall således komma helt oväntat för den anhörige. Ingen form av föregripande sorgearbete skall ha varit möjlig. Mord och självmord utesluts. Med nära anhörig avses sammanboende, make/maka eller förälder.

Studie 1

Den första delen av denna skrift utgöres av en litteraturgenomgång, omfattande 70 referenser, vilka presenteras under följande rubriker: kristeori, krisintervention, sorgereaktioner, reaktioner vid plötslig och oväntad död samt patologiska sorgereaktioner. Den vetenskapliga litteratur som behandlar reaktioner vid plötsliga och oväntade dödsfall är påfallande liten. Det tycks inte finnas någon större undersökning om denna speciella krisproblematik.

Studie 2

Vid försäkringskassan registrerad sjuklighet kan anses vara ett mått på en populations hälsotillstånd. Huruvida denna sjuklighet påverkas av att ett dödsfall är plötsligt undersöks på följande sätt. Varje oväntat dödsfall blir föremål för rättsmedicinsk undersökning. Via den rättsmedicinska institutionen i Uppsala kunde antalet plötsliga och oväntade dödsfall under ett år bestämmas till 50 st. inom länet, vilket innebär en incidens av 11 % av samtliga dödsfall under 65 år. Till varje nära anhörig spårades två kontroller, matchade med avseende på kön, ålder och relation till den döde. Den enda skillnaden för kontrollen skulle vara att dödsfallet var förväntat. Trettio två enheter kunde användas för den statistiska bearbetningen. Det visade sig att

gruppen av anhöriga till plötsligt och oväntat avlidna har en ökad totalsjuklighet och en klart signifikant ökad psykiatrisk sjuklighet. Speciella riskgrupper är änkor samt föräldrar som varit sammanboende med ett avlidet barn (med uteslutande av plötslig spädbarnsdöd). Anhöriga till genom olyckor avlidna personer har en starkt signifikant ökad psykiatrisk sjuklighet.

Studie 3

Ur en större prospektiv intervjuundersökning har fyra fall tagits fram som underlag för en deskriptiv studie över reaktioner och upplevelser under de första veckorna efter en plötslig och oväntad förlust av nära anhörig. Det rör sig om fyra kvinnor i åldern 28–64 år, vilkas makar har avlidit i plötslig hjärtdöd. I studien presenteras kvinnornas känslor och upplevelser under den akuta fasen, baserat på två intervjutillfällen: det första inom två timmar efter dödsfallet och det andra tre veckor efter dödsfallet.

Summary

Introduction

These three studies are parts of a more extensive research project on mental crises and reactions to sudden and unexpected deaths. The grief reaction can be considered as a type of crisis reaction. A sudden and unexpected death is perhaps one of the most serious psychological traumatic shocks that one can suffer from.

In this project the criteria are these: The deceased should be below 65 years. He should not have had any serious or chronic diseases in the last few years or any accident that might have led to death. No more than a few hours should pass between his suddenly getting ill and his death. The news of the death should thus be totally unexpected. Murder and suicide are excluded. Close relatives are husband/wife, people living together or parents.

Study 1

The first part of the study is a literature survey. There are 70 references representing: Crisis theory, crisis intervention, grief reactions, reactions to sudden and unexpected death and pathological grief reactions. Studies of reaction to sudden and unexpected death are rather hard to find.

Study 2

Morbidity registered by the Social Insurance Office gives one aspect of the state of health in a population. We plan to find out if the morbidity is influenced by sudden deaths. People dying unexpectedly are examined at the Institutes of Forensic Medicine. From the Uppsala institute we learnt that in the county there were 50 unexpected deaths which means an 11 % incidence of all deceased below 65 years of age. Every close relative has two controls matched with respect to sex, age and relation to the deceased but in the case of the controls the deaths should be expected. 32 cases were statistically analysed. We found an increased total morbidity and a significantly increased mental morbidity among the relatives to the suddenly and unexpectedly deceased. Widows and parents losing a child still staying with them (with the exception of sudden infant death) run a higher risk. Relatives to persons killed in accidents have significantly increased mental morbidity.

Study 3

From a prospective interview investigation 4 cases have been studied with regard to reactions and experiences during the first few weeks after a sudden and unexpected loss of a close relative. The husbands of the 4 women, aged 28–64, had all died from cardiac arrest. The women were asked to describe their feelings and emotions during the acute phase. They were interviewed twice, the first time within two hours after the report of the deaths and the second time three weeks later.

1 En litteraturgenomgång

Under det senaste decenniet har man allt oftare noterat sambandet mellan psykiatrisk symptomatologi och krisproblematik. Den konventionella psykiatriska diagnostiken har också kommit att ifrågasättas.

Mycket få psykiatriska tillstånd har en helt klarlagd etiologi. Många tillstånd är i detta avseende "diffusa" och vid ett ytligt betraktande svårförståeliga. Analyser av dessa tillstånd från en kristeoretisk synpunkt kan ofta bidra till en fördjupad förståelse och möjligheter till ändamålsenliga terapeutiska åtgärder.

Kristeorin är också synnerligen väsentlig för att förstå de psykiska reaktioner som förekommer inom den somatiska vården: allt ifrån lätta beteendestörningar och stämningsförändringar till psykotiska tillstånd.

Kunskaperna om den traumatiska psykiska krisen har framförallt sammanställts av *Caplan* (1961, 1964). I Sverige har de kristeoretiska tankegångarna introducerats av *Cullberg* (1972, 1975, 1976).

Den traumatiska krisens förlopp och faser finns beskrivna hos *Caplan* och *Cullberg*. I den traumatiska krisen drabbas individen av ett plötsligt och utifrån kommande trauma. Det kan också vara ett fysiskt trauma med för individen omvälvande psykologisk betydelse. Krisen är den reaktion som följer på detta trauma. Den följer i stort sett alltid samma mönster och passerar fyra stadier: chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorienteringsfas. Det psykologiska traumat innehåller alltid en objektsförlust. Ibland kan sambandet med den psykiska reaktionen vara svårt att se.

Förlusten av en nära anhörig är en objektsförlust, som är lätt att förstå.

Bakgrund

Sorgreaktionen är kanske en av de psykiska kriser som bäst lämpar sig för en vetenskaplig undersökning. Föreliggande litteraturstudie är en del av ett större forskningsprojekt om psykiska krisreaktioner. Ett plötsligt och oväntat dödsfall hos en nära anhörig måste anses vara ett av de kraftigaste psykologiska trauman som kan drabba en människa.

För att få en uppfattning om dokumenterade kunskaper inom området har denna delstudie genomförts.

Metodik

Med hjälp av "Medlars" och "Psychological Abstracts" genomfördes två datasökningar. Då användes bl. a. följande sökord: "sudden", "unexpected", "death", "death and dying", "family crisis", "crisis intervention", "grief" och "bereavement". Referenslistor i Caplans, Parkes', Pincus' och Sunds skrifter har detaljgranskats.

Den litteratur som medtagits i översikten berör följande områden: *sorgereaktioner* (tabell 1), *patologiska sorgereaktioner* (tabell 3) samt *reaktioner vid plöslig och oväntad död* (tabell 2). Eftersom sorgereaktionen kan betraktas som en krisreaktion har valda delar av litteraturen om *kristeori* och *krisintervention* medtagits. I den följande genomgången refererar jag först litteraturen om kristeori.

Kristeori

Definitionsmissiga aspekter

Krisbegreppet beskrives ingående av *Caplan* (1960, 1961, 1964) och definieras som "ett tillstånd som utlöses, när en individ möter ett hinder för viktiga livsmål och som under en tidsperiod är oöverstigitligt att lösa genom att använda vanliga problemlösningsmetoder. En period av desorganisation inträder, en period av oro, under vilken många olika abortiva lösningsförsök görs. Slutligen uppnås någon anpassning, vilken kan vara eller inte vara i individens eller hans omgivningens bästa intresse" (Cullberg 1976 sid 186).

Krisen består av fyra karaktäristiska faser (Caplan 1964). Vår kunskap om den traumatiska krisen grundar sig på arbeten av bl. a. *Lindeman* (1944-45), *Caplan* (1960), *Kaplan och Mason* (1960) samt *Parad och Caplan* (1960).

I Sverige har krisbegreppet beskrivits av *Cullberg* (1972, 1975). Han har också (1976) gett synpunkter på användningen av begreppet inom psykiatrin.

Krisen i livscykeln

För förståelsen av den traumatiska krisen är det enligt *Caplan* (1964) av avgörande betydelse att se den i sitt sociala sammanhang. Den traumatiska krisen kommer att ingå som en del av individens liv. Tidigare genomgångna traumatiska kriser och utvecklingskriser är av stor betydelse för den aktuella krisens förlopp. Dessa övergångsperioder i den psykologiska utvecklingen kommer att påverka den aktuella krisens förlopp. Under tidigare perioder olösta konflikter samt neurotiska symptom kan under en pågående kris lätt aktiveras. Denna överdeterminering av krisen har klarlagts av *Erikson* (1950, 1968).

Psykodynamiska och sociala aspekter

Det är allmänt känt att i den psykiska krisen ångest eller ångestekvivalenter alltid är framträdande symptom. Vid objektsförluster kommer separationsångesten alltid att aktualiseras. *Bowlby* (1960) redogör för separationsreak-

tioner hos barn samt olika ångestteorier. Grundläggande för förståelsen av hur enligt den psykodynamiska teorin jaget handskas med ångesten är *Anna Freuds* (1937) klassiska bok om jaget och dess försvarsmekanismer.

Den norske psykiatern *Sund* (1976) har gjort en sammanställning om stress och krisbegreppet under katastrofer och krigssituationer. Han diskuterar de speciella förhållanden som föreligger när en större gemensam grupp av människor utsättes för samma eller likartade stressfaktorer. Sund ger också synpunkter på behandling av dessa krisreaktioner.

Det finns påfallande få större undersökningar om den traumatiska krisens psykologiska struktur och förlopp. *Gyllensköld* (1976) har emellertid undersökt kvinnor som behandlats för bröstcancer. I undersökningen följer hon intervjupersonerna från diagnosmeddelandet och två år framåt, med regelbundna samtal. Man kan i undersökningen följa krisens förlopp och hur upprepade psykologiska trauman påverkar utvecklingen. Vidare studeras hur olika försvarsmekanismer användes under krisens olika faser.

För att studera krisbegreppet från en teoretisk och definitionsmässig synpunkt gjorde *Bloom* (1963) en experimentell undersökning. Han konstruerade ett testinstrument bestående av 14 korta fallhistorier. Dessa presenterades för åtta experter på kristeori. Avsikten var att utröna hur dessa bedömde de av Caplan beskrivna kriterierna för en psykisk kris. Han fann att två variabler var avgörande för om ett tillstånd skall bedömas som en kris: 1. en känd utlösande faktor samt 2. en bearbetning och lösning, som tar minst en månad.

Krisintervention

En mera omfattande genomgång av litteraturen om krisintervention faller utanför ramen för denna studie. Krisintervention på olika omhändertagandenivåer kan betraktas som förebyggande psykiatrisk verksamhet. Riktlinjer för omhändertagande av människor i kris har beskrivits av *Caplan* (1964).

Schwartz (1971) nämner att begreppet psykisk kris användes på olika sätt: t. ex. psykiatriska akut-tillstånd och traumatiska kriser. Vid primär intervention är följande allmänna principer aktuella:

1. att hjälpa individen att inse vad som inträffat
2. att hjälpa individen till insikter i uthärdliga doser
3. att hjälpa individen att undersöka problemen i en realitetsgrundad referensram
4. att undvika falska förespeglningar
5. att motverka projektion
6. att hjälpa individen att acceptera hjälp
7. att hjälpa till med sociala arrangemang.

Målet är alltid att hjälpa individen att återgå till den premorbida funktionsnivån.

Krisintervention som en psykiatrisk metodik har beskrivits av bl. a. *Rhine och Mayerson* (1971), *Langsley et al.* (1971) samt *Decker och Stubbleline* (1972). I Sverige är en systematiserad primär intervention vid psykiska kriser en

förhållandevis ung verksamhet beskriven av *Stenstedt* (1973), *Brink och Falk* (1976), *Nolte* (1977), *Boëtius och medarbetare* (1977) samt *Wistedt och medarbetare* (1978).

Sorgereaktioner

Våra kunskaper om den normala sorgereaktionen grundar sig huvudsakligen på studium av psykiatriska akutvårdsklientel samt åtskilliga "fallbeskrivningar" inom skönlitteraturen.

I sitt banbrytande arbete gjorde *Freud* (1916) en jämförande studie mellan sorgereaktioner och melankoliska tillstånd. Han introducerade begreppen objektsförlust och sorgearbete. Trots sin likhet med en depression har aldrig sorgen kommit att betraktas som ett patologiskt tillstånd, som kräver läkarvård. En av förklaringarna till detta kan vara att etiologin till tillståndet är klar och reaktionerna förhållandevis lätta att förstå. Freud påpekar att även vid melankoliska tillstånd föreligger en objektsförlust.

Objektet är icke någon avliden person, men personen är förlorad som kärleksobjekt. Det är inte alltid lätt att se vad som förlorats. Han påpekar också en annan skillnad: vid en sorgereaktion uppfattas tillvaron och omgivningen som fattig och tom, vid en melankoli är det jaget självt som blir tomt och tyst. Vid en melankoli kommer vissa delar av jaget att ställas mot övriga delar, kritiskt granskas, samt utgöra det förlorade objektet. Förhållandet till det förlorade objektet är mera komplicerat än vid en normal sorgereaktion, bl. a. beroende på en ambivalenskonflikt.

Cobb och Lindemann (1943) beskriver de psykiska reaktioner som följde efter nattklubsbranden i Boston 1942 (Cocoanut Grove). På åttonde dagen efter olyckan tillkallades psykiatrer för att undersöka de patienter som fortfarande vårdades på sjukhus p. g. a. sina kroppsliga skador. Sjutton patienter intervjuades. Två av dessa hade utvecklat psykotiska tillstånd. Båda hade en premorbid anamnes på dålig anpassning. Två patienter med neurotisk personlighet fick uttala svårigheter i anpassningen efter sjukhusvården. Sju av patienterna utvecklade svåra sorgereaktioner till följd av förlust av nära anhörig i katastrofen. På grund av patienternas somatiska tillstånd hade man omedelbart efter katastrofen ej ansett sig kunna meddela dem förlusten.

Undersökarna konstaterar att det tycks som om en "sörjande person kan fördröja sin sorgperiod, men inte undvika den och att de individer, som inte visar något tecken på sorg under konvalescensen efter de somatiska skadorna, synes få obehagliga störningar i en senare period. Här är en profylaktisk vård synnerligen viktig. Patienten måste tillåtas gå genom sin sorgereaktion vid en optimal tidpunkt och utan onödig fördröjning."

Författarna påpekar också att akut sorg är en av de vanligaste psykogena orsakerna till psykosomatiska störningar.

Den symptomatologi *Lindemann* (1944-45) beskriver vid akut sorg grundar sig på observationer av 101 patienter fördelade på fyra grupper: 1. neurotiska patienter, som förlorat en släkting under pågående terapi, 2. släktingar till patienter som avlidit på sjukhus, 3. patientgruppen från Cocoanut Grove-

branden och deras nära släktingar samt 4. släktingar till stupade soldater.

Han påpekar att reaktionen vid akut sorg är påfallande lika från fall till fall. I den akuta fasen är de *somatiska stressymptomen* genomgående. Dessa och den skov-vis återkommande psykiska smärtan utlöses av besök av anhöriga och bekanta och av att *tala om den avlidne* och vid omgivningens sympatityttringar. Ett annat framträdande symptom är *skuldkänslan*. Dessutom förloras ofta värmen i relationen till andra människor, och den sorgedrabbade har en tendens att svara med irritabilitet och vrede. ”Dessa känslor av *fientlighet* är ofta förvånande och oförklarliga för patienten – de stör dem och tas ofta som tecken på en begynnande psykisk sjukdom.” En *kroppslig oro* är också alltid framträdande.

Lindemann påpekar att dessa fem företeelser tycks vara patognomona för sorgereaktionen. Reaktionens varaktighet är beroende av hur individen lyckas genomföra sitt sorgearbete.

I artikeln redogörs också för två grupper av patologiska sorgereaktioner: fördröjda och förvridna. Den senare gruppen indelar han på följande sätt:

1. överaktivitet med avsaknad av förlustkänsla
2. identifikation med den avlidne: övertagande av hans symptom
3. en verklig medicinsk sjukdom (psykosomatiskt tillstånd)
4. förändrade relationer till släktingar och vänner
5. uttalad fientlighet mot speciella personer (ofta den sjukvårdspersonal som vårdat den avlidne)
6. en p. g. a. inåtvänd fientlighet förändrad personlighet: schizofreniform bild
7. förlorad förmåga till socialt fungerande
8. en förändrad aktivitet, som kommer att hota individens sociala och ekonomiska tillvaro
9. agiterad depression.

I en artikel diskuteras också en prognostisk bedömning och omhändertagande samt begreppet antecipatoriska sorgereaktioner.

I en studie över änkor och deras familjer har *Marris* (1958) gjort en intervjuundersökning av 72 änkor mellan 25 och 56 år. Kvinnorna hade varit gifta mellan ett och trettio år samt vid intervjutillfället varit änkor i ungefär två år. Intervjuerna var halvstrukturerade men centrerade kring tre ämnesområden: 1. kvinnornas ekonomiska situation, 2. deras stöd i familjen under makens sjukdom och hur deras relationer med andra människor påverkats av att de blivit änkor, samt 3. deras emotionella reaktioner efter makens död.

Med hjälp av fallbeskrivningar skildrar han kvinnornas sorg. Han påpekar att oförmågan att inse vad som hänt (makens död) ej synes vara beroende av om dödsfallet varit plötsligt eller inte. Han sammanfattar sorgereaktionens karaktäristika i tre stadier: 1. fysiska symptom, 2. förlust av kontakt med verkligheten samt 3. en tendens att dra sig undan allt som påminner om förlusten. Den hjälp och det stöd kvinnorna upplevt sig ha fått presenteras i ett särskilt kapitel. Tolv av de 72 kvinnorna var omgifta. De flesta av dessa var låginkomsttagare, under 40 år och med hemmavarande barn.

De intrapsykiska processer som styr sorgearbetet, den nära relationen till

Tabell 1.1 Sorgreaktioner. Referensöversikt

År	Författare	Metod	Tid mellan förlust och undersökningens påbörjande	Typ av dödsfall	Typ av anhörig
1916	Freud	teoretisk studie			
1943	Cobb-Lindemann	intervju	8 dagar	skada genom brandolycka	nära familjemedlem
1944	Lindemann	sammanställning av 4 anhörigrupper		väntade och oväntade	nära familjemedlem
1958	Marris	intervju	2 år	oväntade	hustru
1961	Bowlby	teoretisk studie			
1968	Clayton et al	intervju (strukturerad)	2-26 dagar	dödsfall på sjukhus	ej angivet
1969	Yamamoto et al	intervju	12-76 dagar	skada genom bilolycka	hustru
1969	Gerber	samtalskontakt	18 av 20 familjer	accepterade professionell hjälp i den akuta fasen av ett sorgearbete. 2 av 26 anhöriga tyckte inte att samtalen varit till någon nytta	
1964	Parkes	journalanteckningar - psyk. patienter		varierande	varierande
1964	Parkes	journaldata hos allmänläkare		varierande	hustru
1965	Parkes	intervju av psyk. patienter	6 mån	varierande	varierande
1969	Parkes et al	registerstudie	-	varierande	make
1972	Parkes et al	intervju	2 veckor	väntade och oväntade	hustru
1967	Maddison-Walker	postenkät	13 månader	oväntade	make hustru
1968	Maddison-Viola	postenkät	13 månader	oväntade	hustru
1977	Higgins	studie baserad på 5 korta fallbeskrivningar			
1977	Bugen	teoretisk studie			
1977	Wenz	registerstudie			
1976	Blanchard et al	intervju	1-25 år	varierande	hustru
1972	Crisp och Priest	postenkät	< 1 år	varierande	nära familjemedlem
1971	Parkes	intervju	1 månad	förväntade	hustru
1977	Calvert et al	registerstudie		varierande	nära familjemedlem
1951	Stern et al	intervju av psyk. patienter	från några månader till flera år	varierande	hustru
1977	Bürgin	teoretisk studie			

Antal ^a undersökta	De undersöktas ålder	Uppföljningstid	Resultat
17	–	–	Grundläggande kunskaper om akut sorg
101	varierande	–	Grundläggande kunskaper om akut sorg
72 (88)	25–56 år	–	Sorgereaktionens utseende, sociala följder
40	20–89 år	1–4 mån (27 fall)	3 symptom framträdande: depressivitet, sömnstörningar, gråt; vid "uppföljningen" hade 81 % "förbättrats"
20 (55)	20–60 år	–	Analys av förekomsten av olika symptom. Betydelsen av religiös förankring
3245	varierande	–	94 av patienterna hade insjuknat inom 6 månader efter förlust av nära anhörig
44	38–81 år	18 mån.	Kvinnor under 65 år hade en kraftigt ökad psykiatrisk symptomatologi
21	12–69 år	–	Gruppen som helhet uppvisade uttalade svårigheter att acceptera förlusten
4486	över 55 år	–	En ökad dödlighet under de sex första månaderna efter förlusten
49+19 (309)	genomsnittligt 36 år	14 mån.	Vanligt med sömn- och aptitstörningar, depressivitet samt ökad konsumtion av droger
132 (276)	–	–	Undersökningen kompletterad med 40 intervjuer: 20 änkor med "bad outcome" och 20 med "good outcome"
243 (476)	–	–	Upprepning i Sydney av föreg. undersökning (Boston) Sorg påverkas av två huvudkomponenter: separationsångest och existentiell ångest
30	vid makens död under 45 år	–	Förhöjd självmordsfrekvens bland änkor och änklingar Strukturerad intervju om depressiva symptom
129	40–65 år	–	Kvinnor uppvisade hysteroida symptom och män somatiska
22 (26)	under 65 år	13 mån	Den akuta sorgprocessen är långt ifrån avslutad 13 månader efter dödsfallet
39 (48)	–	2 år	Anhöriga över 50 år hade ett ökat antal läkarbesök och dagar på sjukhus jämfört med en matchad kontrollgrupp
25	53–70 år	–	Påfallande lite öppen sorg och medvetna skuld-känslor

^a Inom () anges antalet tillfrågade.

separationsångesten samt sambandet mellan individens utveckling under barnåren och sorgereaktionens utseende har beskrivits av *Bowlby* (1961).

Hans teori om sorgprocessen ansluter sig till *Lindemanns* empiriska data och man kan särskilja tre huvudfaser. Grundläggande är enligt *Bowlby* att en individs bindning till ett kärleksobjekt kan ses som förmedlat av ett antal "instinctual response systems". Under den första fasen är dessa system fortfarande inriktade på det ursprungliga objektet. På grund av detta upplever den sörjande återkommande besvikelser och kvarstående separationsångest. I den andra fasen är desorganisationen av personligheten, smärta och hopplöshet framträdande. Den tredje fasen fullbordar sorgearbetet och leder till en reorganisation. "Eftersom hoppet kan finnas med i någon utsträckning finns det ett känslökontinuum mellan ångest och förtvivlan. Under sorgearbetet kommer känslan att glida fram och tillbaka utefter detta kontinuum" (*Bowlby* 1961 sid 320). "The cry of sorrow" har ett primitivt ursprung: en överlevnadsfaktor för den unga individen genom påkallande av hjälp. Strävan att återkalla den förlorade är enligt *Bowlby* en av de starka drivkrafterna för sorgearbetet.

Clayton och medarbetare (1968) undersökte den normala sorgen genom att intervjua 40 anhöriga till 46 avlidna personer. Samtliga döda och intervjuade var kaukasier, bosatta i St Louis-distriktet, USA. De döda hade avlidit på sjukhus. Intervjuerna gjordes hemma hos den anhörige mellan 2 och 6 dagar efter dödsfallet. Undersökarna gjorde en strukturerad intervju med hjälp av ett symptom-inventorium. Tjugosju personer intervjuades ytterligare en gång: en till fyra månader efter dödsfallet. Resultaten presenteras i tabellform med procentuella fördelningar för olika psykiska och psykosomatiska symptom. I den "uppföljning", som gjordes inom ett halvt år(!), jämfördes de procentuella fördelningarna av olika symptom mellan grupperna $n=40$ och $n=27$. De noterar att i en normal sorgereaktion finns det bara tre symptom, som mer än hälften av individerna upplever: sänkt stämningsläge, sömnstörningar och gråt. I sin "uppföljning" fann de att 81 % hade "förbättrats" och bara 4 % "försämrats".

För att undersöka sorgprocessen i en kultur där religionen påtalar den avlidnes ständiga närvaro gjorde *Yamamoto och medarbetare* (1969) en intervjuundersökning av 20 japanska änkor. 55 personer tillfrågades brevlades och 20 accepterade den intervju som genomfördes mellan 12 och 76 dagar efter dödsfallet. Förlustreaktionen undersöktes med avseende på följande variabler: depression eller ångest, apati, sömnsvårigheter, "cultivation of idea of precence", känsla av den avlidnes närvaro, försök att undvika "reminders", svårighet att acceptera förlusten, självanklagelser, anklagelser av andra. Reaktionen presenteras i tabeller med procentuell fördelning avseende förekomst eller icke. Samtliga änkor hade förlorat sina män vid bilolyckor. De kvinnor som hade religiös förankring hade lättare att acceptera förlusten.

Sorgereaktionen är i grunden en "privat angelägenhet", vilken dock i vissa fall är i behov av professionell hjälp. Den avgörande frågan är hur man skall komma genom den sorgedrabbades känsla av "privacy" och förnekandet av existerande problem. För att undersöka detta har *Gerber* (1969) gjort en studie av hur sorgedrabbade accepterar professionell hjälp.

I denna undersökning accepterade 18 av 20 familjer en samtalskontakt. De anhöriga kontaktades brevlades via familjeläkaren. Samtalskontakterna sköttes av socialarbetare. Sorgereaktionen identifierades som en normalföreteelse och behandlades efter de riktlinjer för krisintervention som uppdragits av Caplan. Bara 2 av de 26 anhöriga, som undersökarna hade kontakt med, tyckte att samtalen inte hade varit dem till någon nytta.

En av de mest refererade författarna inom detta område är C. M. Parkes, som sedan början av 1960-talet gjort ett omfattande forskningsarbete om sorgereaktioner. *Parkes* (1964) beskriver i en undersökning hur förlust av en nära anhörig kan vara en av orsakerna till psykisk sjukdom. Studien baseras på journalanteckningar rörande 3 245 patienter som tagits in på Bethlem Royal och Maudsley Hospitals i London under åren 1949–51. Han fann att i 94 fall hade det psykiska insjuknandet inträffat antingen under den avlidnes terminala sjukdom (7 fall) eller inom sex månader efter en förälders, make/makas, syskons eller barns död (87 fall). Materialet analyseras statistiskt med avseende på kön, ålder, psykiatrisk diagnos, släktskap och socialt förhållande till den avlidne. Han noterar att incidensen av sorgedrabbade var 2,9 % av totalmaterialet. 31 patienter hade förlorat make/maka, 47 av de 94 hade förlorat en förälder, 21 ett syskon samt 4 ett barn. De vanligaste diagnoserna var affektiv störning och neurotisk eller reaktiv depression. Antalet individer i patientgruppen (3 245), vilkas sjukdom följde efter förlusten av en make/maka, var sex gånger högre än det förväntade antalet sorgedrabbade individer i en motsvarande grupp av icke-patienter.

I en annan undersökning, också baserad på journaldata, diskuterar *Parkes* (1964) vilka effekter en förlust har på fysisk och psykisk hälsa. Han utgår från ett material av 44 oselektade änkor. Dessas hälsotillstånd under en tvåårsperiod före dödsfallet jämförs med en tidsperiod på 18 månader efter dödsfallet. Materialet erhöill han från åtta allmänpraktiserande läkare i London, vilka haft kontakt med kvinnorna under minst två år före och ett och ett halvt år efter makens död. Allmänläkarnas journalanteckningar samt journaler från sjukhus (för de kvinnor som varit inlagda) detaljgranskades. Kvinnornas ålder varierade från 38 till 81 år. Frekvensen av deras läkarbesök ökade signifikant efter makens död. Han fann att kvinnor under 65 år hade en kraftigt ökad psykiatrisk symptomatologi efter förlusten, som speciellt under den första sexmånadersperioden medförde ett ökat antal läkarbesök. De äldre kvinnorna däremot hade en ökning i antalet konsultationer hos sin läkare för somatiska symptom eller sjukdomar. I artikeln diskuteras frågan om undersökningsfynden visar en sann ökning av sjukligheten efter förlust av nära anhörig och om denna ökning nödvändigtvis eller direkt kan relateras till förlusten.

I en deskriptiv studie har *Parkes* (1965) studerat psykiatriska patienters sorgereaktioner. Undersökningen baseras på en intervjuserie med 21 patienter vid Bethlem Royal och Maudsley Hospitals 1958–60. Symptomdebuten kom inom sex månader efter förlusten. Varje patient intervjuades av författaren och kompletteringar gjordes med hjälp av journalanteckningar. Jämfört med den typiska sorgereaktionen, beskriven av bl. a. Lindemann (1944), fann *Parkes* att självanklagelser och svårigheter att acceptera förlusten

spelade en mera framträdande roll i de psykiatriska patienternas sorgearbete.

I en registerstudie har *Parkes* (1969) och medarbetare undersökt frekvensen av ökad dödlighet hos nyblivna änklingar. Materialet omfattar 4 486 änklingar 55 år eller äldre. Dessa visar en 40-procentig ökning i mortalitet under de första sex månaderna efter förlusten. Denna ökning sjunker sedan snabbt till nivån för gifta män i samma åldersgrupper. Av hela materialet avled 213 män under de första sex månaderna. Antalet dödsfall i arteriosklerotiska hjärtsjukdomar och infektionssjukdomar är klart förhöjt i förhållande till förväntat antal dödsfall.

I en studie har *Parkes* (1971) studerat sorgereaktionen hos 22 londonänkor under första året. Urvalet skedde i samarbete med allmänpraktiserande läkare genom att dessa tillfrågade sina kvinnliga patienter, under 65 år, som under den tid studien pågick förlorade sin make. Av de 26 kvinnor, som tillfrågades och accepterade en intervju, kom 22 att kunna medtagas i studien. Samtliga kvinnor intervjuades vid 1, 3, 6, 9 och 13 månader efter dödsfallet. Intervjuerna var halvstrukturerade. Alla dödsfallen utom ett hade föregåtts av en tids sjukdom. Nitton av kvinnorna hade informerats om allvarligheten i deras makes tillstånd, 13 av dessa åtminstone en månad före dödsfallet. I arbetet beskrivs först de omedelbara reaktionerna vid dödsfallet. Sorgeprocessen hos de 22 kvinnorna analyseras sedan med avseende på: 1. tecken på letande efter det förlorade objektet, 2. vrede och skuld känslor, 3. metoder att försvaga lidandet (mitigation) eller försvarsmekanismer, 4. identifikationsfenomen, 5. drömmar, 6. nedsatt förmåga att sköta dagliga sysslor och hämning av sociala aktiviteter. Slutligen beskrivs situationen 13 månader efter dödsfallet. Praktiskt taget alla kvinnorna hade fortfarande samma bostad. Över hälften av dem hade det ekonomiskt sämre. De tillbringade sin mesta tid i hemmet och bara fyra av dem medgav att de hade flera sociala kontakter nu än före makens död. Endast tre av kvinnorna syntes ha kommit över i nyorienteringsfasen. Fyra av kvinnorna hade planer på att gifta om sig och tre av dessa var förlovade (jfr *Marris*, 1958). Sex av kvinnorna hade ett sämre hälsotillstånd nu än före makens sjukdom och död. De flesta kvinnorna tänkte ofta på sin make och nästan alla hade ett klart synminne av honom. Drygt hälften av kvinnorna hade då och då en känsla av makens fysiska närvaro. *Parkes* understryker att den akuta sorgprocessen i de flesta fall är långt ifrån avslutad 13 månader efter dödsfallet.

Det fysiska och psykiska hälsotillståndet efter förlust av nära anhörig har studerats av *Parkes och Brown* (1972). I en kontrollerad studie intervjuade de änkor och änklingar under 45 år. De utgick från dödsbevisregister och plockade ut avlidna kvinnor och män under 45 år, med uteslutande av mord och självmord. Två veckor efter dödsfallet tillskrevs den efterlevande maken/makan, varvid man förklarade syftet med studien och bad om samarbete. Av de 309 personer som tillskrevs accepterade endast 49 kvinnor och 19 män att delta i undersökningen. De som samtyckte intervjuades vid tre tillfällen under det första året samt en fjärde gång 14 månader efter dödsfallet. En femte intervju genomfördes 2-4 år efter dödsfallet. Man upprepade då samma frågor som vid tredje och fjärde intervjun. Samma frågor ställdes också till en kontrollgrupp, som matchades individuellt med avseende på kön, ålder, familjestorlek, nationalitet och typ av yrke. De

sorgedrabbade visade ingen ökad frekvens av läkarbesök. Däremot hade 19 kvinnor och 3 män haft kontakt med präst, kurator, psykolog eller psykiater på grund av "emotionella problem". Bland de intervjuade sorgedrabbade var det vanligt med sömn- och aptitstörningar samt ökad konsumtion av lugnande medicin, alkohol och tobak. I en självskattning med hjälp av ett frågeformulär (18 frågor) uppvisade gruppen änkor/änklingar en signifikant högre grad av depressivitet vid intervjutillfället. Änklingarna uppvisade en ökning av akuta kroppsliga symptom. Två till fyra år efter dödsfallet uppvisade grupperna föga skillnad i hälsotillstånd.

Maddison och Walker (1967) har i en intervjuundersökning försökt klarlägga faktorer som påverkar änkers genomarbetande av sorgereaktioner. De utgår från att sorgereaktioner kan ses som en psykisk kris, och påpekar att faktorerna kan indelas i yttre och inre. Studien avsåg att retrospektivt undersöka ankans interaktion med omgivningen såsom dessa själva såg den under förlustkrisen, operationellt definierad som varande tre månader efter makens död. De insamlade information om efterlevande till alla män mellan 45 och 60 år, som under en sexmånadersperiod avlidit i Boston. Frågeformulär tillsammans med ett förklarande brev sändes till 276 änkor, 13 månader efter förlusten. Användbara svar erhöles från 132 kvinnor. Svaren analyserades statistiskt och indelades i två grupper: "bad outcome" och "good outcome". Från vardera gruppen utplockades 20 kvinnor, så nära matchade som möjligt med avseende på sociala och personlighetsmässiga variabler. Med dessa 40 kvinnor genomfördes en strukturerad intervju (59 items) för att få information om personer av speciell betydelse i kvinnans omgivning och om dessa personer upplevts vara till någon hjälp eller inte. Undersökarna vill också ha information om de speciella former av interaktion som hade ägt rum mellan änkan och personerna i hennes omgivning. De hade en i förväg uppgjord lista med 59 påståenden, valda för att belysa följande kategorier av interpersonellt beteende: 1. uttryck för affekter, 2. återblickar på det förflutna, 3. orientering mot nuet och framtiden, 4. behovstillfredsställelse. Intervjuarna fyllde i undersökningsformulären med de kodade observationerna under pågående intervju. Dessa analyserades sedan med "multivariate discriminant function analysis" och "analysis of subsets of items". De fann att de änkor som hade en "bad outcome" (hälsotillstånd under året efter förlusten) upplevde sig ha flera otillfredsställda psykologiska behov i "interpersonal exchanges" under förlustkrisen än de som hade "good outcome". Det var i undersökningen inte möjligt att isolera något specifikt behov eller någon grupp av specifika behov av särskild betydelse. Kvinnorna med "bad outcome" hade ett uttalat behov av hjälp från omgivningen för att uttrycka sina känslor. De upplevde att omgivningen snarast motverkat detta genom att rikta deras uppmärksamhet på nuet och framtiden. Undersökarna påpekar att de markerade olikheterna i hur de två grupperna av änkor uppfattar omgivningens stöd sannolikt beror på interpersonella faktorer, t. ex. stela försvarsstrukturer. Undersökningsresultaten och deras betydelse för preventiv psykiatri diskuterar av *Maddison* (1968).

Den första delen av undersökningen (till änkor översända frågeformulär samt analys av dessa svar) har av *Maddison och Viola* (1968) upprepats i Sydney för att studera hälsotillståndet hos änkor under första året efter

förlusten. I artikeln jämförs de båda materialen, och anmärkningsvärda skillnader kan ej noteras. Förekomsten av psykologiska, psykosomatiska, och somatiska symptom under den första tre-månadersperioden presenteras. Den andra delen av Maddisons undersökning (intervjuer av änkor) har av författaren tillsammans med *Viola och Walker* (1969) också upprepats på sydneymaterialet. Den enda skillnaden vid jämförelse med bostonänkorna var att de australiska kvinnorna med "bad outcome" inte rapporterade högre frekvens av otillfredsställda behov än de med "good outcome".

Higgins (1977) diskuterar sorgereaktioner med utgångspunkt i fem korta fallbeskrivningar (3 barn och 2 vuxna). Han anser att sorgen påverkas av två komponenter: separationsångest och existentiell ångest. De av Lindemann, Parkes m. fl. beskrivna fyra stadierna diskuteras också.

För att lättare kunna förstå sorgereaktionen, förutsäga förloppet och behovet av intervention har *Bugen* (1977) gjort en teoretisk modell. Han grundar sig på endast två variabler: relationens centralitet och dödsfallets "preventability". Centraliteten innefattar olika typer av närhet mellan den döde och den sörjande. Med "preventability" menar han hurvida den sorgedrabbade tror att det som orsakade dödsfallet var möjligt att förhindra eller inte. Den svåraste sorgereaktionen ser man vid en nära relation och hög grad av "preventability". Vid en intervention är den sörjandes uppfattning om "preventability" det man skall försöka påverka.

I en registerstudie noterar *Wenz* (1977) den höga självmordsfrekvensen för änkor/änklingar. Undersökningen är genomförd i en liten stad i Michigan, USA. Suicidfrekvensen är högre för män än för kvinnor och högre bland äldre. Det finns också en rasskillnad: frekvensen är högre för vita än för färgade.

I varje sorgereaktion är depressiv symptomatologi ofta framträdande. Detta har studerats av *Blanchard och medarbetare* (1976). De har gjort en intervjuundersökning av 30 kvinnor, som blivit änkor före 45 års ålder. I 16 av fallen rörde det sig om plötsliga och oväntade dödsfall, vilket definieras som att deras makar hade varit sjuka ett dygn eller mindre före dödsfallet. Dödsfallen hade inträffat mellan 1 och 25 år före intervjuundersökningen. I arbetet redovisas hur gruppen fördelar sig vad beträffar utbildning och arbete, familjesocial situation, inkomstnivå och religiös tillhörighet. I undersökningen tillfrågades kvinnorna om 20 symptom, vilka brukar uppträda vid depressiva tillstånd. Dessa symptom självskattades i en fem-gradig skala. Kvinnorna ombads att skatta sina symptom i efterhand: ett par veckor efter dödsfallet, ett år senare samt vid intervjutillfället. Undersökningen visade ingen skillnad mellan de depressiva reaktionerna efter de förväntade och de plötsliga dödsfallen, utom vad beträffar självmordstankar, som var vanligare i den senare gruppen. Förekomsten av de depressiva symptomen redovisas i statistiska tabeller. Författarna anser att denna retrospektiva studie har hög validitet: att förlora sin make är en så betydelsefull krishändelse att man minns känslorna i varje fas klart och tydligt. Detta påstående torde kunna ifrågasättas (förf. anm.).

Crisp och Priest (1972) har genom en brevintervjuundersökning försökt kartlägga förekomsten av neurotiska tillstånd under första året efter förlusten av en nära anhörig. De tillskrev samtliga personer mellan 40 och 65 år som fanns registrerade på en gruppläkarmottagning i sydvästra London. Svar erhöles från 777 av drygt 900 tillfrågade. Av dessa hade 64 män och 65 kvinnor förlorat en nära anhörig under det gångna året. Genom att använda ett standardiserat självskattningsinventorium fann de att kvinnor både efter förlust av make eller annan nära anhörig uppvisade en ökad frekvens av hysteroida symptom. Män, som förlorat någon annan än sin hustru, uppvisade en ökad frekvens av somatiska symptom.

Calvert och medarbetare har (1977) studerat vilken effekt på hälsan som förlust av nära anhörig kan ha. De utgick från två intill-liggande kommuner i Australien (landsbygd med företrädesvis lantbrukarbefolkning) med sammanlagt drygt sex tusen invånare. I området avled 1973 48 personer, varav 39 medtogs i undersökningen. En tredjedel av dessa hade varit sjuka mindre än en vecka före dödsfallet, av dessa var sex självmord och två mord. Till dessa 39 personer spårades 96 nära anhöriga, varav 89 kunde medtagas i studien. Ur mantalsskrivningsregister framplöckades 89 kontroller matchade med avseende på ålder och kön. Hälsoläget två år före till två år efter dödsfallet studerades utifrån två variabler: a. antal läkarbesök och b. antal dagar på sjukhus. Vid jämförelse mellan gruppen av anhöriga och gruppen av kontroller visade det sig att förlusten av nära anhörig hade föga effekt på hälsotillståndet hos dem som var under 50 år.

De äldre däremot hade ett signifikant ökat antal läkarbesök och dagar på sjukhus.

I en undersökning som grundar sig på 25 fall har *Stern och medarbetare* (1951) studerat sorgreaktioner hos äldre. De intervjuades ålder varierade från 53 till 70 år. Undersökarna anser att i denna åldersgrupp kunde man sällan se öppen sorg och medvetna skuld känslor. Däremot var det vanligt med en extrem idealisering av den avlidne samt ökad somatisk sjuklighet. Dessa företeelser diskuteras med utgångspunkt i den äldre människans psykodynamik.

Barns reaktioner vid objektsförlust ter sig helt annorlunda än vuxnas. *Bürgin* (1977) anser att den klassiska sorgreaktionen ser man vanligen först efter puberteten. Detta skulle enligt honom bero på att barnets jag- och objektrelationer utvecklas och förändras snabbt. Barnet har en stor adaptiv förmåga, som dock är starkt beroende av omgivningens stöd.

Reaktioner vid plötslig och oväntad död

Litteraturen inom detta område är påfallande mager. De patologiska reaktionerna vid förlust av nära anhörig är mycket vanligare vid plötsliga och oväntade dödsfall *Lehrman* (1956). Han presenterar ett kliniskt material bestående av fem fallbeskrivningar. I samtliga fall rör det sig om unga människor, under 45 år, som hade remitterats för psykiatrisk undersökning och behandling under olika diagnoser. Dessa specialfall av sorgreaktioner skiljer sig från den vanliga sorgreaktionen genom att jaget är mindre

Tabell 1.2 Reaktionen vid plötsliga och oväntade dödsfall. Referensöversikt

År	Författare	Metod	Tid mellan förlust och undersökningens påbörjande	Typ av dödsfall	Typ av anhörig
1956	Lehrman	fallbeskrivning psyk. patienter	varierande	plötsliga	varierande
1973	Weisman	teoretisk studie			
1972	Levinson	fallstudier	förlust under pågående psykoterapi	plötsliga	varierande
1976	Williams et al	korttidsterapi	några dagar	plötsliga	varierande
1974	Friedman	teoretisk studie			
1977	Cornwell et al	intervju	några dagar	plötslig spädbarnsdöd	föräldrar
1966	Cullberg	} reaktioner vid perinatal död			
1978	Helmrath				
1974	Glick, Weiss, Parkes	intervju	ca 2 veckor	föväntade och plötsliga	hustru make

förberett på förlusten och att det akuta hotet mot patientens jag blir mycket större. Detta hot kan aktivera sado-masochistiska impulser. Andra faktorer som bidrar till de patologiska reaktionerna är: tidigare existerande psykopatologi, jagsvagheter och frånvaro av kompensation i form av kärleksobjektsubstitut. Såväl depressioner och depressions-ekvivalenter som konversions-hysterier kan uppträda. Lehrman påpekar att vid den normala sorgereaktionen efter ett plötsligt och oväntat dödsfall utgör "the factors of untimeliness" ej ett ökat hot mot den sörjandes jag.

I en artikel diskuterar Weisman (1973) problemet "coping with untimely death". Det gäller människor vilkas sorgereaktion ej kan ha föregåtts av ett föregripande sorgearbete. Man bör särskilja tre typer av "untimely deaths": 1. "för tidiga" dödsfall (yngre människor), 2. oväntade dödsfall samt 3. planerade och avsiktliga dödsfall (mord och självmord). Freud¹ påpekade att i det omedvetna finns ingen representation för döden, vilket medför att vi inte kan föreställa oss själva som döda. Dödsfall som inträffar utanför vår livsfär, utanför vårt libidinösa territorium, kommer helt enkelt inte att vara verkliga för oss. Så länge individens psyko-sociala system är intakt, dvs. han själv har inte "skadats", kommer ett dödsfall ej att upplevas som en förlust. De känslor och tankar ett sådant dödsfall kan utlösa beror på vilka minnen som aktiveras hos individen och hur dennes system av försvarsmekanismer hanterar detta. Weisman understryker att i de flesta fall, där ett föregripande sorgearbete inte finns eller är starkt förkortat, kommer dödsfallet att utlösa känslotomhet och tvivel på att dödsfallet har inträffat. En uttalad ångest och smärta kan föregå förstämning och insikten om förlusten. Sorgereaktionen

¹ Freud: "Thoughts for the Times on War and Death" (1915) Compl. Psychol. Works. Vol. 14. Hogarth 1957

Antal ^a undersökta	De undersöktas ålder	Uppföljningstid	Resultat
5	26-40	-	Ökat antal patologiska reaktioner
4	32-61	-	Uttalade motöverföringsreaktioner
39 (82) (familjer)	varierande	1-10 veckor	Inga slutsatser om effekten av korttidsterapi
19 för- äldrapar	-	13 mån (11 fall)	Mödrarnas normala funktionsnivå återställd efter 10 månader
108 (231) 50 (118)	under 45 år	49 } 19 } 13 mån.	Upplevelser och reaktioner under det första året beskrivs. Plötsliga dödsfall diskuteras

^a inom () anges antalet tillfrågade

får också ett mycket häftigare förlopp och med mera alarmerande symptom än vid väntade dödsfall. "Untimely deaths" är mer traumatiska än förväntade dödsfall. Weisman påpekar att en psykologisk intervention bör bestå av två delar: 1. befrämjande av sorgeprocessens fortskridande och 2. omformulering av upplevelsen av dödsfallet till mera acceptabla former. Exempel på det senare är att försöka få den sörjande att betrakta oväntat dödsfall som ett "för tidigt" dödsfall.

Levinson (1972) beskriver och diskuterar reaktioner vid plötsliga och oväntade dödsfall med utgångspunkt i fyra fallstudier. I tre av fallen hade de avlidna gått i psykoterapi när de dog och i artikeln presenteras framför allt terapeutens reaktioner.

I en kontrollerad studie har *Williams och medarbetare* (1976) undersökt effekten av korttidsterapi vid plötslig förlust av nära anhörig. Trettionio (39) av 82 spårade familjer följdes under 1 till 10 veckor med i medeltal 5 samtal. Vid en utvärdering sex månader efter dödsfallet kunde de ej se någon skillnad mellan dessa familjer och en kontrollgrupp, som ej erhållit krisintervention. Som förklaring till detta påpekar de att kontrollgruppen av anhöriga hade upplevt ett betydligt högre antal naturliga dödsfall, vilka ej var plötsliga eller oväntade. Vidare hade gruppen som erhållit korttidsterapi en högre frekvens av psykisk sjuklighet före dödsfallet än kontrollgruppen. Med tanke på detta torde det vara svårt att ur denna undersökning dra några slutsatser om effekten av krisintervention vid plötslig och oväntad död.

Två speciella former av plötslig och oväntad död är perinatal död och plötslig spädbarnsdöd. Familjens reaktioner då ett barn avlider under första levnadsåret diskuteras av *Friedman* (1974). Han beskriver de speciella faktorer som färgar sorgereaktionen hos föräldrar och syskon. I artikeln finns också en omfattande referenslista. *Cornwell och medarbetare* (1977) presenterar en intervjuundersökning med 19 familjer, som förlorat ett barn genom plötslig oväntad spädbarnsdöd. Elva av familjerna kunde följas till 13 månader efter dödsfallet. Mödrarnas sorgereaktioner var betydligt mera uttalade än fädernas. Mödrarna ansåg i medeltal att de hade återställt sin normala funktionsnivå efter drygt 10 månader, fäderna efter 3 1/2 månad. *Cullberg* (1966) och *Helmrath* (1978) beskriver psykiska reaktioner vid perinatal barnadöd.

Glick, Weiss och Parkes (1974) har tillsammans genomfört en studie om sorgereaktioner under första året efter ett dödsfall. Undersökningen genomfördes i Boston och författarna tillskrev, någon vecka efter inträffat dödsfall (ej mord eller självmord), sammanlagt 231 änkor och 118 änklingar, 45 år eller yngre. I brevet beskrev de sin undersökning och berättade att de skulle ringa inom några dagar. Vid det första intervjutillfället hade de kontakt med 108 änkor och 50 änklingar. Uppföljande intervjuer gjordes en gång under första året samt 13 månader efter dödsfallet. Vid dessa intervjutillfällen träffade de 49 av ankorna och 19 av änklingarna. De genomförde också en uppföljning fyra år efter dödsfallet. Intervjumaterialet presenteras i berättande form och med citat från de olika intervjuerna under följande huvudrubriker:

- upplevelser av själva dödsfallet
- tidiga reaktioner
- tillgång till och utnyttjande av stöd
- reaktioner i samband med begravning
- sorgearbetet
- de fortsatta banden till den avlidne maken
- förändringar i relation till familj och vänner
- nyorienteringsprocessen.

I studien diskuteras aspekter på plötsliga och oväntade dödsfall. Detta skildras bl. a. i en fallbeskrivning (trafikolycka). "Hennes tankar sysslade oupphörligen med vad som hänt. Hon letade efter en orsak till det inträffade. Ibland upplevde hon att olyckan var hennes mans fel." Författarna påpekar att vid olyckor med dödlig utgång finns det ofta en period när änkan är osäker på om det verkligen var hennes make som dog och då hon hoppas att man kan ha misstagit sig vid identifieringen eller alltför snabbt dödförklarat honom. Vid oväntade dödsfall är sorgens smärta kombinerad med chock-upplevelsen. Det är vanligt med en period av "numbness" – en avsaknad av känslor. Särskilt de kvinnor som "inte känner något" är rädda att de ej skall orka med förlusten och isoleringen. "Änkor till män, vilkas dödsfall kommit oväntat, känner sig oroliga över, nästan skyldiga till att deras män dött bland obekanta och i en främmande miljö." För 22 av de 49 ankorna var dödsfallet oväntat. I nyorienteringsfasen visade det sig att ingen av dessa hade tankar på ett nytt äktenskap. Fem av de 22 hade misslyckats med att börja skapa en stabil reorganisation av sin yttre miljö. Dessa siffror är betydligt högre än motsvarande för gruppen av änkor efter väntade dödsfall.

Patologiska sorgereaktioner

Vad är patologiskt i en sorgereaktion? Denna fråga är mycket svår att besvara eftersom den förutsätter ett definierat normalitetsbegrepp. Det är sannolikt mera ändamålsenligt att tala i termer av hur krisbearbetningen har gestaltat sig, t. ex. att den fått ett ogynnsamt förlopp. *Lindemann* (1944) anger begreppen a. fördröjd och b. förvriden reaktion. Han nämner också i detta sammanhang den föregripande sorgereaktionen. En ogynnsam bearbetning kan dock leda till psykiska defekter med åtföljande psykopatologi och psykiska sjukdomstillstånd. En annan effekt kan vara aktualisering av bortträngt psykologiskt material ledande till en manifest psykotisk eller neurotisk störning. Sambandet och skillnaderna mellan sorg och depression beskrivs av *Freud* (1916). Barnets tidiga upplevelser av objektsförlust med åtföljande sorgereaktion och "depressive position" beskrivs av *Klein* (1940), som också antyder ett samband mellan tidiga sorgereaktioner och utvecklingen av manodepressivitet.

Utifrån ett psykiatriskt klientel konstaterar *Anderson* (1949) att i nio (9) procent av konsekutiva öppenvårdsfall vid en psykiatrisk mottagning under en tre-årsperiod var patienternas sjukdom följden av en patologisk sorgereaktion. Vid den första undersökningen kunde 100 av dessa patienter (konsekutiva konsultationer) klassas enligt följande kliniska mönster:

ångesttillstånd	59
hysterier	19
tvångsneurotiska tillstånd	7
manodepressiva tillstånd	15
varav agiterade depressioner	8
hämmande depressioner	4
hypomanier.	3

Inget av tillstånden var helt typiskt eller statistiskt. Den patologiska sorgens psykodynamik diskuteras i artikeln med utgångspunkt i fyra fallbeskrivningar, vilka till en början hade följande kliniska bilder: 1. tvångsmässiga muskelryckningar, 2. djup depression, 3. hämmande depression, samt 4. kronisk ångest + hypomani. Den patologiska sorgereaktionen är således en viktig differentialdiagnos i psykiatrisk diagnostik (förf. anm.).

Birtchnell har studerat vad förlusten av en förälder betyder för den psykiska hälsan. Dels har han undersökt förlust under barnaåren, dels (1975) vad en aktuell förlust betyder för människor i 20-årsåldern. Han konstaterar att för ogifta människor innebär förlusten av en förälder ett större trauma än för gifta. För psykiatriska patienter med depressiva besvär har förlusten av en förälder av motsatt kön varit en betydande stressfaktor. Det skulle kunna förklaras av en livslång oedipal bindning. I artikeln presenteras statistiska jämförelser mellan 6 795 psykiatriska patienter över 20 år och en kontrollgrupp av 3 425 20-åringar, som spårats via sju allmänläkarmottagningar.

Deutsch (1937) diskuterar vilka faktorer som bidrar till en utebliven sorgereaktion. Hon menar att graden av från barnaåren kvarstående ambivalens gentemot den avlidne är en mera betydelsefull faktor än intensiteten av de

Tabell 1.3 Patologiska sorgereaktioner. Referensöversikt

År	Författare	Metod	Tid mellan förlust och undersökningens påbörjande	Typ av dödsfall	Typ av anhörig
1949	Anderson	intervju psyk. patienter	–	varierande	varierande
1975	Birtchnell	journalanteckningar – psyk. patienter	–	varierande	varierande
1959	Wretmark	psyk. patienter	varierande	varierande	varierande
1957	Stern et al	psyk. patienter	varierande	varierande	varierande
1960	Barry och Lindemann	psyk. patienter	varierande	varierande	varierande
1976	Lampl de Groot	fallbeskrivning	–	–	–
1977	Gardener och Pritchard	fallbeskrivningar	–	varierande	varierande
1977	Keddie	fallbeskrivningar	3 kvinnor som förlorat sina hundar		
1975	Raphael	teoretisk studie om patologiska sorgereaktioner och hur man skall behandla dessa			

positiva bindningarna. Barnets jag orkar ej med det arbete som sorgprocessen medför och använder därför sina försvarsmekanismer – narcissistiskt självskydd. En relativ jagsvaghet hos den vuxne skulle således vara ansvarig för en utebliven sorgereaktion.

John Bowlby (personligt meddelande 1978) anser att reella hot om att bli övergiven under barnåren är en av de viktigaste bidragande orsakerna till att en sorgereaktion får ett ogynnsamt förlopp. Dessa hot är av typen vanliga fraser, som ingår i många barns uppfostran: "Ditt tjat kommer att ta död på mig."

Patologiska sorgereaktioner har också studerats av *Wretmark* (1959). Hans material (28 individer) utgörs av patienter med förlängda sorgereaktioner eller reaktioner som medför så stor belastning för henne eller de anhöriga att man sökt psykiatrisk hjälp. I 19 fall var tillståndet sådant att inläggning bedömdes nödvändig. Patienterna varierade i ålder från 18 till 75 år, och 26 av de 28 var kvinnor. Materialet analyseras med avseende på deskriptiv diagnos och den kliniska bilden: förnekande, idealisering, skuld känslor och somatisering. Utebliven eller fördröjd reaktion förekom i 14 av fallen. En liknande undersökning utgående från 38 patienter har genomförts av *Stern och LaRivière* (1957).

Det finns mycket litet rapporterat om barns sorgereaktioner. En tidig förlust av modern är en starkt bidragande orsak till neurotisk personlighetsutveckling. Enligt *Barry och Lindemann* (1960) är den kritiska åldern 0–2 år, då förlust av modern ger djupgående personlighetsmässiga störningar. De grundar sina

Antal undersökta	De undersöktas ålder	Uppföljningstid	Resultat
100			I 9 % av ett psykiatriskt klientel var patientens sjukdom följden av en patologisk sorgereaktion
6 795	över 20 år	–	Ett signifikant ökat antal patienter har före insjuknandet förlorat en förälder
28	18–75	–	Patientmaterialet analyseras deskriptivt
38	–	–	–
1 202	varierande	–	Förlust av moder före 2 års ålder ger djupgående personlighetsmässiga störningar
6	varierande	–	Exempel på extremt förnekande

iakttagelser på en undersökning av data rörande 1 202 psykiatriska patienter. Deras iakttagelser stämmer väl överens med vad man vet om utvecklingen av den libidinösa objektskonstansen och de tillstånd som är resultatet av störningar i individuations-separationsprocessen. Dessa iakttagelser understryker vikten av att man inte förnekar att barn utvecklar sorgereaktioner. En vanlig uppfattning är att "barn glömmet så lätt". *John Bowlby* (personligt meddelande 1978) påpekar också att barns sorgereaktioner är synnerligen viktiga att iaktta och bör ges möjlighet till genomarbetning.

Hur depressionstillstånd hos vuxna kan ha sitt ursprung i en obearbetad sorgereaktion under barnaåren illustreras i en fallbeskrivning av *Lampl de Groot* (1976).

I varje sorgereaktion ser man mer eller mindre uttalade försvarsmekanismer av förnekandetyper. I extrema fall kan detta försvar på ett tidigt stadium i sorgprocessen bli låst. Detta kan medföra att den sorgedrabade vägrar att acceptera och inse dödsfallet. Om denna låsning sker redan under ett föregripande sorgearbete kan situationen bli som *Gardener och Pritchard* (1977) beskriver i sex fall, där denna mekanism lett till att den närmaste anhörige har förvarat den dödes kropp hemma, som om han vore levande, i perioder varierande mellan en vecka och tio (!) år.

En patologisk sorgereaktion kan också förekomma efter förlust av sällskapsdjur. *Keddie* (1977) beskriver tre fall – tre kvinnor som förlorat sina hundar. I alla tre fallen hade kvinnorna haft hand om sina hundar under minst 13 år. De psykiska reaktionerna, vilka var så uttalade att sjukhusvård krävdes, uppträdde omedelbart efter hundens död. Att reaktionerna blev så uttalade anser författaren bero på att djuret utgjorde en känslomässig ersättning för en nära relation till en annan människa.

De patologiska sorgereaktionerna kan enligt *Raphael* (1975) indelas på följande sätt:

- A. Förhindrad, undertryckt eller frånvaro av sorg.
 - 1. komplett frånvaro
 - 2. partiellt undertryckande eller förhindrande av vissa delar av sorgearbetet
- B. Förvriden sorg
 - 1. uttalad vrede och bitterhet
 - 2. uttalade skuldkänslor
- C. Kronisk sorg
- D. Varianter av sorg.

Hon påpekar att vid komplett frånvaro av sorgereaktion har ofta intrapsy-kiska och interpersonella faktorer samverkat, medan ett partiellt undertryckande oftast är en effekt av den sörjandes interaktion med omgivningen. Hon beskriver en modell för hur man med korttidsterapeutisk metodik kan hjälpa dessa människor. Man skall i terapin koncentrera sig på fyra ämnesområden:

- 1. händelserna kring dödsfallet
- 2. minnena av den avlidne
- 3. den anhöriges tidigare relation till den döde
- 4. de känslor som förlusten medfört.

I artikeln diskuterar hon olika sätt på vilka patienten testat sin terapeut, patientens motstånd, hur man kan ge tolkningar av försvarsmekanismer och att det ibland kan vara nödvändigt att direkt eller indirekt befrämja ett socialt stöd. "Tidigare förluster kan återuppträffa med förnyad intensitet och ursprungliga områden med förhindrad sorg blir synliga vid sidan av den aktuella sorgereaktionen. Dessa kan bli genomarbetade i den nya sorgeskrisen och patienten kan befrias från tidigare undertryckta känslor." (*Raphael*, 1975, sid 177).

Sammanfattande kommentarer

Sorgereaktionen bör uppfattas som en typ av krisreaktion och skall bemötas som en sådan.

Även barn har uttalade sorgereaktioner, vilka dock beteendemässigt tar sig andra uttryck.

Förlust av nära anhörig predisponerar för både en ökad sjuklighet och en ökad dödlighet.

Smärtan och ångesten är centrala i sorgereaktionen. Strävan att återkalla den förlorade är en av de starkaste drivkrafterna för sorgearbetet.

Endast nio (9) av de över sjuttio refererade arbetena berör den speciella situationen att dödsfallet har varit plötsligt och oväntat. Sorgereaktionen får i dessa fall ett mycket häftigare förlopp och med mera alarmerande symptom. Situationen är psykologiskt annorlunda när ingen form av föregripande sorgearbete har varit möjlig.

Under unga år obearbetad sorg anses kunna leda till djupgående psykiska

störningar.

Begreppet patologisk sorg bör användas med försiktighet, eftersom sorgereaktionens utseende växlar starkt.

Referenser

- Anderson, Ch. (1949): Aspects of Pathological Grief and Mourning. *Int. J. Psychoanal.*, 30, 48–55.
- Barry, H. and Lindemann, E. (1960): Critical ages for Maternal Bereavement in Psychoneurosis. *Psychosomatic Medicine*, 22, nr 3, 166–181.
- Birtchnell, J. (1975): Psychiatric breakdown following recent parent death. *Br. J. Med. Psychol.*, 48, 379–390.
- Blanchard, Ch. et al (1976): The young widow . . . *Psychiatry*, 39, 394–399.
- Bloom, B. (1963): Definitional aspects of the crisis concept. *J. of Consulting Psychology*, 27, 498–502.
- Boëthius, E. et al (1977): Kristerapi – ett alternativ. *Läkartidningen*, 74, 1501–1503.
- Bowlby, J. (1961): Processes of mourning. *Int. J. Psychoanal.*, XLII, 317–340.
- Bowlby, J. (1960): Separation anxiety. *Int. J. Psychoanal.*, XLI, 89–113.
- Brink, U. och Falk, M. (1976): Utvärdering av korttidspsykoterapi. *Läkartidningen*, 73, 3214–3218.
- Bugen, L. (1977): Human Grief. *Am. J. Orthopsych.*, 47, nr 2, 196–206.
- Bürgin, D. (1977): Zur Prävention psychischer . . . *Sozial- und Präventivmedizin*, 22, 46–52.
- Calvert, Ph. et al (1977): Death in a country area and its effect . . . *Med. J. Aust.*, 2, 635–638.
- Caplan, G. (1960): Patterns of parental response to the crisis of premature birth: A preliminary approach to modifying mental health outcome. *Psychiat.* 23, 365–374.
- Caplan, G. (1961): *An approach to Community Mental Health*. Grune and Stratton.
- Caplan, G. (1964): *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books N.Y.
- Clayton, P. et al (1968): A study of Normal Bereavement. *Am. J. Psychiat.*, 125, nr 2, 168–178.
- Cobb, S. and Lindemann, E. (1943): Neuropsychiatric Observations. *Annals of Surgery*, 117, 814–824.
- Cornwell J. et al (1977): Family Response to Loss of a Child by sudden Infant Death Syndrome. *Med. J. Aust.*, 1, nr 18, 656–658.
- Crisp, A.R. and Priest, R.G. (1972): Psychoneurotic status . . . *J. Psychosom. Research*, 16, 351–55.
- Cullberg, J. (1972): Det psykiska traumat. Sfp nr 1.
- Cullberg, J. (1975): Kris och utveckling. *Natur och kultur*, Stockholm.
- Cullberg, J. (1966): Reaktioner inför perinatal barnadöd: Förhållandet patient-läkare. *Läkartidningen*, 63, 4065–4068.
- Cullberg, J. (1966): Reaktioner inför perinatal barnadöd: Psykiska följder hos kvinnan. *Läkartidningen*, 63, 3980–3986.
- Cullberg, J. (1976): Synpunkter på krisbegreppets användning inom psykiatrin. *Nord. Psyk. Tidskr.*, 30, 186–193.
- Decker, J. and Stubbleline, J. M. (1972): Crisis intervention and Prevention . . . *Am. J. Psychiat.*, 129, nr 6, 725–729.
- Deutsch, H. (1937): Absence of Grief. *Psychoanalytic Quarterly*, 6, 12–22.

- Eriksson, E.H. (1950): *Childhood and Society*. N.Y. Norton.
- Eriksson, E.H. (1968): *Identity, Youth and Crisis*. N.Y. Norton.
- Freud, A. (1937): *The ego and the mechanisms of defence*. London.
- Freud, S. (1916): *Trauer und Melancholie*. Gesammelte Werke Band 10, Imago Publ. London, 428–446.
- Friedman, S. (1974): *Psychological Aspects of Sudden Unexpected Death in Infants and Children*. *Ped. Clin of North Am*, 21, Nr 1 (Feb), 103–111.
- Gardner, A. and Pritchard, M. (1977): *Mourning, Mummification and living with the Dead*. *Brit. J. Psychiat*, 130, 23–28.
- Gerber, I. (1969): *Bereavement and the Acceptance of Professional Service*. *Community Mental Health Journal*, 5, Nr 6, 487–495.
- Glick, Weiss and Parkes (1974): *The first year of Bereavement*. Wiley, New York.
- Gyllensköld, K. (1976): *Visst blir man rädd . . .* Stockholm.
- Helmrath, Th. and Steinitz, E. (1978): *Death of an Infant: Parental Grieving and the Failure of Social Support*. *J. of Family Practice*, 6, Nr 4, 785–790.
- Higgins, G. (1977): *Grief Reactions*. *Practitioner*, 218, 689–695.
- Kaplan, D. and Mason, E. (1960): *Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder*. *Am. J. Orthopsych*, 30, 539–552.
- Keddie, K. (1977): *Pathological Mourning after the Death of a Domestic Pet*. *Br. J. Psychiat*, 131, 21–25.
- Klein, M. (1940): *Mourning and it's Relation to Manic-depressive states*. *Int. J. Psychoanal*, 21, 125–153.
- Langsley, D. et al (1971): *Avoiding Mental Hospital Admission: A Follow-up Study*. *Am. J. Psych*, 127, Nr 10, 127–130.
- Lampl-de Groot, J. (1976): *Mourning in a 6-Year-Old Girl*. *Psychoanal study of the Child*, 31, 273–281.
- Lehrmann, S. (1956): *Reactions to untimely death*. *Psychiat. Quarterly*, 30, 564–578.
- Levinson, P. (1972): *On sudden death*. *Psychiatry*, 35, 160–173.
- Lindemann, E. (1944–45): *Symptomatology and Management of Acute Grief*. *Am. J. Psychiat*, 101, 141–148.
- Maddison, D. (1968): *The relevance of Conjugal Bereavement for Preventive Psychiatry*. *Brit. J. med Psychol*, 41, 223–.
- Maddison, D. and Viola, A. (1968): *The health of widows in the year following bereavement*. *J. Psychosomatic Research*, 12, 297–306.
- Maddison, D. and Walker, W. (1967): *Factors Affecting the Outcome of Conjugal Bereavement*. *Am. J. Psychiat*, 113, 1057–1067.
- Maddison, Viola and Walker (1969): *Further Studies in Conjugal Bereavement*. *Aust. & N.Z.J. Psychiatry*, 3, 63–66.
- Marris, P. (1958): *Widows and Their Families*, London, Routledge.
- Nolte, R. (1977): *Krispoliklinik på en vårdcentral*. *Psykisk hälsa*, Nr 2, 79–99.
- Parad, H. and Caplan, G. (1960): *A frame work for studying families in crisis*. *J. Soc. W.K.*, 5, 3–15.
- Parkes, C.M. (1965): *Bereavement and Mental Illness . . .* *Brit. J. Med. Psychol*, 38, 1–12.
- Parkes, C.M., Benjamin, B., Fitzgerald, R.G. (1969): *Broken Heart: a . . .* *Brit. J. Med. (I)*, 740.
- Parkes, C.M., Brown, R. (1972): *Health After Bereavement: a . . .* *Psychosom Med*, 34, Nr 5, 449–461.
- Parkes, C.M. (1964): *Recent Bereavement as a Cause of Mental Illness*. *Brit. J. Psychiat*, 110, 198–204.
- Parkes, C.M. (1964): *The effects of Bereavement on Physical and Mental Health: a Study of the Case Records of Widows*. *Brit. J. Med. (2)*, 274–279

- Parkes, C.M. (1971): The first Year of Bereavement. *Psychiatry*, 33, 444-467.
- Pincus, L. (1974): *Death and the Family*. Pantheon Books N.Y.
- Raphael, B. (1975): The Management of Pathological Grief. *Aust. and N. Psychiatry*, 9, 173-180.
- Rhine, M. and Mayerson, P. (1971): Crisis hospitalization within a Psychiatric Emergency service. *Am. J. of Psych*, 127, Nr 10, 1386-1391.
- Schwartz, S. (1971): A review of Crisis Intervention programs. *Psych. Quart.* 45, 498-508.
- Stenstedt, K. (1973): Krisbehandling i öppenvårdsteam – ett psykiatriskt vårdalternativ. *Läkartidningen*, 70, 4154-4158.
- Stern, K., LaRivière, A. (1957): Observations Psychiatriques sur le Deuil. *Union. Med. Can*, 86, 1082-1087.
- Stern, K. and Williams, G. (1951): Grief reactions in later life. *Am. J of Psych.*, 108, 289-294.
- Sund, A. (1976): *Psykiatri og stress*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Weismann, A. (1973): Coping with Untimely Death. *Psychiatry*, 36, 366-378.
- Wenz, F. (1977): Marital Status . . . *J. Dis. Nerv. Syst.*, 38, 891-895.
- Williams, V. et al (1976): Crisis Intervention: Effects of Crisis Intervention on Family Survivors of Sudden Death Situations. *Community Mental Health Journal*, 12, Nr 2, 128-136.
- Wistedt, B. et al (1978): Två års erfarenhet av kristerapi. *Läkartidningen*, 75, Nr 45, 4147-4151.
- Wretmark, G. (1959): A study in Grief reactions. *Act. Psychiat. and Neurol Scand. Suppl.*, 136, 292-299.
- Yamamoto, J. et al (1969): Mourning in Japan. *Am. J. Psychiat.*, 125, 1660-1665.

2 Anhörigas sjuklighet

Inledning

Reaktioner vid förlust av nära anhörig beskrives av flera författare. De mest omfattande undersökningarna har genomförts av C. M. Parkes. Reaktioner vid plötsliga och oväntade dödsfall har studerats i mycket ringa omfattning. Dessa reaktioner uppvisar kanske den psykiska krisen i sin "renaste" form. Det plötsliga och oväntade dödsfallet är förmodligen det starkaste och mest oväntade psykiska traumat. Från tidigare undersökningar vet vi att förlust av nära anhörig leder till såväl ökad sjuklighet som ökad dödlighet. Reakti-
onerna vid förlust av nära anhörig medför således såväl psykiska som sociala konsekvenser för en stor del av landets befolkning. Man kan förmoda att dessa reaktioner är än mer uttalade när förlusten är plötslig och oväntad. Detta skulle bero på att ett föregripande sorgearbete ej har varit möjligt. En långvarig sjukdom, som föregår dödsfallet, medför en uttalad påfrestning för anhöriga. Detta kan medföra en ökad sjuklighet hos dessa anhöriga under tiden före. Dödsfallet kan innebära en känsla av befrielse för omgivningen. Denna känsla kan dock leda till en ökad skuldproblematik under sorgebearbetningen och möjligen medföra en ökad sjuklighet.

I de enskilda fallen är anhörigas reaktioner vid såväl plötsliga som förväntade dödsfall helt beroende av kvaliteten på relationen mellan den anhörige och den döde.

Min grundhypotes är emellertid att den plötsliga och oväntade förlusten av en nära anhörig ger en ökad sjuklighet under de närmaste åren efter dödsfallet. Det är också av intresse att kartlägga huruvida sjukligheten beror på somatiska eller psykiska faktorer. Detta torde avspeglas i sjukskrivnings-
orsakerna. Sjuklighet och psykisk obalans kan i viss utsträckning mätas i sjukdagar. I denna undersökning studeras framförallt om dödsfallets plöts-
lighet påverkar totalsjuklighet och psykisk sjuklighet. Gruppen plötsligt och oväntat döda utgör ca 2 000 fall per år i landet. Det rör sig således om en ganska stor riskgrupp anhöriga.

Definitioner

I denna undersökning definieras plötsliga och oväntade dödsfall på följande sätt. Den avlidne skall vara under 65 år och tidigare väsentligen frisk. Åldersgränsen har satts med tanke på att ju äldre en människa är, desto

mindre torde anhöriga uppleva dödsfallet som oväntat. Jag skall i undersökningen kartlägga de anhörigas sjukskrivningsfrekvens, varför dessa måste vara under 65 år. Med "tidigare väsentligen frisk", menas att den avlidne ej får ha haft någon kronisk sjukdom eller under de närmaste åren före dödsfallet ha varit utsatt för olyckshändelse, som uppenbart kunnat leda till döden. I undersökningen medtages t. ex. ej dödsfall till följd av andra eller tredje hjärtinfarkten. I och för sig kan dessa dödsfall vara plötsliga och oväntade men tidigare allvarlig sjukdom kan för anhöriga ha bidragit till en psykologisk förberedelse. Tidsperioden från insjuknande till död skall vara kort, högst ett par timmar. Den anhörige skall således i princip ej ha kunnat bli informerad om den avlidnes sjukdom. Meddelandet om dödsfallet skall komma utan förberedelse. De flesta av dödsfallen kommer att vara sådana som har inträffat utanför sjukhus eller på akutmottagning. De snäva tidsgränserna motiveras av att jag vill studera reaktionerna där inte någon form av psykologisk förberedelse inför dödsfallet har varit möjlig.

I undersökningen har ej medtagits självmordsfall även om dessa i och för sig kan vara plötsliga och oväntade. Reaktionerna hos anhöriga kommer i dessa fall att vara färgade av en skuldproblematik som starkt påverkar sorgreaktionen. Med "nära anhörig" menas sammanboende maka/make eller förälder.

Metodik

Spårandet av anhöriga

Samtliga personer som avlider plötsligt och oväntat utan föregående sjukdom kan förmodas bli föremål för rättsmedicinsk undersökning. Via rättsläkarstationerna torde samtliga plötsliga och oväntade dödsfall kunna spåras. Rättsläkarstationernas upptagningsområde omfattar flera län. För att lättare kunna spåra de anhöriga har jag inskränkt mig till dödsfall i Uppsala län under ett år. Under detta år genomfördes ca 2 000 undersökningar vid rättsläkarstationen i Uppsala.

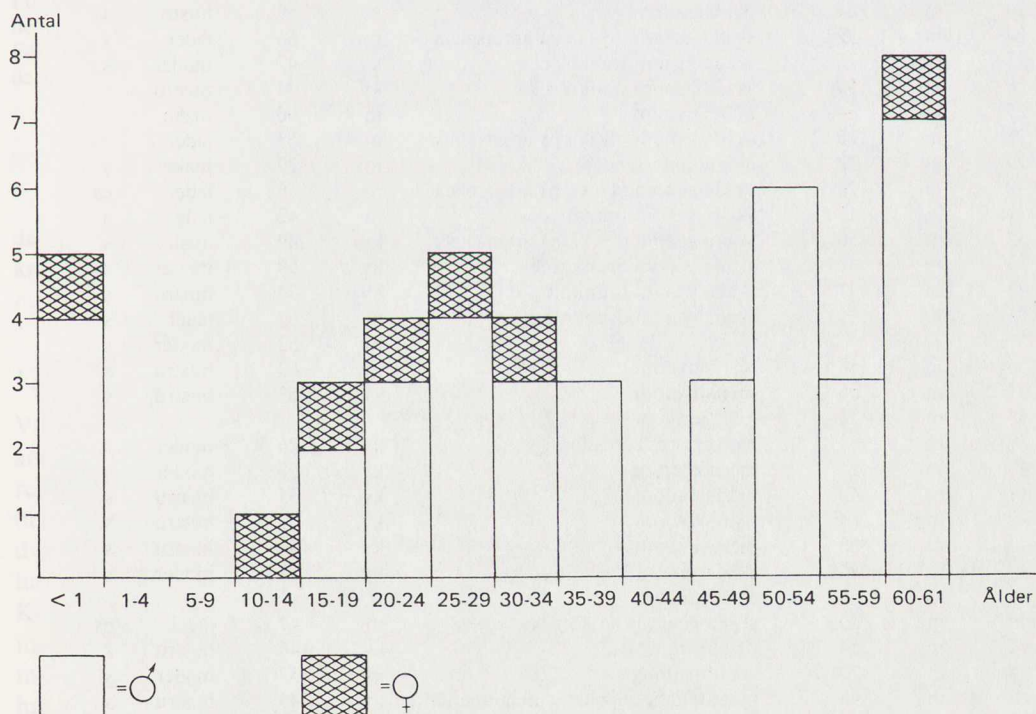
Vid en genomgång av rättsläkarstationens register framtogs de fall som anmälts av polisdistrikt inom Uppsala län och där den avlidne var under 65 år. Mord och självmord uteslöts. I de framtagna fallen (168 st) kontrollerade jag samtliga obduktionsprotokoll och polisrapporter. I polisrapporterna finns alltid uppgifter om vad som föregått dödsfallet. Rapporterna innefattar ofta förhör med anhöriga. Av dessa framgår oftast huruvida den avlidne tidigare har varit sjuk eller ej. Femtio (50) personer hade under året avlidit plötsligt och oväntat. Arton av dessa 50 fall hade anmälts av polisdistrikt inom Uppsala kommun. För att spåra de närmaste anhöriga till dessa 50 döda gick jag igenom polisrapporterna, där en del anhöriga fanns upptagna med namn och adress. Vidare har vi gått igenom länsstyrelsens register över utflyttade och döda. Ur detta register kan man endast erhålla uppgifter om sammanboende make/maka samt föräldrar till barn under 16 år. För att komplettera de nu erhållna uppgifterna gjorde vi personliga besök vid 20 av länets pastorsexpeditioner.

Under arbetet med att spåra de anhöriga framkom närmare uppgifter om 5 av de ursprungliga 50 fallen, vilka medförde att dessa måste tas bort ur

undersökningen. I fall nr 7 rör det sig förmodligen om ett självmord (uppgifter från prästen i församlingen). För fall nr 13 och 14, visade det sig att någon nära anhörig ej gick att spåra. Fall nr 38 och 45 visade sig ha felaktiga personuppgifter i det ursprungliga registret. De var äldre än 65 år. Det kvarstår 45 fall av plötslig och oväntad död inom Uppsala län under detta år. Uppgiften om antalet 50 döda inom Uppsala län torde vara tämligen pålitlig. Några få fall kan ha avlidit på annan ort, genom t. ex. olycksfall eller akut hjärtdöd under semester på annan ort eller under resa. I undersökningen har vi fått inskränka oss till dessa 45 fall.

I tabell 2.1 redovisas hela grundmaterialet med avseende på kön, ålder och dödsorsak. Vidare finns i tabellen redovisat närmaste anhörig, kön, ålder och relation till den avlidne samt huruvida den anhörige varit sammanboende eller ej sammanboende med den avlidne. För att få en uppfattning om hur stor andelen av plötslig och oväntad död inom Uppsala län är, gjordes en uttislning över samtliga döda i Uppsala län under undersökningsåret, födda i åldern under 65 år (Statistiska centralbyrån). Det visade sig vara sammanlagt 450 personer. Elva (11) procent av dödsfallen under 65 år är således plötsliga och oväntade. I figur 2.1 och tabell 2.2 redovisas de avlidna dels i en könsuppdelad åldersfördelning, dels i en grupperad dödsorsaksfördelning. Av tabell 2.3 framgår de anhörigas typ av relation till den avlidne.

Om man antar att antalet 50 döda i Uppsala län under ett år är representativt för landet i dess helhet, innebär det att frekvensen plötslig och oväntad död i landet är av storleksordningen strax under 2 000 per år. De flesta människor i



Figur 2.1 Plötsligt och oväntat avlidna. Köns- och åldersfördelning (n=45)

Tabell 2.1. Plötsligt och oväntat avlidna samt deras närmaste anhöriga

Avliden				Anhörig			
Löpnr.	Kön	Ålder	Dödsorsak	Kön	Ålder	Relation	S eller ES
1	m	51	inandning av uppkräkt maginnehåll	kv	49	hustru	s
2	kv	30	skada genom brandolycka	m	35	make	s
3	m	62	hjärtssjukdom	kv	56	hustru	s
4	m	18	skada genom trafikolycka	m	41	fader	s
5	kv	<1	plötslig spädbarnsdöd	kv	22	moder	s
6	m	54	skada genom olycka på arbetsplats	kv	53	hustru	s
7	m	28	skada genom trafikolycka	kv	55	moder	s
8	m	<1	plötslig spädbarnsdöd	kv	22	moder	s
9	m	47	Addisons sjukdom	kv	37	hustru	s
10	m	<1	plötslig spädbarnsdöd	kv	30	moder	s
11	m	34	skada genom olycka på arbetsplats	kv	58	moder	s
12	m	62	skada genom drunkning	kv	57	hustru	s
13	m	62	hjärnblödning	m	74	broder	es
14	kv	64	inandning av uppkräkt maginnehåll				
15	kv	27	skada genom trafikolycka	kv	69	moder	es
16	m	53	hjärnblödning	kv	52	hustru	s
17	m	58	hjärtssjukdom	kv	51	hustru	s
18	kv	20	skada genom trafikolycka	kv	39	moder	es
19	m	39	hjärtssjukdom	kv	28	hustru	s
20	m	61	hjärnblödning	kv	62	hustru	s
21	m	38	hjärtssjukdom	kv	30	hustru	s
22	m	16	skada genom förgiftning	m	69	fader	s
23	m	64	hjärtssjukdom	kv	59	hustru	s
24	m	22	skada genom olycka på arbetsplats	m	66	fader	s
25	m	25	skada genom trafikolycka	kv	47	moder	s
26	m	50	skada genom trafikolycka	kv	44	hustru	s
27	kv	64	hjärtssjukdom	m	66	make	s
28	m	25	skada genom olycka på arbetsplats	m	53	fader	es
29	kv	28	blodpropp i lungan	m	29	make	s
30	m	26	skada genom olycka på arbetsplats	m	56	fader	es
31	kv	15	skada genom trafikolycka	m	42	fader	s
32	m	50	skada genom olycka på arbetsplats	kv	49	hustru	s
33	m	31	skada genom drunkning	kv	50	moder	es
34	m	37	skada genom drunkning	kv	34	hustru	s
35	m	31	skada genom drunkning	m	62	fader	s
				kv	62	moder	s
36	m	58	hjärtssjukdom	kv	62	hustru	s
37	m	56	hjärtssjukdom	kv	53	hustru	s
38	m	75	hjärtssjukdom				
39	m	<1	plötslig spädbarnsdöd	kv	26	moder	s
40	kv	11	hjärnblödning	kv	29	moder	s
41	m	49	hjärtssjukdom	kv	35	hustru	s
42	m	64	hjärtssjukdom	kv	69	hustru	s
43	m	63	hjärtssjukdom	kv	64	hustru	s
44	m	<1	skada genom kvävning	kv	15	moder	s
45	kv	65	hjärtssjukdom				
46	m	20	skada genom trafikolycka	m	47	fader	es
47	m	54	magblödning	kv	46	hustru	s
48	m	20	aortabristning	kv	52	moder	s
49	m	48	inandning av uppkräkt maginnehåll	kv	45	hustru	s
50	m	55	hjärtssjukdom	kv	51	hustru	s

S = sammanboende

ES = ej sammanboende

Tabell 2.2 Plötsligt och oväntat avlidna. Fördelade med avseende på dödsorsaker

Dödsorsak	Totalantal	Antal medtagna i den statistiska bearbetningen
Plötslig spädbarnsdöd	4	4
Skada genom olycka	21	17
därav trafikolycka	7	6
arbetsplatsolycka	6	4
annan olycka	8	7
Sjukdom	20	11
därav hjärtsjukdom	12	5
annan sjukdom	8	6
Totalt	45	32

Tabell 2.3 Närmaste anhöriga. Fördelade med avseende på relation till den avlidne

Kategori	Totalantal	Antal medtagna i den statistiska bearbetningen
Hustru (h)	22	15
Make (m)	3	2
Förälder, sammanboende med den avlidne (f. s.)	14	11
Förälder, ej sammanboende med den avlidne (f. e. s.)	6	4
Totalt	45	32

denna åldersgrupp (under 65 år) har flera anhöriga. Med något mindre stränga kriterier på plötslighet kommer denna grupp av anhöriga (= riskgrupp) att mångdubblas.

Val av kontrollfall

Vi vill undersöka huruvida registrerad sjuklighet skiljer sig hos dessa anhöriga i jämförelse med normalpopulationen samt i förhållande till de reaktioner som kan uppträda efter *förväntade* dödsfall. För varje anhörig (fortsättningsvis benämnd proband) har utvalts två matchade kontrollfall, dvs. anhöriga till två personer som ej avlidit oväntat. För valet av kontroller har gällt att avlidna skall vara av samma kön och ha motsvarande ålder. Kontrollerna skall ha samma ålder, kön och relation till den avlidne som motsvarande proband. För kontrollfallen skall dödsfallet vara förväntat pga. mer eller mindre långvarig sjukdom. För att spåra de matchade kontrollerna har vi använt oss dels av länsstyrelsens register över avlidna personer inom Uppsala län, dels datalistor från Statistiska centralbyrån avseende samtliga döda i Uppsala län undersökningsåret samt året före och efter, i åldern under

65 år. Kontrollmaterialet måste tas ur flera årgångar avlidna beroende på att det i vissa fall varit svårt att få fram matchningsbara kontroller. De förväntade dödsfallen har plockats fram med hjälp av de diagnoser som finns i dödsbevisen. Dessa diagnoser antyder en långvarig sjukdom hos den avlidne, i de flesta fall en cancersjukdom. Även ett stort antal av kontrollfallen har måst kartläggas genom personliga besök vid länets pastorsexpeditioner.

Registrerad sjuklighet.

Sjukskrivningsfrekvens, antal sjukdagar och orsaker till sjukskrivning är ett sätt att beskriva hälsotillståndet hos en population. Vi har valt att inskränka oss till dessa variabler. För att undersöka huruvida dödsfallet påverkar den registrerade sjukligheten har vi valt att studera en fyraårsperiod: från två år före dödsfallet till två år efter dödsfallet. Vi har från försäkringskassan i Uppsala län erhållit utdrag ur s. k. F-kort samt utdrag ur dataregister avseende dessa uppgifter för samtliga fall.

Materialets bearbetning

För probander och kontroller har följande uppgifter insamlats:

1. Antalet sjukskrivningsperioder avslutade under 2-årsperioden före dödsfallet
2. Därav med psykiatrisk huvuddiagnos
3. Antal sjukdagar under 2-årsperioden före dödsfallet
4. Därav med psykiatrisk huvuddiagnos
5. Antal sjukskrivningsperioder under 2-årsperioden efter dödsfallet
6. Därav med psykiatrisk huvuddiagnos
7. Antal sjukdagar under 2-årsperioden efter dödsfallet
8. Därav med psykiatrisk huvuddiagnos.

Vi har valt att inte göra en närmare uppdelning av diagnoserna då framförallt de psykiatriska diagnoserna oftast är av så allmän karaktär att man får notera huruvida den anhörige har haft en somatisk eller en psykiatrisk huvuddiagnos under en sjukperiod.

Vid sammanställning av uppgifterna från försäkringskassan angående sjukdagar och sjukskrivningsperioder visade det sig att ytterligare ett antal fall måste tas bort inför den statistiska bearbetningen av materialet. I fall nr 11 visade det sig att de spårade kontrollerna var pensionerade och i fall nr 33 att matchningsbara kontroller var svåra att finna. För fall 15, 17, 22, 23, 24, 27, 36, 42, 47 och 50 visade det sig att probanden var pensionerad: ålderspension eller änkepension. I och med detta är den anhörige ej längre sjukpenningförsäkrad och några uppgifter om registrerad sjuklighet går ej att finna. Även fall 43 där probanden var 64 år och fall 44 där probanden var 15 år har av motsvarande skäl tagits bort. I fall 35 har jag använt mig av båda föräldrarna som probander eftersom matchningsbara kontroller fanns.

Detta innebar att materialet av probander med matchade kontroller kom att utgöra 32 enheter. Dessa 32 redovisas i tabell 2.4 där även den avlidnes dödsorsak och relationen till den avlidne finns medtagen. I 9 av de 32 fallen visade det sig svårt att erhålla mer än en matchningsbar kontroll, även detta

Tabell 2.4 Enheter (probander med matchade kontroller) i den statistiska bearbetningen (n = 32)

Enhet nr	Dödsorsak (den plötsligt avlidne)	Antal kontroller	Relation
1	Skada genom olycka	2	h
2	Skada genom olycka	2	m
3	Sjukdom	1	h
4	Skada genom olycka	2	f. s.
5	Plötslig spädbarnsdöd	1	f. s.
6	Skada genom olycka	2	h
8	Plötslig spädbarnsdöd	2	f. s.
9	Sjukdom	2	h
10	Plötslig spädbarnsdöd	2	f. s.
12	Sjukdom	2	h
16	Sjukdom	2	h
18	Skada genom olycka	2	f. e. s.
19	Sjukdom	2	h
20	Sjukdom	1	h
21	Sjukdom	2	h
25	Skada genom olycka	1	f. s.
26	Skada genom olycka	2	h
28	Skada genom olycka	1	f. e. s.
29	Sjukdom	2	m
30	Skada genom olycka	1	f. e. s.
31	Skada genom olycka	2	f. s.
32	Skada genom olycka	2	h
34	Skada genom olycka	1	h
35:1	Skada genom olycka	1	f. s.
35:2	Skada genom olycka	1	f. s.
37	Sjukdom	2	h
39	Plötslig spädbarnsdöd	2	f. s.
40	Sjukdom	2	f. s.
41	Sjukdom	2	h
46	Skada genom olycka	2	f. e. s.
48	Sjukdom	2	f. s.
49	Skada genom olycka	2	h

finns redovisat i tabellen.

Ett fåtal av probanderna och kontrollerna har varit förtidspensionerade pga. sjukdom. Med hjälp av pensionsintyg har vi klarlagt orsakerna till pensionerna. Vid förtidspension pga. sjukdom har denna bedömts likvärdig med sjukskrivning, dvs. en individ som varit förtidspensionerad under hela observationstiden (2 år före till 2 år efter dödsfallet) har i beräkningarna erhållit 730 sjukdagar före och 730 sjukdagar efter dödsfallet. Ingen av de pensionerade probanderna eller kontrollerna har haft förtidspension av andra skäl än sjukdom. Några av de unga probanderna och kontrollerna har haft långa perioder då de erhållit ersättning från försäkringskassan pga. graviditets- och barnledigheter. Dessa perioder har frånräknats summan av deras respektive sjukdagar.

Materialet har i den statistiska bearbetningen grupperats dels med avseende på relation till den avlidne, dels med hänsyn tagen till vad som orsakat dödsfallet (hos den plötsligt och oväntat avlidne).

Under arbetet med den statistiska analysen visade det sig att endast antal sjukdagar totalt och antal med psykiatrisk huvuddiagnos kunde användas i en bedömning av den registrerade sjukligheten. Antal sjukskrivningsperioder visade sig vara ett alltför grovt mått.

Antal sjukpenningdagar per inskriven sjukpenningförsäkrad och år (sjuktal) för hela riket har erhållits ur SOS: Allmän Försäkring 1976. Fördelningen mellan psykiatriska och somatiska diagnoser har hämtats från riksförsäkringsverkets utredning "Sjukdomsorsaker inom den allmänna sjukförsäkringen år 1970".

Metodgranskning

Grundmaterialet har erhållits med hjälp av register vid rättsläkarstationen i Uppsala. Det är ej sannolikt att anhöriga till det fåtal personer som avlidit utanför hemlänet skiljer sig från mitt material av anhöriga. Den närmaste anhörige har utvalts efter följande prioriteringsprincip: 1. sammanboende make/maka, 2. sammanboende förälder, 3. ej sammanboende förälder.

Matchningen av kontrollerna har gjorts så att den enda yttre skillnaden mellan probanden och kontrollen (anhörig till förväntat avliden) utgöres av dödsfallets plötslighet.

Endast registrerad sjuklighet skall undersökas, vilket medfört att 32 av probanderna kan användas för den statistiska analysen.

I varje enskilt fall (proband eller kontroll) har "grundsjukligheten" eliminerats genom att ökningen av sjukdagar, efter jämfört med före dödsfallet, är det mått som har använts.

Differensen mellan probandens och medelvärdet av de matchade kontrollernas ökning av registrerad sjuklighet kommer sålunda att utgöra ett mått på "plötslighetens" betydelse.

Resultat

I tabell 2.5 redovisas antal sjukdagar per år (sjuktal) för probander och kontroller separat under perioden före dödsfallet och efter dödsfallet. Dessa sjuktal kan i tabellen jämföras med den riksgenomsnittliga registrerade sjukligheten.¹ Probanderna har som grupp en genomsnittlig ökning av sjuktalet med 12,8 dagar vid jämförelse mellan perioden efter och perioden före dödsfallet. Antalet sjukdagar per år med psykiatrisk huvuddiagnos visar en markant ökning från 0,6 till 12,3 dagar. Kontrollerna som grupp uppvisar i stället en viss minskning från 35,1 till 32,5 sjukdagar och likaså en minskning av registrerad psykiatrisk sjuklighet. Populationens förändring i registrerad sjuklighet under 2 år är obetydlig. I bilaga 2 finns denna sammanställning, köns- och åldersuppdelad, före och efter dödsfallet.

Vid bedömningen av ökningen av registrerad sjuklighet har följande statistiska metod använts. Först har i varje enskilt fall framräknats *ökningen* av antalet sjukdagar samt *ökningen* av sjukdagar med psykiatrisk huvuddiagnos. Probandernas differenser har sedan jämförts med kontrollernas på

¹ Sjuktal för populationen är framräknad med hänsyn tagen till åldersfördelningen probander + kontroller.

Tabell 2.5 Medelsjuktal för samtliga probander och kontroller, före och efter dödsfallet

Kategori	Före	Efter	Skillnad
Probander			
totalt	41,2	54,0	12,8
SD	88,2	89,8	
psykiatrisk			
diagnos	0,6	12,3	11,7
SD	3,5	25,6	
antal	32	32	
Kontroller			
totalt	35,1	32,5	-2,6
SD	72,0	70,4	
psykiatrisk			
diagnos	7,9	5,1	-2,8
SD	28,8	13,3	
antal	55	55	
Population			
totalt	25,7	26,8 ^a	1,1
psykiatrisk			
diagnos	2,8	3,1 ^a	0,3

^a Populationen två år äldre.

följande sätt. Differensen för probanden multiplicerad med två, minus summan av differenserna för kontrollerna. Det så erhållna värdet utgör för varje enhet (n = 32), den ökning av antalet sjukdagar, som kan hänföras till att dödsfallet har varit plötsligt och oväntat. För denna ökning av den registrerade sjukligheten har framräknats ett medelvärde^d. Signifikansbedömning har gjorts med hjälp av t-test. I tabell 2.6 redovisas resultaten för hela materialets ökning av registrerad totalsjuklighet och psykiatrisk sjuklighet uttryckt i sjuktal. Samma statistiska metod har använts på vissa undergrupper, där den anhörige är:

1. efterlevande hustru (n = 15)
2. efterlevande make (n = 2)
3. sammanboende förälder (n = 11)

Samt grupperat efter den plötsligt avlidnes dödsorsak:

1. plötslig och oväntad spädbarnsdöd under första levnadsåret (n = 4)
2. våldsam död genom olycka (n = 17)
3. död genom sjukdom (n = 5)

Dessa grupper finns redovisade i tabell 2.7.

Diskussion och sammanfattning

Ingen anhörig i vare sig proband- eller kontrollgruppen hade vid insamlandet av materialet (sept.-nov. -78) avlidit. Vid tidigare undersökningar noterad ökad dödlighet bland efterlevande torde främst återfinnas i högre åldersgrup-

Tabell 2.6 Ökning av registrerad sjuklighet (sjukdagar/år) beroende på att dödsfallet varit plötsligt och oväntat

Sjuktal	Med 2 kontroller n = 23	Med 1 kontroll n = 9	Totalt ^a n = 32
Totalt			
\bar{d}	25,8	-12,9	14,94
SD	54,58	74,87	62,24
SE	11,42	24,00	11,00
t	2,262*	- 0,515	1,358
Därav med psykiatrisk diagnos			
\bar{d}	11,8	22,17	14,68
SD	28,20	40,01	31,64
SE	5,90	13,36	5,59
t	1,992*	1,659	2,625**

^a Vid sammanräkningen har fallen med 1 kontroll givits dubbel vikt.

*Signifikant skillnad på 0,05-nivå.

**Signifikant skillnad på 0,01-nivå.

Tabell 2.7 Vissa grupper. Ökning av registrerad sjuklighet beroende på att dödsfallet varit plötsligt och oväntat

Sjuktal	Änkor ^a n = 15	f. s. ^b n = 11	Plötslig ^c spädbarnsdöd n = 4	Skada g.m. ^d olycka n = 17	Sjukdom ^e n = 11
Totalt					
\bar{d}	24,3	13,5	10,9	22,3	5,1
SD	78,07	38,94	38,41	52,73	67,76
SE	20,16	11,74	19,21	12,79	20,43
t	1,207	1,152	0,566	1,744	0,249
Därav med psykiatrisk diagnos					
\bar{d}	17,7	18,5	- 0,9	20,8	11,2
SD	26,25	24,57	3,59	24,19	36,63
SE	6,78	7,41	1,80	5,87	10,13
t	2,616*	2,504*	- 0,522	3,551**	1,11

^a 3 änkor med 1 kontroll har givits dubbel vikt.

^b 4 föräldrar med 1 kontroll har givits dubbel vikt.

^c 1 mamma med 1 kontroll har givits dubbel vikt.

^d 6 anhöriga med 1 kontroll har givits dubbel vikt.

^e 2 anhöriga med 1 kontroll har givits dubbel vikt.

*Signifikant skillnad på 0,05-nivå.

**Signifikant skillnad på 0,01-nivå.

per. Gruppen av kontroller (n = 55) uppvisar ingen ökning av den registrerade sjukligheten efter, jämfört med före, dödsfallet. Detta resultat skiljer sig från tidigare undersökningar, där man genomgående funnit en ökad sjuklighet efter förlust av nära anhörig. Kontrollgruppen har valts så att de avlidna har dött efter lång tids sjukdom. Det kan möjligen vara så att de anhöriga även under den tid som föregått dödsfallet haft flera sjukskrivningstillfällen, vilket skulle förklara att den registrerade sjukligheten efter dödsfallet ej är högre. Denna hypotes styrkes av att kontrollgruppens genomsnittliga sjuktal före dödsfallet är högre än motsvarande sjuktal för populationen. Gruppen av probander uppvisar en ökning av totalsjukligheten. Speciellt stor är ökningen av den psykiska sjukligheten, vilket kan förklaras av att dödsfallet är oväntat. Probanderna har före dödsfallet en hög genomsnittlig sjukskrivningsfrekvens. Spridningen är emellertid så stor att detta kan uppfattas som ett slumpmässigt fynd. De människor som avlider plötsligt och oväntat utgör inte en slumpmässig grupp. Deras närmaste anhöriga torde således ej heller utgöra en slumpmässig grupp.

Vid den statistiska analysen av ökningen av registrerad sjuklighet, räknat i sjukdagar per år, visar det sig att den psykiatriska sjukligheten är signifikant ökad i totalmaterialet. Detta innebär att människor som drabbas av plötslig och oväntad förlust av nära anhörig uppvisar en ökad psykiatrisk sjuklighet. Dessa människor utgör alltså en riskgrupp.

Aktiva och förebyggande stödåtgärder av typ krisintervention kan förhindra ett alltför stort psykiskt lidande och kanske minska psykisk sjuklighet.

Vid detaljanalysen framkommer att det i första hand är anhöriga till genom olyckshändelser avlidna personer (trafikolycka, arbetsplatsolycka, drunkning m. m.) som drabbas av en ökad psykiatrisk sjuklighet. Även sammanboende föräldrar och ärnkor uppvisar en ökning av psykisk sjuklighet.

I denna undersökning har vi inskränkt begreppet sjuklighet till registrerad sjuklighet, dvs. en sjuklighet som leder till arbetsoförmåga. Psykiskt lidande och ohälsa reducerar alltid arbetsförmågan men många människor undviker att låta sjukskriva sig. Undersökningsresultaten torde kunna liknas vid den synliga delen av ett isberg.

Slutsatser

Den ökning av sjuklighet man ser efter förlust av nära anhörig synes återfinnas bland dem som drabbats av plötslig och oväntad förlust. Det är framförallt den psykiatriska sjukligheten som ökar. Anhöriga till genom olyckshändelser omkomna människor är den mest utsatta gruppen. Även efterlevande änkor och föräldrar som sammanbott med ett avlidet barn har en ökad psykiatrisk sjuklighet. Dessa grupper är högriskgrupper, vad beträffar psykisk sjuklighet. För dessa människor är det synnerligen angeläget med aktiva stödåtgärder.

Bilaga 2.1 Sjuktal, kvinnor i åldersgrupper före dödsfallet.

Kategori	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	Totalt
Probänder						
totalt	6,3	29,1	21,8	75,3	184,8	47,4
psyk.	0	0	0	0	0	0
antal	5	6	5	6	2	24
Kontroller						
totalt	0	14,7	20,5	60,8	151,5	44,3
psyk.	0	9,8	4,4	14,9	0	8,1
antal	3	10	13	13	4	43
Population						
totalt	17,9	17,2	22,2	28,8	32,5	23,3
psyk.	1,8	2,9	2,9	2,9	2,9	2,6

Sjuktal för populationen, totalt, är framräknad med hänsyn tagen till åldersfördelningen probänder + kontroller.

Bilaga 2.2 Sjuktal, kvinnor i åldersgrupper efter dödsfallet

Kategori	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	Totalt
Probänder						
totalt	42,4	43,3	39,2	85,9	186,8	64,9
psyk.	20,8	17,6	19,7	5,4	4,3	14,5
antal	5	6	5	6	2	24
Kontroller						
totalt	9,3	17,7	24,6	61,1	94,9	39,5
psyk.	0	3,0	12,3	6,2	0	6,3
antal	3	10	13	13	4	43
Population						
totalt	17,8	18,2	23,5	29,5	32,5	24,1
psyk.	1,8	3,1	3,1	3,2	2,9	3,0

Sjuktal för populationen, totalt, är framräknad med hänsyn tagen till åldersfördelningen probänder + kontroller.

Populationen är två år äldre.

Bilaga 2.3 Sjuktal, män i åldersgrupper före dödsfallet

Kategori	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	Totalt
Probander						
totalt	15	19,5	24	6,5	35	22,9
psyk.	0	0	6,5	0	0	2,4
antal	1	1	3	1	2	8
Kontroller						
totalt	1,5	1,5	1,5	34	3,8	10,0
psyk.	0	0	0	28,8	0	7,2
antal	1	2	4	3	2	12
Population						
totalt	17,4	17,9	22,3	31,0	47,9	28,0
psyk.	2,1	2,5	3,1	3,1	2,9	2,9

Sjuktal för populationen, totalt, är framräknad med hänsyn tagen till åldersfördelningen probander + kontroller.

Bilaga 2.4 Sjuktal, män i åldersgrupper efter dödsfallet

Kategori	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	Totalt
Probander						
totalt	6,5	40,5	29,7	0	18,3	21,6
psyk.	0	0	10	0	8	5,6
antal	1	1	3	1	2	8
Kontroller						
totalt	1,5	2,5	10,5	4,7	14,3	7,6
psyk.	0	0	0,6	2,2	0	0,8
antal	1	2	4	3	2	12
Population						
totalt	17,5	18,8	24,0	34,4	47,9	29,4
psyk.	2,1	2,6	3,4	3,4	2,9	3,1

Sjuktal för populationen, totalt, är framräknad med hänsyn tagen till åldersfördelningen probander + kontroller.

Populationen är två år äldre.

3 Den första tiden

Inledning

Sorgereaktionens förlopp under det första året har beskrivits av Glick, Weiss och Parkes (1974). I sin studie har de intervjuat 49 änkor och 19 änklingar. I en del av fallen har det rört sig om plötslig och oväntad död, men denna problematik diskuteras ej som en speciell krissituation.

I detta kapitel skildras den närmaste anhöriges reaktioner under den första månaden i fyra konsekutiva fall av plötslig och oväntad hjärtdöd. Dessa fyra fall ingår i en större intervjuundersökning om psykiska reaktioner vid plötslig och oväntad död. Denna undersökning omfattar 34 anhöriga till 26 avlidna personer och kommer att publiceras i sin helhet under 1981. De psykiska reaktionerna kan först i ett längre tidsperspektiv ges sin rätta tolkning. Jag kommer därför att avstå från tolkningar i de enskilda fallen och här endast beskriva den akuta fasen.

De fyra fallen presenteras med de löpnummer de har i den större undersökningen. I samtliga fall har en del personuppgifter av för undersökningen oväsentligt slag förändrats så att en identifiering ej är möjlig. Samtliga anhöriga är kvinnor under 65 år.

Kontakten med kvinnorna har förmedlats av den som konstaterat eller meddelat dödsfallet. I dessa fyra fall har denna person varit läkare vid akutmottagningen vid Uppsala akademiska sjukhus. Instruktioner för personalen finns presenterat i bilaga 3:1. I samtliga fall har jag själv genomfört alla intervjuer. Jag har valt att först vid andra intervjutillfället berätta för den sorgedrabade om min undersökning.

Det första samtalet har varit tämligen kort (15–20 min.) och syftet har i första hand varit att etablera en kontakt samt att ge mig en möjlighet att se den intervjuade i så tidig chockfas som möjligt. Den första intervjun har i huvudsak följt det underlag som presenteras i bilaga 3:2. Samtliga uppföljande intervjuer har haft karaktären fria samtal (halvstrukturerad intervju). I de här fyra beskrivna fallen har intervjuerna ej spelats in på band förrän vid samtalet sex månader (1, 2 och 5) eller tre månader (7) efter dödsfallet. Första intervjun har i samtliga fall ägt rum på Akademiska sjukhusets akutmottagning. De uppföljande intervjuerna har skett i de sorgedrabades hem. Det som i det följande presenteras är hämtat ur första och andra intervjun.

I tabell 3.1 beskrives de fyra fallen.

Ett metodproblem vid denna typ av undersökningar är att intervjumaterialet är påverkat av undersökarens personlighet. Kvinnornas skildringar präglas av vad de förväntar sig att jag vill veta.

Tabell 3.1 Fyra änkor under första månaden

Fall nr:	1	2	5	7
ålder	47 år	64 år	28 år	38 år
"namn"	A	B	C	D
yrke	köksbiträde	hemmafru	akademiker	hemmafru
antal barn (varav boende hemma)	4 (1)	5 (0)	0 (0)	2 (2)
makens ålder	48 år	60 år	27 år	46 år
makens yrke	tjänsteman	transportarbetare	akademiker	tjänsteman
omständigheter kring dödsfallet	avled vid restaurangbesök tillsammans med goda vänner	avled på arbetsplatsen	avled i hemmet	avled under bilfärd tillsammans med hustrun, som körde bilen
närvaro av hustru	nej	nej	ja	ja
tid mellan dödsfall och meddelande t. anhöriga	30 min	15 min	0 min	0 min
tid mellan meddelande och första intervju	60 min	90 min	30 min	30 min
reaktion på "erbjudande om hjälp"	positiv	positiv	positiv	positiv
tid: första-andra intervjun	18 dagar	21 dagar	25 dagar	21 dagar
stödkontakter under första dygnet	barn	barn	grannar, moder	föräldrar, svär-föräldrar
sysselsättning vid dödsfallet eller dödsfallets meddelande	låg och sov	lagade mat	satt och tittade på TV	körde bil

De första timmarna

Den psykiska krisens chockfas varar från några sekunder upp till ett par dygn. Vid ett plötsligt och oväntat dödsfall kan chockfasen antas vara maximalt kaotisk och tidsmässigt utdragen. Den första intervjun med varje kvinna har ägt rum inom två timmar efter dödsfallet. Jag skall nu för varje fall beskriva reaktionerna vid det första samtalet.

Fall 1

A sitter ganska tyst och stilla under samtalet med en fåordighet, som uttrycker förväntan. Hon svarar mycket tillmötesgående på de frågor jag ställer. Hon berättar om sitt arbete och att hon låg och sov, när de ringde ifrån sjukhuset och talade om att hennes man hade förts in medvetlös till akutmottagningen. Tillsammans med ett av sina barn åkte hon genast till sjukhuset och fick, då de kom fram, reda på att maken var död. A: "kan inte

fatta" . . . "han ser ut som han sover och inte alls som död".

A uppvisar en klar bild av chockfasen med en lugn och välordnad yta: "reaktionslös". Traumat har här medfört ett så totalt kaos att de psykologiska försvarsmekanismerna (framförallt förnekande) förhindrar ett känslomässigt upplevande av verkligheten.

Fall 2

B gråter stilla under hela samtalet. Hon har svårt att prata. Två av hennes barn är med. De avbryter flera gånger och svarar på frågorna, som jag ställer till B. Den ena är till en början aggressiv och vill ha upplysningar, men efter en stund börjar han gråta häftigt. B säger: "Sånt är livet" . . . "och nu när vi började få det så bra. . ."

Det förefaller som om B börjat gå över i reaktionsfas, dvs. sorgearbetet har börjat.

Fall 5

När jag träffar C första gången börjar hon samtalet med att säga: "Och nu har jag kört upp dig mitt i natten." Hon börjar fråga om praktiska problem: "Hur skall jag göra med begravning?" "Jag måste åka hem nu och ta hand om hunden". C är lite tystlåten, men pratar under hela samtalet med fast röst. Hon blir lite tårögd, när hon pratar om sin man, men skrattar dessemellan vid flera tillfällen under samtalet. Hon har ringt sin mamma, som bor på annan ort. Mamman är redan på väg hem till C.

C: "Jag förstår inte att han är borta. . ."

Här liksom i fall 1 ser man en klar chockfas med förnekande och känslomässig förlamning. C:s "lugn" är ytligt och det är i samtalet inte svårt att förnimma den starka underliggande ångesten.

Fall 7

D ser allvarlig och skrämmd ut, men talar med "lugn och stadig" röst. Hon är på ytan helt välordnad. Hon berättar spontant om vad som hänt: hon och maken hade skjutsat hem sonen och några av dennes kamrater. På hemvägen blev maken plötsligt illamående, varför D fick köra i stället. Efter några minuter stannade D bilen. Hennes man steg ur och föll ihop medvetslös. Med hjälp av förbipasserande kunde ambulans larmas och de tog sig snart till Akademiska sjukhuset.

D: . . . "jag kan inte fatta detta" . . . "jag har inte förstått det ännu" . . . "han har alltid mått bra, inte varit sjuk eller sökt läkare" . . .

Hon säger att det svåraste blir att komma hem: . . . "då kommer nog allt över mig". Hon säger att det blir svårt att berätta för det yngsta barnet, som alltid varit oroligt att föräldrarna skall dö, om de varit borta en kväll. D säger också att det blir så många problem med ekonomi och annat, som hon måste sätta sig in i.

Även detta fall uppvisar en tydlig chockfas, där D spontant talar om det som hänt de sista timmarna samt till synes "mindre väsentliga praktiska problem".

De första veckorna

Vid det andra intervjutillfället har de fyra kvinnorna berättat för mig om de första veckornas tankar och känslor och om vad som har hänt dem. Många teman återkommer hos flera av kvinnorna, och jag skall med hjälp av utdrag ur dessa samtal försöka skildra en del av deras upplevelser under de första veckorna efter dödsfallet. Jag har valt att i detta sammanhang ta upp sju teman.

1 *Upplevelser under första dygnet*

Som regel brukar chockfasen övergå i reaktionsfas någon gång under de första dygnet efter ett trauma. Ofta har man tagit som tecken på detta att den sorgedrabade börjar att gråta.

A skildrar de första dygnet på följande sätt: hon hade en våldsam hjärtklappning, när hon kom hem från sjukhuset och denna varade i ungefär två dygn. Hon hade mycket svårt att sova och säger att hon sov knappast någonting de första nätterna. Hon kände också en pirrande domnande känsla ut i bägge armarna och händerna. Allting kändes tomt, innehållslöst och överkligt. De två första dygnet tillbringade hon mest i telefon och pratade med vänner och släktingar. Det kändes som om hon inte var med själv. Först på tredje dagens eftermiddag, då hon besökt begravningsentreprenören och sett ut en gravplats, kunde hon börja gråta.

B tycker att det är svårast på nätterna: "tankarna bara kommer igen och igen". Hon har svårt att tala om exakt vilka tankar det gäller, men säger: "varför skulle det hända på arbetet" . . . "man hann inte ens säga adjö".

För C var under första tiden mornarna mest besvärliga. Hon tyckte inte att hon kunde komma igång. Allting kändes meningslöst. Hon kunde ligga vakn en timme i sängen på morgonen. Speciellt dagarna efter dödsfallet kunde hon gå omkring i morgonrock hela dagen och fick ingenting gjort. Hon upplevde hela första dygnet som överkligt, det kändes avlägset och konstigt som i en dröm. Denna känsla av meningslöshet, tomhet och oföretagsamhet höll i sig långt fram på eftermiddagen. Kvällen kändes något bättre. När hon tänker tillbaka på de första dygnet tycker hon att det finns stora minnesluckor. Hon kunde komma på sig själv med att ha suttit i flera timmar och inte vetat vad tankarna hade rört sig om. Under första tiden kunde hon inte koncentrera sig på någonting. Hon kunde inte få sammanhang när hon försökte att läsa i tidningen. De två första dygnet efter makens död hade hon svårt att äta, kunde inte få ner någon mat.

2 *Reaktioner under de första veckorna*

A berättar om tiden efter de första tre dygnet. Det kändes överkligt. Hon kände sig "onödig" och tyckte sig inte längre ha någon uppgift. Det kändes tomt och hon kände sig oföretagsam. En del rutinarbetsuppgifter i hemmet gick att sköta. Hon hade svårt att somna, sov oroligt och vaknade tidigt varje morgon. Hon var tvungen att varje morgon konstatera hur det var. Hennes man fanns inte längre. Detta kändes konstigt och meningslöst.

D berättar att det kändes märkligt nog inte så hemskt som hon trodde att

det skulle göra under första veckan. Hon tyckte att hon klarade den första tiden ganska bra. Detta trodde hon berodde på att hon, barnen och svärföräldrarna kunde prata om vad som hänt. B och C berättade inte något om de första dygnet.

3 Att se den döde

Såväl anhöriga som sjukhuspersonal är ibland tveksamma till om anhöriga skall se den döde. Speciellt vanligt är nog detta i samband med plötsliga och oväntade dödsfall. Ofta hör man anhöriga säga: "Jag vill nog minnas honom så som han var." Samma reflektioner finns ofta hos vårdpersonalen. För den fortsatta bearbetningen under en sorgreaktion torde det underlätta att ha sett den döde. Detta tas upp av tre av kvinnorna.

A såg sin döde man på akutmottagningen. Hon tyckte att det kändes alldeles överkligt. Det var konstigt att se honom ligga så som om han sov. Möjligen såg han lite annorlunda ut. Han var lite blå på ena kinden, men annars såg han ut som vanligt.

B hade möjlighet att se sin man på akutmottagningen, men hon säger att hon vågade aldrig se honom efter det att han var död. Hon sade: "Man är väl alldeles blå i ansiktet, när man dör på det sättet" (akut hjärtdöd).

C berättar att hon satt i vardagsrummet och tittade på TV, när hon plötsligt hörde hur maken rosslade till. Hon gick in i sovrummet och märkte då att han var medvetslös. Hon förstod inte att han var död redan då. Hon insåg emellertid att de snabbt måste ta sig till sjukhus. Hon ringde efter ambulans och bad ambulansmännen känna efter om han hade någon puls. De svarade henne inte. Sista gången hon såg sin man var två veckor efter hans död, någon dag före jordfästningen. Hon ville då ta farväl av honom en sista gång. Begravningsentreprenören följde med henne in i det rum där kistan fanns. Hon tyckte att det kändes konstigt att komma in och se maken liggande i kistan. Det första hon såg var hans händer och en duk över ansiktet. Begravningsentreprenören tog av duken från ansiktet. Hon tyckte då inte att det var hennes man som låg där: "Han såg så annorlunda ut." Han liknade mera en vaxdocka. Hon tyckte att han såg annorlunda ut speciellt kring munnen och kinderna. Det var inte samma människa. Hon var kvar i bårhuset omkring en halvtimme. Hon kände sig tvungen att gå runt kistan många gånger och titta på honom från olika håll. Så småningom lade hon på duken över nedre delen av hans ansikte, så att bara pannan och ögonbrynen syntes. Då liknade det hennes man mera.

4 Praktiska problem

Ett intensivt sysslande med praktiska problem och bestyr under den första tiden efter ett dödsfall fyller många gånger en funktion. Det utfyller den tomhet som har uppstått. Det kan också vara en mängd praktiska problem, som uppstår och som måste lösas på något sätt. Tre av kvinnorna skildrade dessa problem på följande sätt.

B berättade att det var besvärligt med allting praktiskt: "Man får inte ens skriva på för att få ut pengar på banken." Hennes man hade fått återbäring på skattsedeln och hon försökte att lösa ut detta på banken. Där påpekade man

att alla barnen också måste underteckna. Hon sade att det kändes som om man inte fick göra någonting, ". . . man är fråntagen sitt normala människovärde". Det kändes som om hon vore satt under förmyndare.

C ville ordna allt praktiskt själv. Alla arrangemang i samband med begravningen ordnade hon på egen hand. Hon berättade också att hon hade städat undan, slängt eller gett bort alla sin mans kläder utom några speciella som han var särskilt förtjust i.

D:s make hade ordnat med försäkringar osv. så att hustrun inte skulle behöva ha några ekonomiska bekymmer om han skulle dö före henne. Hon påpekade att det trots allt fanns en massa praktiska saker som hon nu måste ta itu med. Hennes man hade ensam skött allting som rörde det ekonomiska.

5 *Skuldkänslor*

I varje sorgereaktion ingår i allmänhet skuldkänslor som en normal del. Under den första tiden skildrade två av kvinnorna sina skuldkänslor på följande sätt.

C berättade att hon första dygnet upplevde intensiva skuldkänslor. Hon borde ha kontaktat en läkare tidigare. Hennes man hade nämnt tidigare samma dag att han hade haft smärtor i hjärttrakten. Detta tog varken han eller hon särskilt allvarligt på. Efter att ha talat med obducenten och en läkare, som är god vän till familjen, förstod hon att man inte hade kunnat göra någonting. Detta minskade hennes skuldkänslor i början.

D berättar att hon i början hade skuldkänslor. Hon hade en känsla av att hon borde ha kunnat göra någonting. Känslan fanns inte kvar då hon av obducenten fått veta att hennes man hade kunnat dö även om han hade suttit och arbetat vid sitt skrivbord. Kvinnorna A och B hade ej under de första veckorna nämnt något om skuldkänslor.

6 *Tankar omkring vad som orsakat dödsfallet*

Alla människor vill finna rimliga orsaker till det som inträffar. Särskilt vid oförklarliga och plötsliga händelser letar man efter orsakssammanhang. Man letar också många gånger efter en syndabock. Orealistiska och magiska föreställningar är ej ovanliga. Tre av kvinnorna verbaliserade sina tankar omkring detta.

A satte sin makes död i samband med att han hade det ovanligt stressigt på sitt arbete. Hon sade att han hade haft hemskt mycket att göra under de två månader som föregått dödsfallet. Först under de två sista veckorna före sin död hade han sagt att det blivit lite lugnare på arbetet.

Även B lade skulden på arbetsplatsen. Hon sade: "Om han inte hade varit en sån arbetsmyra och arbetat så hårt så hade inte det här behövt hända." Hon sade att det alltid var han som fick de besvärligaste och tyngsta jobben. "Det tycks som om dom bara litar på dom äldre." B sade: "Hade han inte gått till arbetet den dagen så hade kanske inte det här behövt hända." Hon var bitter på hans arbetsgivare och sade att de hade förstört honom för henne.

D hade tankar om att det kanske var förutbestämt att hennes man skulle dö just den här dagen.

7 Om begravningen

Begravningen, samt de tankar och känslor som denna medför, utgör en viktig del av sorgeprocessen. Ibland kan begravningen vara den händelse som medför en övergång från chockfas till reaktionsfas. B har inte med något ord nämnt begravningen av maken. De tre andra kvinnorna skildrar den på följande sätt.

A talade om begravningen, som ägt rum knappt två veckor efter dödsfallet. Hon hade på morgonen, flera timmar före begravningen, tagit en svag, lugnande tablett. Då de samlades i kyrkan kunde hon inte förstå att det var hennes man som låg i kistan och att han inte fanns mera.

C hade sett sin man i kistan och tyckte att detta var till en viss hjälp vid begravningen. Hon kunde då tänka sig att det inte var han som låg i kistan utan kanske någon annan. C berättade att det var mycket svårt då de ringde från krematoriet och meddelade att kremeringen var över. Hon tyckte att det var svårt att tänka sig att inte ens hans kropp fanns kvar längre.

D upplevde begravningen som mycket svår, men samtidigt vacker och fin. Hon sade att det hade kommit mycket blommor. Alla hennes mans arbetskamrater var där. Trots att man hade skrivit att begravningen skulle ske i stillhet så hade det kommit över 70 gäster. Hon sade: "Det svåra som nu är kvar, är gravsättningen, men urnan har inte kommit ännu."

De första tecknen på sorgbearbetning

Under de första veckorna har i de ovan skildrade fallen en del tecken visat sig som tyder på ett begynnande sorgearbete. Jag skall nämna en del tankar och känslor, som kvinnorna har gett uttryck åt och som ingår som delar av en sorgbearbetning.

Aktualiserade minnen

A berättade att hon inte kan låta bli att tänka på vad som hände de sista dygnen mannen levde och tiden närmast efter. Hon upplevde en sorts tvångsrepetering. Hon sade att hon inte kunde komma ifrån tankarna även om hon skulle vilja. Samtidigt kände hon att hon hade behov av detta repeterande. Flera tidigare psykologiska trauman kom att aktualiseras för henne. Hon berättade att hon vid unga år förlorade sina föräldrar. Ett av makens syskon avled också plötsligt och oväntat för flera år sedan.

D berättade att det ofta hade känts mycket svårt och att hon hade många svåra stunder. Hon tänkte tillbaka på vad hon och hennes man gjort tillsammans och vad de planerat att göra. "Men", säger hon, "vi fick ha honom hos oss en kort tid som var mycket fin."

B kunde under andra intervjun korta stunder skratta litet åt glada minnen.

Känslor

C beskrev de känslor hon hade haft under de senaste veckorna. Hon sade att allt kändes meningslöst och hon hade ingenting att tänka fram emot. Det

kändes orättvist att hennes man skulle dö, inte bara mot henne utan även mot honom, som hade så mycket kvar att göra. Han hade så många tankar och idéer om vad som skulle göras. Han var aktiv på alla sätt. Hon berättade att de ofta hade pratat om att de inte skulle klara sig utan varandra. Om han dog så skulle hon följa efter honom. Hon upplevde det som ett svek att hon inte hade gjort det. Hon känner att hon inte är rädd att dö längre. C berättade att hon varje kväll ber till Gud att hon ska få dö så att hon ska få träffa sin man igen. Hon känner ingen lust att leva längre men hon har inga tankar på att ta livet av sig.

D beskrev ett slags överklighetskänsla: "Det känns så konstigt att han inte finns längre . . . det är en omöjlighet att han inte finns . . . han måste finnas någonstans." Hon tyckte att hon kunde se honom framför sig i en massa olika situationer.

Psykosomatiska symptom

Såväl somatiska som psykosomatiska symptom av olika slag ingår som en del av sorgereaktionen. De utgör såväl en del av bearbetningen som ett sätt att dämpa ångesten efter förlusten. På ett sätt kan de sägas fylla ut det uppkomna tomrummet.

A hade under de första dygnen en våldsam hjärtklappning och en pirrande, domnande känsla i både armar och händer.

B upplevde en pirrande obehaglig känsla i bröstet.

C, som av och till haft hypokondriska besvär, berättade att de nu var helt borta.

D oroade sig för sin egen hälsa. Hon hade haft en långvarig hosta och hade varit hos läkare. Denne konstaterade att hon även hade för högt blodtryck.

Sista tiden före dödsfallet

En väsentlig del i sorgbearbetningen är, framförallt i början, ett återupprepande av den närmaste tiden före dödsfallet och händelserna kring dödsfallet. Tankarna på denna tid återkommer mycket ofta. Detta fyller funktionen att realistiskt inse vad som faktiskt har hänt.

När jag träffade A vid den andra intervjun började hon att berätta om det sista dygnets händelser då maken levde: om hur hon låg och sov då telefonen ringde och man från akutmottagningen meddelade att hennes man kommit in med vetslös.

C berättade att hon många gånger återkommer till sista dagen hennes man levde: om händelserna i samband med hans död.

Även D berättade mycket detaljerat om timmarna innan maken dog: vad de gjort timmarna innan, hur aktiv han hade varit och om bilfärden under vilken han plötsligt avled.

Tankar om framtiden

Den tomhetskänsla som följer efter förlust av nära anhörig föder många gånger tankar om hur framtiden ska gestalta sig. Vid plötsliga och oväntade

dödsfall har vanligtvis inga sådana tankar haft anledning att uppstå före dödsfallet. Det kan alltså tänkas att meningslöshetskänslor blir mera uttalade i dessa fall.

A jämförde sig med ett av sina barn (17 år), men för A existerade inte framtiden längre. Hon tyckte inte att hon kunde tänka framåt.

B sade att det svåraste nu blir den förestående storhelgen. Man hade planerat att fira den på samma sätt som tidigare år, tillsammans med barnen. Hon sade att det kommer att bli besvärligt. "Det kommer aldrig att bli som tidigare eftersom det är en som fattas." Barnen hade frågat B om hon inte skulle flytta till en ny lägenhet. Själv vill hon bo kvar. Hon berättade att under de veckor som gått sedan maken dog så hade hon bott hemma hos ett av barnen. Nu vill hon flytta hem till lägenheten igen. Barnen har hjälpt henne med att måla och tapetsera om på flera ställen i lägenheten.

För C fanns ingen glädje kvar, hon önskade "komma bort" och hon sade att framtiden är helt "otänkbar".

D tyckte att det kändes som om allting hade gått i ett de tre senaste veckorna. Hon tyckte inte att hon hade haft tid att känna efter, trots de svåra stunderna. Hon var rädd för hur hon skulle reagera längre fram.

Möjligheter till psykologiskt stöd under första tiden

Det är synnerligen väsentligt för en människa i akut kris att ha andra omkring sig under den första tiden. Dels utgör dessa en utfyllnad för den tomhet som har uppstått, dels möjliggör och underlättar andra människor ett påbörjande av bearbetningsprocessen. Alla fyra kvinnorna hade nära släktingar omkring sig dygnet runt, under de första dagarna. Hur viktigt detta stöd är skildras genom nedanstående citat från intervjuerna med de olika kvinnorna.

Stöd i familjen

A berättade att alltsedan makens död hade ett av hennes barn legat i pappans säng så att hon ej skulle behöva ligga ensam i sovrummet. Hon tyckte det var ett stort stöd för henne, att ett av barnen bodde hemma. Flera av makens syskon utgjorde ett stort stöd för henne. Hon berättade att även barnen som hade flyttat hemifrån hade kommit hem till henne nästan varje dag.

B hade alltsedan maken dog bott hemma hos ett av barnen och hennes familj. Hon tyckte att alla barnen hade tagit hand om henne under den här tiden. Hon hade inte fått vara ensam någon gång. Möjligen hade detta hindrat henne att gråta, eftersom hon inte "vågar" gråta hysteriskt inför barnen, – "för det ska man väl inte göra heller" . . . "dom kan bli ledsna då" . . . "Y orkar inte med att pappa har dött" . . .

C hade inte varit ensam någon tid sedan maken dog: hennes mamma kom till henne samma natt. Därefter hade C antingen bott i föräldrahemmet eller också hade mamman bott hos henne.

D berättade att hon inte hade behövt vara ensam särskilt mycket. Både hennes egna föräldrar och hennes svärföräldrar hade "ställt upp väldigt mycket". Hon hade kunnat prata med dem om vad som hade hänt.

Stöd i omgivningen

D berättade att hon har många goda vänner i omgivningen. Så fort någon av dessa hörde att hon var ensam en kväll så sade de åt henne att komma hem till dem. Hon tyckte att det var skönt att prata med goda vänner. Emellertid hade hon märkt att en del "goda vänner", betedde sig annorlunda. De undvek henne, någon hade till och med undvikit att hälsa på henne på gatan. En del andra människor var i stället deltagande och översvallande åt andra hållet och det tyckte D också kändes påfrestande. Hon sade att hon kan förstå att det är svårt för de flesta människor att veta hur man skall bete sig i sådana situationer.

Sammanfattning

Det är ännu för tidigt att uttala sig om huruvida det är möjligt att utifrån de tidiga reaktionerna kunna förutse hur en individ skall klara av en sorgebearbetning.

Av intervjuerna med de här skildrade kvinnorna framgår det dock tydligt hur väsentligt det är med den fysiska närvaron av andra människor. Man har ett stort behov av att tala om den döde med alla som har känt honom.

Det synes också vara ännu svårare att inse vad som har hänt när dödsfallet kommer plötsligt och oväntat. Jag vill understryka hur viktigt det är för den fortsatta bearbetningen att den sorgedrabbade får se och känna på den döde.

Den anhöriga har i den akuta fasen ett stort behov av information. Det är viktigt att man försöker ge svar på både uttalade och outtalade frågor.

Vid våldsam död och då anhöriga ej har sett den döde är frågorna om hans utseende många. En av de viktigaste frågorna är ofta om man i hans ansikte kan utläsa om det varit en plågsam död eller inte.

De tidiga reaktionerna är viktiga att känna till för alla dem som under den första tiden kommer i kontakt med anhöriga till plötsligt och oväntat avlidna. Vi kan alla komma i den situationen att själva vara dessa anhöriga. Dödsfallen kan också inträffa i vår närmaste omgivning. Många yrkesgrupper kommer på grund av sitt arbete ofta att möta dessa anhöriga: personal och läkare på sjukhusens akutmottagningar, poliser, ambulanspersonal, brandmän, taxichaufförer, präster, begravningsentreprenörer m. fl. Dessa yrkesgrupper bör ges en ökad utbildning i bemötande av människor i kris.

Både som medmänniska och i sin yrkesroll har man ett ansvar att försöka minska lidandet för sorgedrabbade människor.

Det är viktigt att komma ihåg att de människor som drabbas av plötslig och oväntad förlust av nära anhörig vanligtvis inte har några naturliga stödmöjligheter utanför en eventuell familj. Det finns ingen som får möjlighet att se om sorgebearbetningen antar en ogynnsam utveckling. Dessa sorgedrabbade har också sällan någon att vända sig till med praktiska problem och med alla frågor. Jag anser att det är synnerligen väsentligt att någon form av instans för stöd och hjälp åt sorgedrabbade inrättas – speciellt med tanke på denna grupp.

Bilaga 3:1

Psykiska kriser – reaktioner vid plötsliga dödsfall

Många människor söker psykiatrisk hjälp på grund av obearbetade sorgereaktioner. Den psykiska krisen förekommer i sin "renaste" form vid s. k. objektsförluster: oftast förlusten av en nära anhörig. Vid behandlingen av många psykiatriska tillstånd är kunskapen om den psykiska krisen väsentlig.

Den psykiska krisen vid objektsförluster har tidigare endast studerats hos psykiatriska patientklientel.

Jag avser att i ett forskningsprojekt, godkänt av med. fak. etiska kommitté, studera de psykiska reaktionerna vid plötsliga och oväntade dödsfall. Detta planeras ske i två etapper. En första mindre studie beräknas kunna starta i mitten av november.

Den första kontakten med den sorgedrabbade bör ske *inom två timmar* från underrättelsen om dödsfallet.

Kontakten bör erbjudas av den som meddelar dödsfallet och som en hjälp i en svår situation – förslagsvis på ungefär följande sätt: "Det som har hänt är mycket svårt för Er och det är säkert mycket Ni vill prata om? En av sjukhusets läkare har stor erfarenhet av människor, som hamnat i liknande situation som Ni. Om Ni vill kan jag ringa honom, så är han här om en liten stund."

Ett väsentligt förbehåll är att den avlidne skall 1. vara skriven i Uppsala län, 2. tidigare varit väsentligen frisk och 3. ej vara över 65 år – så att dödsfallet kan anses vara plötsligt och oväntat.

Jag är således tacksam att få meddelandet per telefon – sjukhusets växel kan söka mig – när:

1. en patient kommer in död till akutmottagningen
2. en patient avlider på mottagningen eller inom 2 timmar på intensivvårdsavdelningen

Vad beräffar punkt 1. kommer jag också att ha ett samarbete med polismyndigheten. Den första, mindre, studien kommer att avslutas när jag har 10–15 "användbara" fall.

Jag är mycket tacksam för den hjälp Du kan ge mig i detta samarbete.

Tom Lundin
leg. läk.

Underlag för halvstrukturerad intervju i akutsituationen

Datum:

Tidpunkt:

Tidpunkt för dödsfallet:

Tidpunkt för meddelandet:

Den avlidnes namn:

födelsenummer:

Den intervjuades namn

ålder

adress

telefon

relation

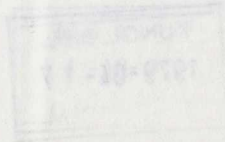
1. Sista dygnets händelser
2. Vad gjorde du när meddelandet kom?
3. Hur uppfattades meddelandet
4. Förkänsla av att detta kunde inträffa
5. Hade ni pratat om att detta kunde inträffa
6. Vilka är dina största praktiska problem just nu
7. Vem skulle Du helst vilja prata med just nu
8. Vad skulle ni prata om
9. Vad skulle du helst vilja ha sagt honom/henne innan detta inträffade
10. Hur uppfattade du erbjudandet om vårt samtal
11. Vad känns svårast just nu
12. Vad är det som kommer att bli svårast för dig
13. Vad tänker du göra när vi skils om en stund

Bedömning av chockfasen

- a. innehåll i det spontana berättandet (ämnesområden)
- b. yttre beteende
- c. "djuppsykologisk bedömning"; försvarsmekanismer m. m.
- d. "överföringsreaktioner"
- e. "motöverföringsreaktioner"
- f. sällskap i samtalsituationen
- g. stödmöjligheter

Tidpunkt för nästa samtal om c:a två veckor:

Intervjusituation (lokal m. m.)



Statens offentliga utredningar 1979

Kronologisk förteckning

1. Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader. S.
2. Naturmedel för injektion. S.
3. Regional laboratorieverksamhet. Jo.
4. Avskildhet och gemenskap inom kriminalvården. Ju.
5. Konsumentinflytande genom insyn? H.
6. Polisen. Ju.
7. Tandvården i början av 80-talet. S.
8. Löntagarna och kapitaltillväxten 1. Löntagarfonder – bakgrund och problemanalys. E.
9. Löntagarna och kapitaltillväxten 2. Den svenska förmögenhetsfördelningens utveckling. Löntagarfonder och aktiemarknaden – en introduktion. Internationella koncerner och löntagarfonder. E.
10. Löntagarna och kapitaltillväxten 3. Löner, lönsamhet och soliditet i svenska industriföretag. Vinstbegreppet. Den lokala lönebildningen och företagets vinster – en preliminär analys. E.
11. Löntagarna och kapitaltillväxten 4. Lantbrukskooperationen – ideologi och verklighet. E.
12. Svenska kyrkans gudstjänst. Band 4. Evangelieboken. Kn.
13. Konkurs och rätten att idka näring. Ju.
14. Naturvård och täktverksamhet. Jo.
15. Naturvård och täktverksamhet. Bilagor. Jo.
16. Ökad sysselsättning. Finansiella effekter i offentliga sektorn. A.
17. Kulturhistorisk bebyggelse – värd att värda. S.
18. Museijärnvägar. U.
19. Jaktvårdsområden. Jo.
20. Anhöriga. S.
21. Plötslig och oväntad död – anhörigas sjuklighet och psykiska reaktioner. S.



Statens offentliga utredningar 1979

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Avskildhet och gemenskap inom kriminalvården. [4]
Polisen. [6]
Konkurs och rätten att idka näring. [13]

Socialdepartementet

- Utbyggt skydd mot höga vård- och läkemedelskostnader. [1]
Naturmedel för injektion. [2]
Tandvården i början av 80-talet. [7]
Utredningen rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede. 1. Anhöriga. [20] 2. Plötslig och oväntad död – anhörigas sjuklighet och psykiska reaktioner. [21]

Ekonomidepartementet

- Utredningen om löntagarna och kapitaltillväxten. 1. Löntagarna och kapitaltillväxten 1. Löntagarfonder-bakgrund och problemanalys. [8] 2. Löntagarna och kapitaltillväxten 2. Den svenska förmögensfördelningens utveckling. Löntagarfonder och aktiemarknaden – en introduktion. Internationella koncerner och löntagarfonder. [9] 3. Löntagarna och kapitaltillväxten 3. Löner, lönsamhet och soliditet i svenska industriföretag. Vinstbegreppet. Den lokala lönebildningen och företagets vinster – en preliminär analys. [10] 4. Löntagarna och kapitaltillväxten 4. Lantbrukskooperationen – ideologi och verklighet. [11]

Utbildningsdepartementet

- Kulturhistorisk bebyggelse – värd att värda. [17]
Musejärnvägar. [18]

Jordbruksdepartementet

- Regional laboratorieverksamhet. [3]
Naturvårdskommittén. 1. Naturvård och täktverksamhet. [14] 2. Naturvård och täktverksamhet. Bilagor. [15]
Jaktvårdsområden. [19]

Handelsdepartementet

- Konsumentinflytande genom insyn? [5]

Arbetsmarknadsdepartementet

- Ökad sysselsättning. Finansiella effekter i offentliga sektorn. [16]

Kommundepartementet

- Svenska kyrkans gudstjänst. Band 4. Evangelieboken. [12]

Systematisk förklarings

Juridiska utredningar

Godkännandena

Elektroniska utredningar

Historiska utredningar

Jordbruksutredningar

Handelsutredningar

Arbetsmarknadsutredningar

Konsumtionsutredningar

KUNGL. BIBL.
1979-04-17
STOCKHOLM



LiberFörlag
Allmänna Förlaget

ISBN 91-38-04675-X
ISSN 0375-250X