



Sorgens og melankoliens dynamikk

ESSAY

TORMOD KNUITSEN

E-post: tormodk2@online.no

Tormod Knutsen er psykiater og psykoanalytiker, lærebehandler og veileder ved Norsk psykoanalytisk forening og Institutt for psykoterapi.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sorg er ikke sykdom, men noen blir likevel syke av sorg. Freud var en av de første som forsøkte å forstå hvorfor.



«Melankoli» av Edvard Munch fra 1892. Foto: Børre Høstland / Nasjonalmuseet

Sigmund Freud (1856–1939) publiserte i 1917 et av sine viktigste kliniske skrifter. *Sorg og melankoli* (*Mourning and Melancholia*) ble skrevet over flere år på bakgrunn av diskusjoner med nære kollegaer, i en periode hvor Freud selv var tynget av sorg og bekymringer (1). Er det noen grunn til at leger og andre helsearbeidere skal lese og fordype seg i noe som er skrevet for så lenge siden? Ja, mener jeg. Freud var den første som presenterte en helhetlig tenkning om den normale og patologiske sorgens og depresjonens dynamikk, og artikkelen er høyst relevant også i dag.

Et personlig skrift

Freud skrev førsteutkastet til *Sorg og melankoli* allerede i 1915. Samtidig arbeidet han med to andre artikler med samme tematikk: tanker om krig og død (2) og forgjengelighet (3). Dette var midt under første verdenskrig. Freud bodde i Wien, og det habsburgske keiserdømmet var i full krig med Russland, England og Frankrike.

Freud drøftet manuskriptet om sorg og melankoli med to psykiaterkollegaer, Sándor Ferenczi (1873–1933) i Budapest og Karl Abraham (1877–1925) i Berlin. Sistnevnte hadde

allerede i 1913 publisert sine psykoanalytiske studier av manisk-depressiv sinnslidelse, mens fra Ferenczi lånte Freud begrepet «introjeksjon». Det var ikke uvanlig for Freud at han brukte sine kollegers ideer og begreper og omdannet dem for å utdype sine egne teoretiske bidrag (4).

Under krigen 1914–18 var store deler av befolkningen i Wien rammet av hungersnød og sykdommer. Vintrene var harde, og det var lite brensel. Få pasienter oppsøkte Freud. Tidligere hadde han blant annet hatt flere rike pasienter fra Russland. Disse kom ikke lenger, og han slet med å få endene til å møtes.

To av Freuds sønner og en svigersønn deltok i krigen. Freud var først stolt av sønnene som ville kjempe for keiseren, men kom ganske snart til en annen erkjennelse da den moderne krigførings redsler gikk opp for ham. Han ble rystet over de «titusener døde» og også hvordan det rasjonelle, moderne mennesket lot seg henfalle til primitiv bestialitet og ødeleggelsestrang med fare for hele den europeiske sivilisasjon og kulturs forgjengelighet (2, 5, s. 338). Hans hjertebarn, psykoanalysen, hadde en usikker fremtid. I 1913 hadde han og Carl G. Jung (1875–1961) brutt samarbeidet. I tillegg brøt en av Europas fremste psykiatere, sveitseren Eugen Bleuler (1857–1939), med psykoanalysen (6, s. 289). Det var nok å bekymre seg for og å sørge over. Derfor er *Sorg og melankoli* et personlig skrift.

Freud kjente også fra tidligere godt til sorgtunge og depressive følelser. I 1880-årene behandlet han seg selv med kokain for tilstander av psykosomatisk og depressiv karakter (5, s. 194). *Drømmetydning* – boka som etablerte psykoanalysen som eget fagområde – ble skrevet som en kreativ respons på sorgen etter faren, som døde i 1895 (7). Mange av drømmene han omtaler og analyserer her, stammer fra perioden da sorgen var mest intens.

Drømmetydning ble skrevet som en kreativ respons på sorgen etter faren

I 1923–24 ble Freud på nytt deprimert. Det begynte med at datteren Sophie Freud Halberstadt (1893–1920) døde i spanskesyken. Deretter fikk Freud kjevekraft i 1923, og gjennomgikk en operasjon. Han var redd for å dø, klarte ikke å arbeide med pasienter eller delta i arbeidet i de psykoanalytiske organisasjonene han hadde dannet. Dattersønnen Heinerle (sønn av Sophie) døde sommeren 1923 av tuberkulose, 4 ½ år gammel. Freud var sterkt knyttet til barnebarnet og sørget over ham i lang tid (5, s. 346, 8, s. 91, 9, s. 161).

Freuds egen død var assistert suicid. Hans lege gjennom mange år, Max Schur (1897–1969) ga ham en overdose morfin, etter en avtale de inngikk mange år tidligere da Freuds kreftsykdom ble påvist. Avtalen var at når Freud ble for syk og ikke lenger var i stand til å arbeide og ikke så noen mening med livet, skulle han få hjelp til å dø. Noen mener dette var et tegn på at Freud selv hadde et avklart forhold til døden (5, 344). Jeg tror snarere dette er utslag av en idealisering av Freud. Freuds lege har gitt en levende, detaljert og usentimental beskrivelse av sin pasients siste dager, inklusive omstendighetene rundt selve dødsfallet (10, s. 504).

Sorgen

Sorg er en tilstand som alle mennesker opplever når de mister noen de er glad i. Freud påpekte at dette også kan gjelde ved tap av fedreland, frihet eller et ideal. Han mente at det er galt å betrakte sorgen som noe sykelig som trenger behandling. Sorgen går over etter en viss tid, og det kan være skadelig å forstyrre prosessen for mye. Med dette mente Freud at man bør stole på menneskets evne til å tåle belastning og til å komme seg igjennom vanskeligheter ved egen hjelp.

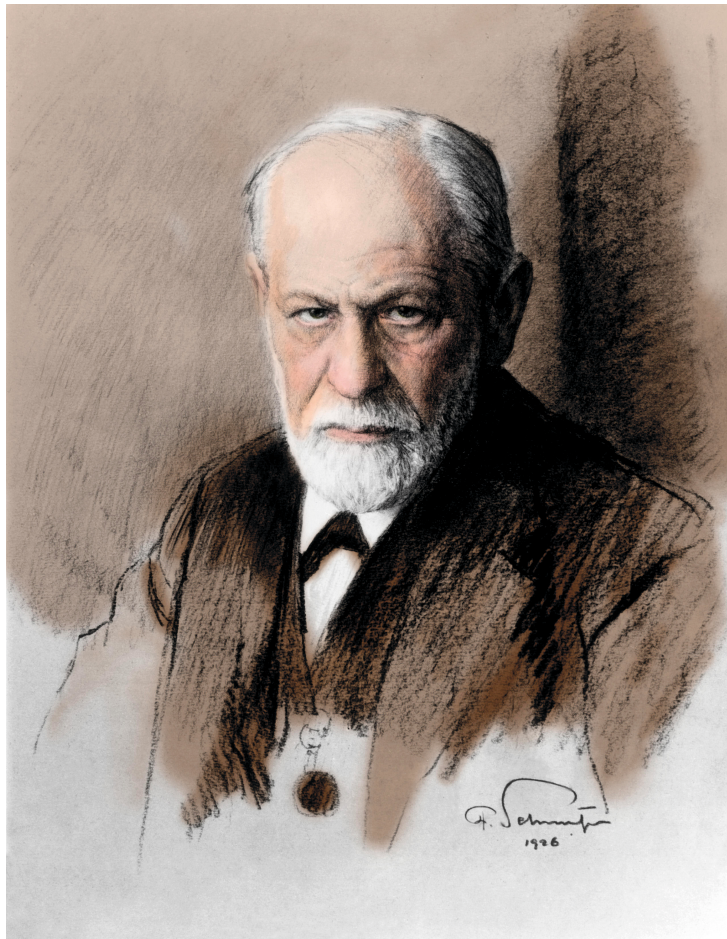
Freud la vekt på at sorgprosessen kan anta en patologisk form dersom forholdet til avdøde var preget av for stor grad av ambivalente følelser og/eller at den sørgende har en tilbøyelighet til «narsissistisk objektvalg», dvs. har for mange umodne trekk i seg. En person vil kunne oppleve et «objekt tap» (f.eks. dødsfall) som om ens eget indre tar skade av det. Freud mente videre at forutsetningen for denne skjevutviklingen av personligheten er frustrasjon i den tidligste fasen av livet. Implisitt i Freuds tekst ligger altså en forståelse av at

sorgprosessen er både en bevisst og ubevisst prosess og at sorg alltid handler om flere historier.

Freuds avgrensing mellom komplisert sorg og depresjon virker imidlertid uklar. Psykoanalytikeren Vamik D. Volkan (f. 1932) skisserer et psykodynamisk perspektiv som tydeliggjør dette skillet (11). Ved komplisert sorg smelter ikke de indre representasjonene av den avdøde (introjektene) sammen med den sørgendes selvrepresentasjon, som ved normal sorg (identifikasjon), men de synes å fortsette å ha en selvstendig eksistens. Det er som om den avdøde er i live i den sørgendes indre. Det er likevel i liten grad tegn til den mer omfattende kløyvingen av selvet med selvkritiske anklager som kjennetegner en depressiv tilstand.

Freud mente at det er galt å betrakte sorgen som noe sykelig som trenger behandling

Kristensen og medarbeidere drøfter også denne grenseoppgangen i forbindelse med innføring av en «forlenget sorgreaksjon» som ny diagnose i ICD-11 (12). Ved forlenget eller komplisert sorg vil de vanlige sorgreaksjonene vare over lenger tid med uforminsket eller endog økende styrke, gjerne kombinert med selvbebreidelser knyttet til den avdøde. Det kan også være en følelse av å ha mistet en del av seg selv. Ved depresjon er ikke bevisstheten om tap så fremtredende, mens ved forlenget sorg ser man en intens og vedvarende lengsel etter den avdøde. Symptomene ved depresjon er mer generelle og globale, kombinert med grubling, nedstemthet og håpløshetsfølelse.



Portrett av Sigmund Freud, tegnet av Ferdinand Schmutzer i 1926. Foto: Science History Images / Alamy Stock Photo

Ifølge Freud lærer vi gradvis gjennom realitetstesting at den man var glad i, er borte for alltid. Tilknytningen til erindringene av personen må løses opp og avvikles, hver for seg. Dette er en smertefull prosess, og de fleste vegrer seg mot dette en stund. Da Freud mistet barnebarnet, opplevde han at dette ødela noe i ham og gjorde det vanskelig å knytte nye emosjonelle bånd til andre (9, s. 121). På et senere tidspunkt uttalte Freud at riktignok kan man si at den akutte sorgfasen går over – men savnet vil være der, kanskje for alltid (13).

Melankolien

Freud belyser også de prosesser som ligger til grunn for melankolien (depresjonen). Den kan godt utløses av et ytre tap, men *erkjennelsen av tapet og hva det innebærer* er ofte ubevisst.

Felles for sorg og depresjon er smerten. Freud sier at ved sorg fremstår verden som fattig, ved at den elskede ikke er der lenger, mens ved melankolien (depresjonen) er det jeg-et som er blitt utarmet. Den melankolske pasienten fornedrer seg selv, snakker foraktelig om seg selv, føler seg moralsk forkastelig og uverdiggjort andres kjærlighet. Tilstanden suppleres av spisevegring, søvnløshet og oppgivelse av livsdriften. Freud forklarer dette depresjonstrekket som uttrykk for en spaltning av personligheten, dvs. at en del opererer avspaltet fra en annen del. Den ene delen kan kritisere og ydmyke den andre, slik at man føler seg ensom, udugelig, ulykkelig og skyld i all verdens elendighet (14, s. 168).

Nyere psykoanalytiske betraktninger

Freud er blitt mye lest, studert og også kritisert for sitt syn på sorg og depresjon. George Hagman understreker at Freuds oppfatning var i samsvar med rådende synspunkter i den vestlige verden på hans tid (13). Både språkbruk og tenkning bærer preg av dette, for eksempel at andre personer blir betraktet som objekter av et subjekt som styres av ubevisste drifter. Moderne psykoanalyse vektlegger det relasjonelle aspektet, også i forhold til sorgopplevelse og bearbeiding. Hagman mener at man må være opptatt av både individuelle, familiære, situasjonsbestemte, kulturelle og religiøse variabler når man vurderer sorgprosessen. Den sørgende må finne nye roller og et nytt innhold i livet. De fleste opplever endringer i det daglige livet, bl.a. med hensyn til økonomi.

En sørgende terapeut kan være en god terapeut

Léon Wurmser kommenterer bruken av begrepet objekt og objekttap hos Freud, og at et menneske (som står en nær) ikke kan være noe objekt, med mindre vedkommende blir dehumanisert (15, s. 115). Det er ikke noe *objekt* vi sørger over, men et *medmenneske*. En tilsvarende tekning gir Gurmeet S. Kanwal uttrykk for når han redegjør for en interpersonlig tilnærming til sorgforståelse (16, s. 169). I stedet for å bruke begrepet «objekttap», mener Kanwal at det heller er snakk om en destabilisering av et selvsystem bestående av integrerte interpersonlige erfaringer. Å finne «nye objekter» er det samme som å integrere nye interpersonlige erfaringer for å restabilisere dette selvsystemet. Kanwal, som er oppvokst i India, legger også stor vekt på at sorgprosessen er knyttet opp både til den kulturelle konteksten rundt den sørgende og hvordan omstendighetene var rundt det aktuelle dødsfallet.

Psykoanalytikerne Léon Wurmser og Otto F. Kernberg gir personlige beskrivelser av sorg etter sine ektefeller, som de hadde delt størsteparten av sitt liv med (15, s. 96, 17). De mener at Freud i for liten grad vektla de utviklingsmulighetene en gjennomarbeiding av sorgen medfører, også i høy alder.



Den sørgende psykoterapeut

En sørgende terapeut kan være en god terapeut, mener Wurmser, men terapiene får mer preg av det virkelige forholdet i terapirommet (15, s. 115). I overføringen kan oppstå nye konflikter, særlig knyttet til gjenoppliving av tidligere traumer. For den sørgende (dvs. terapeuten) kan det være godt å arbeide, å kunne tenke på andre ting. Men han vil også finne seg mer emosjonelt bevegelig, kanskje med en økt trang til å gråte.

Et viktig anliggende er hvorvidt terapeuten skal si noe om sin situasjon eller ikke. Etter tapet av sin kone opplevde Wurmser at pasienter brydde seg om ham. Det kan bli en unik mulighet for pasienten å kunne få lov til å oppleve og utvikle disse kvalitetene hos seg selv i en terapeutisk setting. Men for mye medlidelse kan lett fungere som motstand.

Volkan har på bakgrunn av sin tenkning om komplisert sorg utviklet en «re-grief therapy», en korttids psykoanalyse med fokus på å få i gang sorgprosessen igjen, basert på overføringsarbeid (11). Komplikasjoner i sorgarbeidet kan føre til enten depresjon eller vedvarende patologisk sorg, understreker Volkan. Ifølge ham ligger dette implisitt i Freuds artikkel.

Kristensen og medarbeidere mener også at psykoterapi synes å være virksomt ved forlenget sorg, men ved komorbiditet med depresjon vil man ofte ha nytte av å kombinere dette med antidepressiver (12). De drøfter imidlertid ikke den dynamiske forståelsen for sammenhengen mellom disse to tilstandene.

I en psykoanalyse kan kjennskap til patologisk sorg være til hjelp for å forstå rekkevidden av overføringen mellom pasient og terapeut, som særlig kan utspille seg i avslutningsfasen av terapien.

Avslutning

Sigmund Freuds forfatterskap preges av samtidige strømninger innen ulike vitenskaper, bl.a. medisin og psykologi. Samtidig peker hans arbeid langt videre, og han fremstår fortsatt som aktuell i vår tid. *Sorg og melankoli* vil bli stående som et eksempel på hvordan en person gjennom kriser kan mobilisere selvhelende og kreative krefter.

Beskrivelsen av og forståelsen av dynamikken bak den patologiske sorgen er høyst relevant innen moderne medisin og psykiatri, og tilstanden er endelig blitt anerkjent som en egen diagnostisk enhet. Det er viktig at leger og annet helsepersonell har god kunnskap om tilstanden, dens dynamikk og nære relasjon til de øvrige affektive lidelsene.

LITTERATUR:

1. Freud S. Mourning and melancholia. I: Strachey J, red. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Bind XIV. London: Vintage, 1917/2001: 237–59.
2. Freud S. Thoughts for the Time of War and Death. I: Strachey J, red. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Bind XIV. London: Vintage, 1915/2001: 273–301.
3. Freud S. On Transcience. I: Strachey J, red. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Bind XIV. London: Vintage, 1916/2001: 303–8.
4. May U. In conversation: Freud, Abraham and Ferenczi on “Mourning and Melancholia” (1915–1918). *Int J Psychoanal* 2019; 100: 77–98. [CrossRef]
5. Whitebook J. Freud. An Intellectual Biography. Cambridge: University Printing House, 2017.
6. Makari G. Revolution in Mind. The Creation of Psychoanalysis. London: Gerald Duckworth, 2008.
7. Freud S. The Interpretation of Dreams. I: Strachey J, red. The Standard Edition of the Complete

Psychological Works of Sigmund Freud. Bind IV+V. London: Vintage, 1900/2001.

8. Jones E. The Life and Work of Sigmund Freud. Bind 3: The Last Phase. New York, NY: The Basic Books, 1957.
9. Lieberman EJ, Kramer R. red. The letters of Sigmund Freud and Otto Rank: Inside Psychoanalysis. Baltimore: John Hopkins University Press, 2012.
10. Schur M. Freud: Living and Dying. New York, NY: International Universities Press, 1972.
11. Volkan VD. Complicated Mourning. *Annu Psychoanal* 1984; 12: 323-48.
12. Kristensen P. Grief as a diagnosis. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 856-8. [PubMed][CrossRef]
13. Hagman G. Mourning: a review and reconsideration. *Int J Psychoanal* 1995; 76: 909-25. [PubMed]
14. Lear J. Freud. 2. utg. London and New York: Routledge, 2015.
15. Wurmser L. Mourning, double reality, and the culture of remembering and forgiving: A very personal report. I: Tutter A, Wurmser L. *Grief and its Transcendence: Memory, Identity, Creativity*. New York and London: Routledge, 2015: 119.
16. Kanwal GS. Death: The last chapter. I: Akhtar S, Kanwal GS, red. *Bereavement. Personal Experiences and Clinical Reflections*. New York and London: Routledge, 2016: 169-90.
17. Kernberg O. Some observations on the process of mourning. *Int J Psychoanal* 2010; 91: 601-19. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 30. mars 2020. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0504
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no