

Lars Petter Sødal Bergsmark

# Hvorfor er sorg aktuell som diagnose?

## Fra spørsmål om legitimiteten av sorgpatologisering til kritikk av diagnosens samfunnsfunksjon

### Resumé

Innføringen av en selvstendig diagnose for patologisk sorg har vært kontroversiell. Den legefaglige gestaltingen av behandlingsskrevende sorglidelse (i.e. medikalisering) er klinisk sett tilforlatelig, men risikerer samtidig å underkjenne sorgfenomenets mange øvrige dimensjoner. Kritikere av 'sorgdiagnosen' ser fortrinnsvis medikaliseringen som uhensiktsmessig, eller som en mindre fruktbar måte å håndtere sorgerfaring og -lidelse på. I denne artikkelen argumenterer vi for at kritikken ikke burde orientere seg mot den faktiske diagnosen for patologiske sorgreaksjoner eller innholdet av denne. Vi hevder at fokus heller må settes på hva som har aktualisert den kliniske iakttagelsen overhodet, det vil si hvilke bevegelser og tankesett i samtiden som har drevet våre betraktninger av sorgreaksjoner dit hen hvor en diagnose er mulig og tjenlig. Artikkelen tar for seg psykiatriske diagnosers funksjonalitet i samfunn med økt investering i individuell helse og velbefinnende, og undersøker sorglidelse i denne kontekst. Med den psykiatriske diagnosen tilbys definitive beskrivelser av grunnleggende ambivalente opplevelser. Ettersom den politiske plattformen for å imøtekomme sorglidelse understreker betydningen av psykisk

velbefinnende, er det kun i kraft av diagnosen at sorgen kan håndteres med antatt legitimitet. I behandlingsøyemed noterer innføringen av en definitiv diagnose for patologisk sorg følgelig en betinget progresjon hvor diagnosens nytteverdi bygger på et problematisk mandat. Denne nyansen viser hvordan kontroversen om sorgdiagnosen primært omhandler forutgående betingelser for sorgdiagnostisering, nemlig diagnosers funksjonalitet i terapeutiske kulturer.

**Nøkkelord:** vedvarende sorglidelse, ICD-11, diagnosekritikk, terapeutisk kultur, interesser.

### Innledning

I 2019 vedtok Verdens helseorganisasjon (WHO) å innføre en diagnose for patologiske sorgreaksjoner i sin nyeste og ellefte revisjon av diagnosemanualen *International Classification of Diseases* (ICD). På grunn av WHO's ledende stilling innenfor helseforståelse og -håndtering både internasjonalt og i Norden, er denne utviklingen betydningsfull. Diagnosen, som inntil en offisiell oversettelse foreligger gjerne omtales som *vedvarende sorglidelse* (VSL, eng. 'Prolonged Grief Disorder'), har vært mye diskutert i fagfeltet. Diagnosen beskriver sorgspesifikke symptomuttrykk såsom

uforholdsmessig sterk lengsel etter og opptatthet av den avdøde. Disse kriteriene har et desidert fokus på sorgfenomenet og fastslår en potensiell patologisk side ved allmennmenneskelige reaksjoner på tap (Jacobsen & Petersen, 2018). Kontroversen omkring VSL synes primært å bestå i en uenighet om hvorvidt sorgfenomenet legitimt kan betraktes som en potensiell diagnostiserbar patologi.

Med utgangspunkt i den etterhånden lengrevarende debatten argumenterer vi i denne artikkelen for at etableringen av sorgdiagnosen både kan være nyttig og klinisk rettmessig, men samtidig åpner den for en dyperegående og betimelig kritikk av den samfunnsutviklingen og foranstaltninger omkring helse og helbred som har aktualisert den diagnostiske tilnærmingen i første omgang. Spørsmålet vi utforsker, kan følgelig skrives som: *Hvorfor har sorg blitt aktuell som psykiatrisk diagnose?* Utviklingen av diagnosesystemene blir ulikt forstått innenfor fagfeltet, enten som resultat av faglig progresjon, eller som dynamiske størrelser som endrer seg i tråd med sine historiske og kulturelle rammer. Selv om innføringen av en sorgdiagnose i klinisk forstand kan være etterlengtet, fastholder vi at dagens diagnosemanualer avspeiler en kulturhistorisk spesifikk forestilling om psykisk helse (jf. Jørgensen, 2015, s. 292). Inkluderingen av en sorgdiagnose i ICD-11 synes følgelig å gjenspeile en endring i måten å forstå og forholde seg til psykiske lidelsesopplevelser på.

Artikkelen bygger på en kritisk kulturpsykologisk grunnforståelse der VSL betraktes i lys av psykiatriske kategoriers allerede omfattende figurering i senmoderne samfunn (jf. Brinkmann, 2016) og betydning i terapeutiske behandlingsskulturer (jf. Madsen, 2017a). Vi mener at innføringen først og fremst bør ses som en *funksjonell imøtekommelse av sterke lidelsesuttrykk*, og oppfatter i forlengelsen av dette diskusjonen omkring legitimiteten av sorgdiagnostisering (i.e. om fenomenet sorg kan diagnostiseres, jf. Brinkmann, 2018a) som

i det minste noe feilslått. Vårt utgangspunkt antar psykiatriske diagnoser som formålstjenlige i dagens samfunn, og vårt ståsted skal følgelig ikke forstås som *anti-psykiatrisk*. Innføringen av VSL legger til grunn at sorgreaksjoner konstituerer et intervensjonsområde som øyensynlig best gripes an med diagnosenes myndighet, men denne kjensgjerning er fremfor noe en inngang til å undersøke hva som aktualiserer dette mandatet. Der hvor anti-psykiatrien hefter seg ved illegitime patologiseringstendenser, inntar vi heller en sosial-materialistisk forståelse av lidelse (jf. Smail, 2005) og hevder at psykiatriske diagnoser sjelden handler om legitimitet, men om interesser. Diagnosens funksjon i håndteringen av besværlige lidelsesuttrykk utgjør i denne sammenhengen derfor både et argument for og ankepunkt mot innføringen av en sorgdiagnose. Artikkelen undersøker diagnosenes funksjon og samfunnskonteksten de anvendes i, fremfor å stille spørsmål ved sorg som diagnose i og for seg. Med dette ønsker vi å stille oss bak en diagnosekritikk som følger og tematiserer betydningen av interesser i utformingen av psykiatrisk diagnostikk og behandling.

Innledningsvis introduseres de faglige perspektivene på sorg som psykisk lidelse, herunder rasjonale for den særegne diagnosen for patologisk sorg. Deretter presenteres det kulturpsykologiske rammeverket og den analytiske tilnærming til psykiatriske diagnoser. Analysen undersøker diagnosenes betydning for gestaltning av psykiske lidelseserfaringer og vurderer hvorfor medikaliseringen av sorg er blitt aktuell i denne sammenheng. I diskusjonen er omdreiningspunktet diagnosenes myndighet og samfunnsfunksjon og hvordan dette kan både styrke og problematisere innføringen av sorgdiagnosen.

### **Sorgens plassering som psykisk lidelse**

WHO's innføring av en særskilt sorgdiagnose har skapt diskusjon og uenighet mellom fagfeller om hvorvidt en diagnose for sorg er legitim

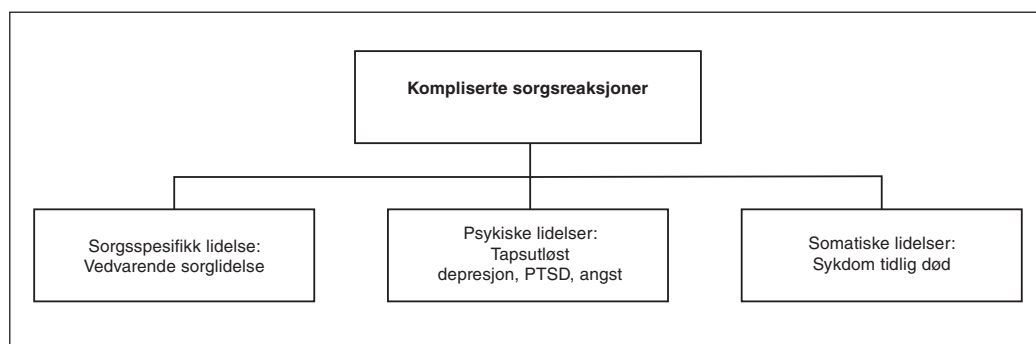
Foundation id : <http://id.who.int/icd/entity/1183832314>

### **6B42 Prolonged grief disorder**

#### **Description**

Prolonged grief disorder is a disturbance in which, following the death of a partner, parent, child, or other person close to the bereaved, there is persistent and pervasive grief response characterized by longing for the deceased or persistent preoccupation with the deceased accompanied by intense emotional pain (e.g. sadness, guilt, anger, denial, blame, difficulty accepting the death, feeling one has lost a part of one's self, an inability to experience positive mood, emotional numbness, difficulty in engaging with social or other activities). The grief response has persisted for an atypically long period of time following the loss (more than 6 months at a minimum) and clearly exceeds expected social, cultural or religious norms for the individual's culture and context. Grief reactions that have persisted for longer periods that are within a normative period of grieving given the person's cultural and religious context are viewed as normal bereavement responses and are not assigned a diagnosis. The disturbance causes significant impairment in personal, family, social, educational occupational or other important areas of functioning.

Figur 1. ICD-11 diagnosekriterier for vedvarende sorglidelse.



Figur 2. Komplisert sorg som paraplybegrep (L. Larsen et al., 2018, s. 19).

eller egentlig mulig (e.g. Køster et al., 2018, Prigerson et al., 2021, Wakefield, 2012). Sorg blir helt enkelt definert som reaksjonen som følger dødsfallet av en nærstående (Dahl & Løvlie, 2018), men forstås samtidig som noe mer komplekst i og med at den berører store eksistensielle tema som liv, død og kjærlighet (Køster et al., 2018). Her tas det som utgangspunkt at sorg er en allmennmenneskelig erfaring og egentlig en sunn del av det å være menneske (O'Connor, 2020, s. 265), for de som elsker noen, vil det å bli etterlatt som regel føre til en smertefull opplevelse. Som sådan er sorg som fenomen et viktig og mangefasettert anliggende for de aller fleste og regnes som noe så fundamentalt at enkelte argumenterer for at

det er den eldste menneskelige følelsen vi har historisk vitnesbyrd om (Brinkmann, 2018a). Den faglige uenigheten vedrører hvorvidt dette eksistensielt betydningsfulle fenomenet rettmessig kan reduseres til et én-dimensjonalt spørsmål om helse og mestringsevne, eller om en slik medisinsk tilgang neglisjerer helt avgjørende dimensjoner ved sorgfenomenet.

Selv om reaksjonen på tap er en grunnleggende menneskelig erfaring, kan den i visse tilfeller ta en form som beskrives som sykkelig. Forståelsen av sorg som psykisk lidelse beror på en kulturell og faglig konsensus om hva sorg og sykdom innebærer, og opererer med et skille mellom normal – om enn smertefull – sorgreaksjon og sorgreaksjoner av en mer

komplisert eller patologisk art (jf. O'Connor, 2020). Denne grenseoppgangen mellom syklig og normal sorgreaksjon har blitt tematisert siden tidlig på 1900-tallet (Granek, 2010). Det kliniske perspektivet på sorgfenomenet har endret seg over tid, for eksempel ved at tapserfaringer i tidligere utgaver av de offisielle diagnosemanualene har fungert som kriterier *imot* diagnostisering av klinisk depresjon. Dette står i klar kontrast til dagens innføring av VSL som antyder at tapserfaringer kan være patologiske i seg selv (Bale & Bondevik, 2017). Utviklingen skyldes til dels at sorgen er blitt omgjort til en entitet som rettmessig fortjener psykologisk teoretisering og undersøkelse, det vil si et "psykologisk objekt" (Granek, 2010). Med dette utgangspunktet har man kunnet undersøke sorgen som potensiell psykisk sykdom.

WHO's vedtak om sorg som diagnostiserbar lidelse forutsetter at sorg som et psykologisk objekt med fordel kan distingveres som patologisk eller ikke-patologisk basert på en klinisk vurdering av tilfellet. Sorg forstås følgelig som en konkret mestringsmekanisme, en mer eller mindre hensiktsmessig måte å bearbeide tapet av en nærstående på (L. Larsen et al., 2018, jf. Dahl & Løvlie, 2018). Psykiatiseringen av sorg er imidlertid et definisjonsmessig komplisert område, og WHO's endelige kategoriseringer er derfor en sammenfatning av et teoretisk heterogent felt (jf. Killikelly & Maercker, 2017, Prigerson et al., 2009). Standardkategoriseringen (e.g. L. Larsen et al., 2018, se figur 2) utskiller *kompliserte sorgreaksjoner* som et paraplybegrep for tilfeller hvor sorgreaksjonen overordnet ses som kilden til kliniske symptomer. *Patologisk sorg* konseptualiseres som ett av flere mulige symptombilder som kan komme til uttrykk som underkategori av kompliserte sorgreaksjoner. I ICD-11 diagnostiseres patologisk sorg nærmere bestemt under betegnelsen *vedvarende sorglidelse* og distingveres fra nærliggende psykiske lidelsesuttrykk som depresjon. Ulikheten fremkommer av kriteriene for diagno-

sen da disse gjelder spesielt for sorglidelse (se figur 1). Patologisk sorglidelse karakteriseres av en rekke smertefulle erfaringer relatert til den avdøde, såsom intens lengsel og separasjonsangst. Disse skal ha vart i en atypisk lang periode og som minimum seks måneder. Lidelsesuttrykket som VSL søker å innramme, synes med andre ord å være både av patologisk karakter og samtidig en distinkt psykisk lidelse (Prigerson et al., 2021). I ICD-11 har klinisk nytteverdi forrang, og derfor er det særlig disse to aspektene som fremheves i sammenheng med diagnosens legitimitet (Killikelly & Maercker, 2017, s. 4). Fra klinisk hold fastholder man derfor at konseptualiseringen av en distinkt diagnose for patologisk sorg bidrar som det vesentligste til å oppfange lidelseserfaringer som per i dag ikke har en tilfredsstillende formulering.

Selv om det er bred enighet om at sorg kan ha inngripende og smertefulle virkninger på de etterlatte, har flere fagpersoner gitt uttrykk for at en diagnostisk tilnærming ikke nødvendigvis hverken er legitim eller rettmessig, og at den dessuten kan bidra til ugunstige måter å forholde seg til lidelsen på (e.g. Wakefield, 2012). Bakgrunnen er at psykiatiske forståelser av menneskets sinnsliv har fått tiltagende innpass og aksept i våre dagligliv. Denne utviklingen problematiseres med henvisning til potensielle følgevirkninger, ofte formulert i vendinger som *patologisering av normalitet* og *tingliggjøring av mennesker* (som beskrevet i Madsen, 2017c). Slike kritiske perspektiver anser bredt forstått diagnoser og psykiatiske føringer som ovenfra-ned sykeliggjøring av alminnelige menneskelige lidelsesuttrykk. Den typiske kritikken av sorgdiagnosen deler aspekter av denne oppfattelsen og problematiserer hvorvidt sorgen som fenomen bør være noe psykiatere skal ha ansvar for (e.g. Brinkmann, 2018a, Wakefield, 2012). Overordnet sett fremsetter kritikken mot VSL at sorgens kulturelle og eksistensielle dimensjoner blir oversett når sorgen patologiseres, og anser

følgelig diagnosen VSL som uhensiktsmessig reduksjonistisk (jf. Køster et al., 2018).

### Kulturpsykologisk vinkling

Artikkelens problemstilling om hvorfor sorg er aktuell for psykiatrisk diagnostisering, lar seg best besvare innenfor en kulturpsykologisk ramme. Ut fra denne kan man undersøke de tekniske og sosiopolitiske funksjonene av en diagnose og hva som aktualiserer akkurat denne tilnærmingen i dagens samfunn. En viktig kulturpsykologisk antakelse er at mennesket er innleiret i og uatskillelig fra sin sosiale og historiske kontekst (Brinkmann, 2018b). Antakelsen er teoretisk avgjørende og skiller den kulturpsykologiske retningen fra den mer individorienterte strømningpsykologien som understøtter blant annet klinisk psykiatri. Idéhistorisk følger man arven fra Hegel og Marx, herunder oppmerksomheten på det dialektiske samvirket mellom mennesket og omgivelsene. I forlengelse av dette forstås også psykiske lidelsesserfaringer som *'embodied experiences'* (Smail, 2005) hvor uttrykket tar form og verdi fra de lokale ordene de blir agert i. Opplevelsen er riktig nok biologisk forankret og foregår avgrenset i individers opplevelsesverden, men dette er blott betingelser for selve lidelsesserfaringen (Brinkmann, 2018b). Faktisk distingerer kulturpsykologien mellom (typisk nevrobiologiske, jf. Rosenberg & Videbeck, 2018) *forutsetninger for å uttrykke angst*, og selve *angstuttrykket*. Førstnevnte søker å utskille prosessene som leder hen til lidelsens manifeste uttrykk, mens sistnevnte er orientert omkring de normative forutsetningene for å forstå et lidelsesuttrykk på en særlig måte (herunder psykiatrisk, Brinkmann, 2016). Grunnleggende setter det kulturpsykologiske perspektivet fokus på hvorfor en lidelsesserfaring antar en særlig form, og betrakter behovet for diagnoser som resultatet av større bevegelser i kultur og samfunn.

### Hvorfor er det aktuelt å snakke om sorg som en diagnose?

Psykiatriske lidelsesserfaringer gir inngripende utslag på personlig velbefinnende og er derfor et høyaktuelt politisk og økonomisk anliggende (WHO, 2002). En rekke estimater tegner betydelige omkostninger knyttet til håndtering av psykisk uhelse – både direkte (e.g. behandlingsutgifter, OECD & European Union, 2018) og indirekte (e.g. via tapte aktive arbeidsår, Øverland et al., 2011). Byrden av psykisk sykdom aksentuerer behovet for politisk fokus på og investering i behandling av lidelsene. I samfunn som prioriterer håndtering av psykiske lidelsesserfaringer har diagnosene derfor en selvfølgelig posisjon med stor forklaringskraft (Dahl & Løvlie, 2018). Faktisk kan man mene at i senmoderne vestlige samfunn har den psykiatriske lidelsesforståelse med tiden fått forrang i forståelsen av de fleste menneskelige problemer (Brinkmann & Petersen, 2015). Enkelte har således hevdet at vi lever i en *diagnosekultur* (Brinkmann, 2016): Psykiatriske diagnoser viser seg i alt fra epidemiologiske undersøkelser og organisering av sykefraværsordninger til populærkulturelle fremstillinger av 'annenhet' og måten man taler om negativ affekt på. Altså er psykiatriske diagnosers anvendelighet ikke begrenset til kliniske formål, men gjelder også i sosiopolitiske spørsmål og for menneskers forståelse av seg selv og andre.

Til tross for diagnosenes sentrale betydning understreker ikke desto mindre den amerikanske psykiatriske forening (APA) at den diagnostiske forståelsen av psykisk lidelse likevel ikke kan sies å egentlig være basert på konsistente, sterke og objektive vitenskapelige valideringer av de individuelle forstyrrelsene (APA, 2013, s. 5). Psykiatriske diagnoser synes heller å fungere som en pragmatisk gestaltung av *behandlingskrevende lidelse* (jf. Slade, 2009). Den psykiatriske diagnosen fungerer som et bevis fra profesjonelle om medisinsk relevant lidelse (Thyssen, 2010) og tegner i kraft av dette hvilke lidelsesuttrykk man som kli-



niker og samfunn anser som behandlingsskrevende. Diagnosen blir praktisk talt inngangen til hjelpeforanstaltninger (Vestergaard, 2018) samtidig som den i seg selv fungerer som et klinisk verktøy for behandleren (Rose, 2015). Mangler det en diagnostisk sykdomsbeskrivelse, vanskeliggjøres en adekvat og forsvarlig behandling. Denne åpenbart pragmatiske funksjonen tilskriver diagnosene en anvendelighet som – med den sosiopolitiske aksent in mente – er relevant for både leger, brukere og samfunn som helhet (Perkins et al., 2018).

Diagnosens pragmatiske gestaltning av behandlingsskrevende lidelse synes altså å tilfredsstillende to særlig sentrale behov i samfunn som investerer i psykisk helse: Det politiske behovet for håndtering av besværlige lidelseserfaringer, og det individualpsykologiske behovet for å bli imøtekommet i sine lidelsesopplevelser. Betydningen av en diagnose kan følgelig være ganske annerledes for klinikerne enn for pasienten og forsikringsselskapet. Diagnosenes funksjon kan følgelig fungere som et instrument (eller argument) for behandling (Saxtrup & Petersen, 2018) og muliggjør en slags forhandlingssituasjon (Mik-Meyer, 2015). Veldig få psykiske lidelseskategorier kan i forveien valideres med definitive objektive målinger (jf. APA, 2013), og fastholder derfor en kvasi-fenomenologisk formel. Ettersom denne beror på hvordan lidelsen kommer til uttrykk, blir den subjektive lidelsesdimensjonen omdreiningspunkt for medikaliseringen av et gitt lidelsesfenomen. Lidelser som ikke har definitiv sykdomsforklaring (i.e. er uegnet for egentlig diagnostisering), drives derved til medikalisering ut fra pasientgruppens erkjennelse av behandlingsskrevende lidelse eller ønske om å bli betraktet som “ekte syk” (Mik-Meyer, 2010, 2015). Psykiatriske diagnosers meningsinnhold er i den forstand grunnleggende demokratisert (Saxtrup & Petersen, 2018), og diagnosens funksjon hviler på denne forutsetningen.

Med sorg som en avgjort lidelsesfull ople-

velse er det nærliggende å betrakte fenomenet som et potensielt klinisk anliggende. Rasjonalt bak medikaliseringen av sorg ligger som nevnt i å skulle innramme patologiske lidelseserfaringer, og sorg utgjør i den sammenheng en potensiell patologi (Prigerson et al., 2009). Det patologiske sorguttrykket ved VSL er imidlertid ikke kvalitativt forskjellig fra ‘normal’ sorg. Det er stadig vekk sorguttrykket som kjenner tegner den diagnostiske beskrivelsen til VSL, og hvorvidt denne overskrider en grenseverdi. Derfor er det medikaliseringen av *selve sorgen* (Jacobsen & Petersen, 2018) som utgjør grunnstenen i diagnosen. Forskning på individnivå har vist at sorgerfaringer oppleves ambivalent, som på grensen mellom noe eksistensielt og dypt autentisk, og som en besværlig og smertefull helbredsutfordring (Kofod, 2017). Det vil si at forestillingen om den sykelige sorgen er tilgjengelig i befolkningen og hos de etterlatte, men denne oppfatningen er ikke den eneste måten man forstår og fortolker sorgerfaringen på. Likevel vil formaliseringen av en sorgdiagnose etter alt å dømme forsterke den fenomenologiske opplevelsen av sorgens plassering på et sykdomsspekter. Som Kofod (2017, s. 170) poengterer: “when grief is pathologized, it does not necessarily mean that it is transformed from a shared human condition to a pathological exception, but rather, that pathological grief is turned into a potential risk for all grievors”. WHO’s diagnose anerkjenner at dimensjonen ‘god helse’ inngår i sorgerfaringen, og etablerer samtidig sorg som en risikopatologi. Dette kan ha fremmedgjørende implikasjoner ettersom sorgerfaringer reduseres til enkle helse spørsmål. Likevel blir sorgdiagnosen fremsatt i en diagnosekultur som har funnet legitimitet og gjenklang i befolkningen, og problematikken er derfor neppe fremprovosert av en illegitim sykeliggjøring av normal menneskelig smerte. VSLs gjenklang må derimot ses som indikativ på en allerede eksisterende tankegang om risikopatologi som en naturlig dimensjon ved psykiske lidelseserfaringer, herunder sorg. I dette

henseende er det derfor ikke oppsiktsvekkende at enkelte former for sorglidelse får en diagnose. Spørsmålet er hvis interesser diagnosen primært imøtekommer.

### Hvorfor er det aktuelt med en diagnose for sorg nå?

Som utgangspunkt kan man ikke fra et opphøyet teoretisk perspektiv avgjøre om en form for patologisering er fruktbar eller ikke (Madsen, 2017b). Hva som defineres som sunt og usunt er en 'kampstone' som ikke styres av medisinsk hegemoni, men påvirkes av politiske og moralske interesser (Jensen, 2010, L. T. Larsen, 2021). Det mest toneangivende eksempelet på dette er avmedikaliseringen av homoseksualitet som først ble fullstendig fjernet fra diagnosemanualene i 1987 med DSM-III-R (Drescher, 2015). Som følge av den formelle endringen ble det illegitimt å betrakte seksuell tiltrekning til en person av samme kjønn som sykdom. Avmedikaliseringen av homoseksualitet illustrerer hvordan diagnoser og psykopatologier ikke innehar noen statiske essenser, men utgjør mål som endrer seg som følge av selve forsøket på å beskrive, klassifisere og interagere med dem (Brinkmann, 2010, s. 282). Når sykdomskategorien sorg oppstilles og formaliseres nesten 30 år etter WHO's forrige diagnosemanual, skjer dette på bakgrunn av den kulturhistoriske konteksten. Uten å egentlig ta stilling til hvorvidt denne patologiseringen er fruktbar eller ikke, bør man fastholde og ta utgangspunkt i at den moralske verdien som tilskrives sorgens lidelsesuttrykk, er å betrakte som et politisk anliggende (Madsen, 2017c).

Når sorg formuleres som en diagnose, fremmes en tidstypisk terapeutisk orientering (e.g. Hansen et al., 2020): Fordi sorg er en psykisk lidelse hos enkelte, så både *kan*, *bør* og *skal* man som psykolog sikte mot å behandle tilfellet som sådan. Dette terapeutiske motivet bærer preg av en særlig målsetning om å redusere lidelseserfaringer qua individets helse-tilstand, der diagnosenes myndighet og makt

er det viktigste virkemiddelet for å realisere intervensjonen. Forherligelsen av behandling utgjør kjernen av senmoderne terapeutiske kulturer (Madsen, 2017a). Her fungerer *helse* som en superverdi, og (psykiske) lidelseserfaringer står i både fenomenologisk og praktisk konflikt med verdien av å være et friskt og raskt menneske. Sykdomsforklaringer finner man derfor hovedsakelig i vurderinger av funksjonsnedsettelse og tidshorizont (jf. Køster et al., 2018). Det terapeutiske motivet innebærer dermed at helsebegrepet og verdien av god helbred i siste instans dikterer hvorvidt en lidelseserfaring skal gestaltes som reelt behandlingsskrevende.

Det terapeutiske blikket på menneskelig lidelse er dog kontingent og avhenger av den politiske konteksten (jf. Madsen, 2017b). Individets helse og funksjonsevne er avgjørende omdreiningspunkt i nyliberalistiske samfunn som faktisk ses sammenfallende med terapeutiske og diagnoseorienterte tendenser (Brinkmann, 2008, Madsen, 2017a, Rose, 1996). Enkeltindividets autonomi og kulturelle frisetelse er en hjørnestein i den nyliberalistiske utviklingen, og et optimalt fungerende individ følger her imperativer som 'regjer deg selv!' (Brinkmann, 2008, Jørgensen, 2002). Med referansepunkt i en slik subjektivitet blir også nettopp psykologiske begreper som 'fleksibilitet', 'resiliens' og 'selvregulering' høyaktuelle. Psykologien som vitenskapelig instans er dermed sentral i utformingen av de nyliberalistiske samfunn (Danziger, 1997), og følgelig er det ikke uvanlig å se individualpsykologiske føringer i institusjonaliserte policyer om alt fra livslang læring til *human resourcing* (Cornford, 2002, Dye & Myrvang, 2019). I en slik politisk kontekst legges det et ansvar på den sørgende som både forstås og formuleres som individualpsykologisk. Smerten blir et mestringsspørsmål, og mestringen baserer seg på en nyliberalistisk formaning om fleksibilitet. I senmoderne samfunn vil sorg som lidelsesuttrykk opplagt komme i konflikt med kravene til et psykologisk velfungerende menneske.

Sorgerfaringer plasserer seg altså i et tan-

kevekkende kryss mellom på den ene siden å være knyttet til en autentisk eksistensiell problemstilling, og på den andre siden å bli møtt med krav om mestring for å optimalisere seg selv som samfunnsborger. VSL bidrar til at opplevelsen får et medikalisert begrepsapparat å kommunisere ut fra som dessuten resonnerer med de kulturelle rammebetingelser som ser sorgfenomenet som et helbredsspørsmål. Diagnosen tilbyr forklaringer på ellers smertefulle og problematiske opplevelser, nå forstått som *symptomer*, og fordi diagnosene har en utbredt funksjon og aksept i samfunnet, er det nærliggende å se til denne som en “tilgjengelig fortolkningsramme” (jf. Nielsen, 2015). Følgelig vil også sørgende som ikke nødvendigvis ser sin lidelse som sykkelig, kunne bruke et kvasi-diagnostisk språk om sin opplevelse (jf. Brinkmann, 2016) der de kliniske symptombeskrivelsene anvendes for å navngi lidelseserfaringer. Sorgens forklaringsmodell er således grunnet i de samme forutsetningene som plasserer sorgen på et sykdomsspekter, også selv om denne anvendes i sammenhenger hvor man forholder seg kritisk til diagnostiseringen (jf. Kofod, 2017, Nielsen, 2015).

Når myndigheter vedtar gjennomgripende politiske målsetninger såsom “helse i alt vi gjør” (WHO, 2014, jf. Folkehelseoven, 2011), blir (psykiatriske) diagnoser viktige redskaper for å imøtekomme disse kulturelle føringene om psykisk velbefinnende. Slike vedtak er en *materialisering* (jf. Smail, 2005) av det underliggende terapeutiske motivet som aktualiserer og forsterker interessen for gestaltung av psykisk lidelse som behandlingssøkende. Dette er fordi de terapeutiske motivene nå blir utgangspunkt for lidelseserfaringens funksjon, i stedet for å kun være en normativ veileder. Med den psykiatriske diagnosen tilbys følgelig utvetydige beskrivelser av opplevelser som i flere tilfeller faktisk er ambivalente. Denne prosessen er egentlig aldri illegitim, men likevel blir diagnosen løsningen på en politisk vektlegging av helse som altomfattende. Kontroversen om-

kring sorgdiagnosen kan lokaliseres heri, da dette antyder at en diagnose for patologisk sorg først og fremst er mulig gjort og fremprovosert av diagnosens funksjon i samfunn hvor helse står som imperativ.

### Diskusjon

Hvis vår analyse er korrekt, kan man si at det er et grunnleggende politisk, men samtidig bredt akseptert terapeutisk motiv som driver sorgreaksjoner til psykiatrisk diagnostikk. Diagnosen blir her middelet som fullender motivet. I stedet for å snakke om legitimiteten til diagnosen må formaliseringen av VSL anerkjennes for å favne om både det politiske behovet for å håndtere den helbredsutfordringen som kan vise seg ved sorgreaksjoner, og også det psykologiske behovet de sørgende har for å bli imøtekommet i sin lidelse. Når sorg nå gis status som diagnose, er det riktig nok en oppsiktsekkende utvidelse av kategorien behandlingssøkende lidelseserfaringer, men ikke desto mindre muliggjør dette målrettet intervensjon i reelle psykiske lidelsesuttrykk. Det problematiske ved å anse sorg som sykkelig må ses relativt til diagnosens kliniske nytteverdi. I denne avgrensede diskusjonen synes det avgjort at nytteverdien trumfer (Killikelly & Maercker, 2017, Prigerson et al., 2021). Likevel er denne diagnosens funksjon utvilsomt kulturelt betinget og åpner for en kritikk av hva diagnosen er en ‘løsning’ på, samt hva diagnosens mandat baserer seg på. Herved reises sentrale problemstillinger som har både praktiske og etiske/politiske konsekvenser.

For det første reiser VSL spørsmålet om hvorvidt et desidert *behandlingssamfunn* er ønskelig. Den psykiatriske diagnosens gestaltung av behandlingssøkende lidelse bygger på det terapeutiske motivet om optimal helse og behandling. Dens pragmatiske funksjon forlanges til policyer om helse i alt vi gjør, hvor helsebegrepet for øvrig betegner en idealistisk tilstand av fullstendig velvære (L. T. Larsen, 2021). Lidelsesfenomener behøver imidlertid ikke forstås utelukkende som helbredsutfor-



dringer. Sorgfenomenet er et innlysende eksempel på dette, og likevel synes det å være opptil flere – ikke kun kliniske – grunner til å anse sorgen som særlig oppmerksomhetstrenkende. For eksempel kan det tenkes at måten å se visse sorgreaksjoner på som “kompliserte”, bidrar til overblikk og orden i et lidelsesbilde som ellers kan være vanskelig å akseptere, blant annet for de sørgendes nærmeste pårørende (Walter, 2006). Alternative forståelser mister imidlertid relevans og legitimitet med fremveksten av det psykiatriske vokabularet om lidelse (Brinkmann, 2014). Videre bidrar det terapeutiske motivet til en endring i måter å tenke om psykisk lidelse på som individets psykologiske byrde og ansvar. Denne *psykologiseringen* er gagnlig på kort sikt i og med at man kan iverksette tiltak omkring individuell *coping*-evne (jf. Hansen et al., 2020). Risikoen er derimot at man underkjenner eller også aktivt opprettholder status quo og faktiske patologiserende samfunnsbetingelser som ikke er begrenset til diskusjonen om VSL (Madsen, 2013, 2015). Man kan diskutere om fordelene ved utviklingen mot behandlingssamfunn oppveier ulempene, men overveielser er i alle tilfeller betydningsfull. Bevissthet og refleksjon omkring de politiske undertonene ved vitenskapelig psykologi behøver ikke undergrave faglig praksis, men synes heller ikke å være irrelevant (for videre diskusjon se Parker, 2007).

For det andre kan man stille spørsmål om den psykiatriske diagnosen er adekvat ‘katalysator’ for behandlingsmotivet. Som beskrevet tidligere, foreligger en betydelig skjevhet mellom diagnosenes makt og deres nosografiske validitet. Dette er et teknisk spørsmål som utfordrer det pragmatiske poenget med å innføre en diagnose. Problemet har blitt imøtekommet av alternative diagnostiske tilganger. Herunder har det blitt foreslått å innskjerpe fokus på biologiske markører og således føre psykiatrien nærmere somatikken (med *Research Domain Criteria* som den mest markante bidragsyteren, Cuthbert & Insel, 2013). Andre har igjen vur-

dert avpatologisering og non-diagnostiske forståelser som veien frem (Johnstone & Boyle, 2018). Dog havner ofte diskusjonen i en debatt om hva psykisk lidelse egentlig er (Markova & Berrios, 2012, Rose et al., 2021, Rosenberg, 2016). Man kan derfor innvende at denne teoretiske diskusjonen også må kunne romme det presserende behovet for aktuell helsefasiliterende arbeid. Et tredje perspektiv vil være å legge vekt på interesser i psykiatrisk diagnostisering og lede oppmerksomheten i retning av *hvem det tjener å sette diagnosen* (Smail, 2005, jf. Madsen, 2017b). Dette perspektivet oppfanger de mange vitenskapelige mangler ved dagens psykiatriske diagnoser samtidig som det anerkjenner diagnosenes verdi. Ved å sette interesse i fokus kan funksjonalitet både fungere som argument og kritikkpunkt. Dette kan bane vei for en måte å tenke på og skrive om psykiatriske diagnoser på som også inkorporerer tekniske og etiske/politiske problemstillinger og argumenter.

Når vi reiser disse spørsmålene, formoder vi en enighet og delt målsetning om å fange opp dem som opplever alvorlig sorglidelse. Antakeligvis er situasjonen i dag at en rekke mennesker i risikogruppen for VSL ‘feildiagnostiseres’ som deprimerte eller faller ut av systemet i mangel av en tilfredsstillende diagnose (Kristensen, 2013, L. Larsen et al., 2018). Diagnosen vil derfor i rent klinisk forstand høyst sannsynlig kunne fange opp en rekke sørgende med reelt behov for hjelp, og med tiden vil den kunne veilede hensiktsmessig intervensjon. Samtidig mener vi at de bevegelser som underbygger VSL, må anskues kritisk. Man må for eksempel overveie hvilke konsekvenser det vil få når flere instanser adapterer den diagnostiske forståelsen av sorg. Hvordan vil sykefraværsordninger og forebyggende innsats utformes, og hvordan vil det påvirke måten man nærmer seg sorg som medmenneske og fagkyndig? Hvis en faktisk sorgpatologi etableres, hvordan forholder man seg til det som arbeidsgiver? Forebygging vil kunne rette seg mot risikogrupper,

men hvis sorg defineres som risikopatologi, kan det tenkes at innsatsen vil inngå som en del av generell livsmestring. Endringen mot å se sorgen som noe individet skal mestre og psykologer skal beskjeftige seg med, er i alle tilfeller en psykologisering av fenomenet. Følgelig må denne utviklingen også ses i sammenheng med den kontroversielle psykologiseringen av sinnslivet for øvrig (Madsen, 2015, 2017a, Parker, 2007), som grunnleggende drevet av interesser og makt. De endelige konsekvensene av denne kommende diagnosen for sorg vil man naturlig nok ikke se før i ettertid.

### Konklusjon

Sorg er en almen lidelseserfaring som på den ene siden utgjør en meningsfull smerteopplevelse, og på den andre siden oppleves som inngripende og til tider uutholdelig. Diagnosen VSL er et hensiktsmessig middel for å imøtekomme de lidelsesopplevelser som overvelder enkelte. Oppstillingen av en sorgspesifikk symptomatologi er likevel kontroversiell. Helbredsforståelsen av psykiske lidelsesfenomener er kulturelt betinget og forutsetter formulering av lidelsesopplevelser gjennom medikaliserte grunntermer. Verdien av god helse dikterer hvorvidt en lidelseserfaring skal anses som behandlingskrevende, og politiske initiativer og investering i psykisk helse styrker brukbarheten av de psykiatriske diagnosene. Selv om en diagnose for patologisk sorg følgelig viser en faglig progresjon, er faren at man under spiller hvordan ulike interesser har aktualisert sorg som psykiatrisk diagnose i første omgang. Artikkelen har argumentert for at det er i denne nyansen kontroversen om sorgdiagnosen ligger, og fremhever terapeutiske kulturer, psykologisering og diagnosenes funksjonalitet som sentrale omdreiningspunkter for videre kritikk.

### Referanser

American Psychiatric Association (Red.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental dis-*

*orders: DSM-5* (5. utg.). American Psychiatric Association.

- Bale, K. & Bondevik, H. (2017). Sorg i diagnosekulturen. Mellom symptombeskrivelse og literært uttrykk. I H. Bondevik, O. J. Madsen & K. N. Solbrække (Red.), *Snart er vi alle pasienter. Medikalisering i Norden* (s. 289-323). Spartacus forlag.
- Brinkmann, S. (2008). Changing psychologies in the transition from industrial society to consumer society. *History of the Human Sciences*, 21(2), 85-110. <https://doi.org/10.1177/0952695108091412>
- Brinkmann, S. (2010). Patologiseringens former: En kartografi over nutidens patologiseringsprosesser. I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnostiserte liv – Sygdom uden grænser* (s. 273-285). Forlaget Klim.
- Brinkmann, S. (2014). Languages of suffering. *Theory & Psychology*, 24(5), 630-648. <https://doi.org/10.1177/0959354314531523>
- Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic Cultures*. Routledge.
- Brinkmann, S. (2018a). *Det sørgende dyr: Om sorgen, selvet og samfundet*. Forlaget Klim.
- Brinkmann, S. (2018b). *Persons and their minds: Towards an integrative theory of the mediated mind*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Brinkmann, S. & Petersen, A. (2015). Diagnoser i samtiden: En introduktion. I S. Brinkmann & A. Petersen (Red.), *Diagnoser – Perspektiver, kritikk og diskussion* (s. 7-16). Forlaget Klim.
- Cornford, I. R. (2002). Learning-to-learn strategies as a basis for effective lifelong learning. *International Journal of Lifelong Education*, 21(4), 357-368. <https://doi.org/10.1080/02601370210141020>
- Cuthbert, B. N. & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11(1), 126. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
- Dahl, A. A. & Løvlie, A. (2018). *Psykiske lidelser – Forståelse, diagnostikk og juss*. Universitetsforlaget.
- Danziger, K. (1997). *Naming the mind: How psychology found its language*. Sage Publ.
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565-575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>

- Dye, A. H. & Myrvang, R. (2019). Vesentlig arbeid, vesentlig satsning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(9), 674-677.
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Granek, L. (2010). Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present. *History of Psychology*, 13(1), 46-73. <https://doi.org/10.1037/a0016991>
- Hansen, J. Ø., Brandser, T. A. & Thimm, J. C. (2020). Behandling av komplisert sorg – En systematisk oversikt og metaanalyse av randomiserte kontrollerte studier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(1), 18-27.
- Jacobsen, M. H. & Petersen, A. (2018). Sorgens socialitet – En sociologisk kommentar til psykologiseringen og medikaliseringen af menneskelige følelser. *Psyke & Logos*, 39(1), 55-73.
- Jensen, U. J. (2010). Patologisering og kampen om sygdomsbegrebet. I S. Brinkmann, *Det diagnosticerede liv – Sygdom uden grænser* (s. 113-132). Forlaget Klim.
- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D. J., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. British Psychological Society.
- Jørgensen, C. R. (2002). *Psykologien i senmoderiteten*. Hans Reitzel.
- Jørgensen, C. R. (2015). Psykiatrisk diagnostik i dynamisk psykologisk lys. I S. Brinkmann & A. Petersen (Red.), *Diagnoser – Perspektiver, kritik og diskussion* (s. 291-318). Forlaget Klim.
- Killikelly, C. & Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1476441. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441>
- Kofod, E. H. (2017). Parental grief after infant loss: Grief as a Normative Practice. *The PhD Series of the Faculty of the Humanities*, Aalborg University. <https://doi.org/10.5278/VBN.PHD.HUM.00081>
- Kristensen, P. (2013). Sorg som diagnose. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(8), 856-858. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0005>
- Køster, A., Kofod, E. H., Winther-Lindqvist, D., Brinkmann, S. & Petersen, A. (2018). Kulturelle og eksistentielle perspektiver på sorg og tabserfaringer. *Psyke & Logos*, 39(1), 37-54.
- Larsen, L., Lauritzen, L. R. & O'Connor, M. (2018). Kompliceret sorg og vedvarende sorglidelse – Begrebsmæssig adskillelse og sammenhæng. *Psyke & Logos*, 39(1), 15-37.
- Larsen, L. T. (2021). Not merely the absence of disease: A genealogy of the WHO's positive health definition. *History of the Human Sciences*, 1-21. <https://doi.org/10.1177/0952695121995355>
- Madsen, O. J. (2013). Doing Critical Psychology in a State of Affluence. *Critical Psychology in Changing World*, 756-764.
- Madsen, O. J. (2015). Psychotherapists: Agents of change or maintenance men? I I. Parker (Red.), *Handbook of critical psychology*. Routledge.
- Madsen, O. J. (2017a). *Den terapeutiske kultur* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2017). Medikaliseringens begrebet kolonisering av forskerverden. I H. Bondevik, O. J. Madsen & K. N. Solbrække (Red.), *Snarter vi alle pasienter. Medikalisering i Norden* (s. 25-62). Spartacus forlag.
- Madsen, O. J. (2017c). Diagnosenes makt over sinnene: Refleksjoner om diagnoser og diagnosekritikkens mangler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(01), 25-41. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-04>
- Marková, I. S. & Berrios, G. E. (2012). Epistemology of Psychiatry. *Psychopathology*, 45(4), 220-227. <https://doi.org/10.1159/000331599>
- Mik-Meyer, N. (2010). Min helt egen sygdom – Forhandling af sygdomsidentitet. I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnosticerede liv – Sygdom uden grænser* (s. 254-272). Forlaget Klim.
- Mik-Meyer, N. (2015). The social negotiation of illness: Doctors' role as clinical or political in diagnosing patients with medically unexplained symptoms. *Social Theory & Health*, 13(1), 30-45. <https://doi.org/10.1057/sth.2014.15>
- Nielsen, M. (2015). ADHD: Når følelser og reaktioner bliver symptomer på en diagnose. I S. Brinkmann & A. Petersen (Red.), *Diagnoser –*

- Perspektiver, kritik og diskussion* (s. 207-228). Forlaget Klim.
- O'Connor, M. (2020). Sorg som diagnose. *Månedsskrift for almen praksis*, (April), 265-272.
- OECD & European Union. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)
- Parker, I. (2007). *Revolution in psychology: Alienation to emancipation*. Pluto Press.
- Perkins, A., Ridler, J., Browes, D., Peryer, G., Nottley, C. & Hackmann, C. (2018). Experiencing mental health diagnosis: A systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 747-764. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30095-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30095-6)
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V. & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-REVISED (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106. <https://doi.org/10.1002/wps.20823>
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B. & Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Rose, N. (1996). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*. Cambridge University Press.
- Rose, N. (2015). Hvad er diagnoser til for? I S. Brinkmann & A. Petersen (Red.), *Diagnoser – Perspektiver, kritik og diskussion* (s. 17-36). Forlaget Klim.
- Rose, N., Birk, R. & Manning, N. (2021). Towards Neuroecosociality: Mental Health in Adversity. *Theory, Culture & Society*, 0(0), 1-24. <https://doi.org/10.1177/0263276420981614>
- Rosenberg, R. (2016). *Psykiatriciens grundlag: Historie, filosofi og videnskab*. Aarhus Universitetsforlag.
- Rosenberg, R. & Videbech, P. (2018). *Klinisk neuropsykiatri* (3. utg.). FADL's forlag.
- Saxtrup, N. & Petersen, A. (2018). Hvem ejer diagnosen? *Ugeskrift for læger*. <http://ugeskriftet.dk/bfl/hvem-ejer-diagnosen>
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Smail, D. J. (2005). *Power, interest and psychology: Elements of a social materialist understanding of distress*. PCCS Books.
- Thyssen, O. (2010). Jens Vejmand på rettigheder. I S. Brinkmann (Red.), *Det diagnosticerede liv* (s. 95-112). Forlaget Klim.
- Vestergaard, P. (2018). *Den moderne psykiatriens historie: Et essay om sindslidende i velfærdsstaten*. Aarhus Universitetsforlag.
- Wakefield, J. C. (2012). Should Prolonged Grief Be Reclassified as a Mental Disorder in DSM-5?: Reconsidering the Empirical and Conceptual Arguments for Complicated Grief Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(6), 499-511. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182482155>
- Walter, T. (2006). What is Complicated Grief? A Social Constructionist Perspective. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 52(1), 71-79. <https://doi.org/10.2190/3LX7-C0CL-MNWR-JK-KQ>
- World Health Organization (Red.). (2002). *Mental health: New understanding, new hope*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Health in all policies: Helsinki statement, framework for country action*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf)
- Øverland, S., Knudsen, A. K. & Mykletun, A. (2011). Psykiske lidelser og arbeidsuførhet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 739-744.