

Å miste en pasient i selvmord

Eva Helen Svendsen

Å miste en pasient i selvmord er noe av det vanskeligste en behandler kan erfare. Jeg vil drøfte vanlige reaksjoner hos behandlere, og hvordan en kan ivaretas etter den tragiske hendelsen. Her vil jeg trekke inn egne erfaringer.

Behandleren har investert kunnskap, engasjement og tid i behandlingen av pasienten. Når selvmord skjer, er det ikke uvanlig å sitte igjen med sterke følelser av mislykkethet, tvil og skyld (Grad & Zavaskni, 1998). Som etterlatt kan en oppleve sinne, fortvilelse, skam og depresjon. Ens profesjonelle identitet kan føles truet eller krenket. Opplevelsen av å være skandalisert eller faglig mislykket kan bli sterk. Sammenligner man ulike studier av behandleres reaksjoner på pasienters selvmord, finner en gjennomgående de samme emosjonelle reaksjoner, som sjokk, sorg, skyld, skam, sinne, tristhet, angst, følelse av inkompetanse og svekket selvtilitt (Mehlum, 1999). Dette er selvsagt individuelle reaksjoner som vil variere fra behandler til behandler.

Et selvmord skjer ofte uventet, selv om behandleren har vurdert muligheten for selvmord eller vært redd for at det skulle skje. Den første reaksjonen kan nettopp være benekting av hele situasjonen, etterfulgt av angst, skyldfølelse, sinne og følelse av hjelpeløshet – både profesjonelt og personlig, fordi en ikke har vært i stand til å forebygge det meningsløse og tragiske. Det er naturlig å stille seg spørsmål om egen profesjonalitet, ansvarlighet og kompetanse. Terapeuten kan føle seg mislykket og ubrukbar; på en smertefull måte oppleves grensene for egen kunnskap og evne til å helbrede pasienter. En kan også oppleve sterk angst for hvilke reaksjoner pasientens etterlatte kan komme til å gi uttrykk for.

Selvmord blir gjerne betraktet som en hendelse som en skulle vært i stand til å forhindre. Som behandlere kan vi bli opptatt av at vi skulle gjort en bedre risikovurdering av den selvmordsnære pasienten, vi skulle tatt selvmordssignaler mer alvorlig, og skulle tatt bedre kontroll over situasjonen, for eksempel ved å bistå til innleggelse i sykehus (Lloyd, 1995).

Selv om det å arbeide med selvmordsnære pasienter innebærer risiko for at en opplever selvmord hos pasienten, mener Litman (1965) at terapeuter ikke reagerer særlig annerledes enn andre etter selvmord. Hvor sterk reaksjonen blir ser ut til å henge sammen med flere faktorer:

- Hvor langvarig og dyptgående forholdet mellom pasienten og terapeuten var.
- Hvor alvorlig risikoen for selvmord var.
- Hva den terapeutiske sammenhengen var, for eksempel sykehus- eller poliklinisk behandling.
- Hvorvidt behandleren fikk jevnlig veiledning eller ingen veiledning.
- Om terapeuten var alene om behandleransvaret, eller om det var flere teammedlemmer som delte på dette.
- Hva som var behandlerens forklaring på pasientens selvmord.
- Om behandleren var erfaren eller nybegynner.
- Hvilke tidligere erfaringer behandleren hadde med egne tap eller sorgopplevelser.

Chemtob og medarbeidere fant at 57 % av amerikanske psykiatere rapporterte det som et personlig traume når en pasient hadde tatt sitt eget liv (Chemtob, Bauer, Hamada, Pelowski, & Muraoka, 1988). I en undersøkelse Grad gjorde i Ljubljana fant en liknende resultater (Grad, 1999; Grad & Zavasnik 1998). Flertallet av terapeutene rapporterte følelser som tristhet, angst, skyldfølelse og rastløshet. Signifikant flere kvinnelige terapeuter hadde skamfølelse, skyldfølelse og en trang til å bli

trøstet. Flere av dem tvilte på sin egen profesjonelle kyndighet. Signifikant flere mannlige terapeuter fortsatte å arbeide som vanlig. Flertallet av terapeuter av begge kjønn rapporterte å ha snakket med kollegaer eller veiledere for å ventilere sine følelser. Når en sammenliknet svarene fra psykoterapeuter med tilsvarende svar fra allmennleger, var det flere likhetspunkter enn forskjeller. Likevel var det signifikant flere terapeuter enn allmennleger som rapporterte skyldfølelse etter pasientens selvmord, og de betrodde seg i større grad til veiledere enn hva allmennleger rapporterte å gjøre.

De emosjonelle påkjenningene kan sammenliknes med symptomer på utbrenthet, som mental, fysisk og emosjonell utmattelse, redusert motivasjon og profesjonell isolasjon. I enkelte tilfeller vil symptomene kunne tilsvare symptomer på posttraumatisk stresslidelse, men da ofte uten å oppfylle alle kriteriene for klinisk diagnostisering (Chemtob et al., 1988; Kleespies et al., 2000).

De vanskelige følelsene vil følge behandler videre etter hvert som en konfronteres med liknende situasjoner. I en undersøkelse la behandlerne etterpå opp til en mer omtenkstom behandling, var mer oppmerksomme når pasienten ga uttrykk for håpløshet og ble raskere til å legge inn på sykehus. Men en risiko her var at de kunne overreagerte og ta for mye ansvar fra pasienten (Goldstein & Buongiorno, 1984). Jeg har selv opplevd at følelsene rundt det å miste en pasient har fulgt meg i mitt arbeid, spesielt når jeg arbeider med pasienter som er alvorlig deprimerte og med sterk håpløshetsfølelse, og hvor selvmordsfaren er tilstede. Men jeg har også erfart at bearbejdede erfaringer har gjort meg tryggere og gitt meg ny innsikt og nye mestringsstrategier overfor denne pasientgruppen. Jeg er blitt mer direkte med hensyn til å spørre pasienten om selvmordstanker eller selvmordsplaner. Jeg er ikke lenger så redd for pasientens utholdelige smerte, men klarer i større grad å være til stede i smerten sammen med pasienten. Samtidig har jeg i større grad forsonet meg med at jeg ikke kan hjelpe alle pasientene mine, fordi det er umulig å ha fullstendig oversikt over et annet menneskes liv. Å behandle dypt deprimerte pasienter, men også andre pasienter preget av sterk håpløshetsfølelse, vil nødvendigvis innebære en risiko for at disse pasientene velger å ta sitt eget liv. Min oppgave er å gjøre det jeg kan for å hjelpe pasientene med å lindre og bearbejde den utholdelige smerten, slik at de kan velge å leve.

Hvordan ivareta behandlere

I en undersøkelse der behandlere ble spurt om hva som hadde vært til hjelp for dem etter at en pasient hadde tatt sitt liv, svarte flertallet at det avgjørende var å ha mulighet til å snakke om opplevelsene (Grad, 1999). Ved å snakke med mennesker som en stoler på og respekterer, kan behandlerens følelse av isolasjon reduseres. Selv opplevde jeg at veiledning og kollegial støtte i denne vanskelige situasjonen var svært viktig både faglig og personlig.

Det å dele egne erfaringer med kolleger, og å hjelpe dem med å takle liknende opplevelser, kan være til hjelp for egen bearbejding (Gitlin, 1999; Vråle, 1998). Mine erfaringer med hensyn til å bistå andre behandlere er positive og har vært til hjelp også for meg. Det er en god opplevelse å kunne hjelpe kolleger som er i en like sårbar og vanskelig situasjon som jeg selv har vært i.

Den mest emosjonelt belastende perioden for behandleren, er trolig tiden rett etter et selvmord. Behandleren må håndtere egne følelser og ofte samtidig ta vare på etterlatte, andre pasienter og kollegaer. Dette kan føre til at behandlerens egne reaksjoner på en uheldig måte undertrykkes eller utsettes. Jeg opplevde selv hvor vanskelig det var å stå i den dobbeltrollen det er å være profesjonell behandler som skal ivareta de pårørende, forholde meg til andre instanser som i mitt tilfelle var politiet og primærlegen, og samtidig håndtere egne sjokkreaksjoner. Dette var en tøff situasjon som jeg i etterkant tenker at andre kolleger ved poliklinikken gjerne kunne ivaretatt. Samtidig ser jeg også et dilemma her, knyttet til pårørendes behov for å møte avdødes behandler, og ofte også behandlerens

behov for å møte de pårørende. I noen tilfeller kan det være hensiktsmessig at en overordnet leder er med behandler i møtet med pårørende eller andre instanser for å støtte behandler.

Debriefing – et tveget sverd

På arbeidsplasser hvor behandler kan komme i kontakt med selvmordsnære pasienter, kan det være nyttig med rutiner for oppfølging av behandler. Disse rutinene bør være fleksible og individuelt tilpasset den enkelte (Grad, 1999). Ofte vil det være viktig at de involverte behandlere får anledning til å avreagere gjennom debriefing, der de får sette ord på opplevelsen innenfor trygge rammer. Men det er da avgjørende at personalgruppen vet hva som ligger i debriefing, og at det hele ikke utspiller seg som et møte hvor alle skal mene noe, eller komme med råd og betraktninger i den aktuelle saken. I min situasjon opplevde jeg at debriefingen ble foretatt like etter at jeg hadde fått vite om den tragiske hendelsen. Hele personalgruppen var til stede, og jeg følte at alle i utgangspunktet hadde stor medfølelse med meg. Likevel opplevde jeg situasjonen som vanskelig nettopp fordi det var mange som hadde opplevd noe liknende, og som hadde råd og forslag til hvordan jeg kunne håndtere situasjonen. Det ble stilt faglige spørsmål til meg om hvordan jeg hadde taklet denne pasienten, skrevet journalnotater og om jeg hadde husket på å se etter ulike faresignaler. Jeg er ikke i tvil om at mine kollegaer ønsket å støtte meg, men i den tilstanden av sjokk jeg da var i, opplevde jeg det som ubehagelig, og jeg var ute av stand til å motta velmenende råd. Jeg begynte å tenke på alt jeg ikke hadde gjort og hvordan jeg burde ha håndtert saken. Dermed ble følelsene av tilkortkommenhet, maktesløshet og ikke minst skyldfølelse, sterkere enn de i utgangspunktet hadde behovd å bli. Jeg tenker i etterkant at det hadde vært best for meg å få slippe å legge saken frem på en såkalt «debriefing», før jeg selv var rede til dette. Mine erfaringer samsvarer neppe med det for eksempel Mehlum (1999) legger i begrepet debriefing, fordi situasjonen for meg var utrygg og lite ivaretakende.

Behandleren må håndtere egne følelser og ofte samtidig ta vare på etterlatte, andre pasienter og kollegaer

Psykologisk autopsi

Når de umiddelbare reaksjonene hos behandler er ivaretatt, kan det være nyttig med en gjennomgang av hendelsen, en såkalt psykologisk autopsi, hvor en diskuterer det som har hendt med kolleger. Psykologisk autopsi er en betegnelse som opprinnelig har blitt brukt for å finne dødsårsak, men som nå også brukes i videre forstand om det å evaluere hva som skjedde, hva som har vært gjort og hva en kan lære (Retterstøl, 1995). Det å kunne ta lærdom av pasienters selvmord forutsetter at en er villig til å snakke om det som er vanskelig. Det anbefales derfor at det benyttes en ekstern leder, som har et mer nøytralt utgangspunkt til håndtering av saken (Grad & Zavasnik, 1998).

Det har vist seg vanskelig å finne en middelvei mellom å støtte behandler og samtidig være kritisk med tanke på hva som kunne vært gjort annerledes

I bruk av psykologisk autopsi har det vist seg å være vanskelig å finne en middelvei mellom å støtte behandler og samtidig å være kritisk med tanke på hva som kunne vært gjort annerledes. Faren er at behandler opplever større grad av skam og usikkerhet (Gitlin, 1999; Goldstein & Buongiorno, 1984). Å gi et tilbud om ekstern veiledning en periode, vil være et positivt tiltak for de fleste behandlere. Det er naturlig å forvente at behandler da ville kunne ha et større utbytte av en

psykologisk autopsi, fordi han eller hun sannsynligvis har fått bearbeidet personlige erfaringer på en adekvat måte.

Dette berører debatten om hvorvidt «debriefing gjør mer skade enn nytte» (for eksempel mellom Atle Dyregrov og Einar Kringlen i Bergens Tidende, våren 2002). Det er grunn til å tro at gjennomført på en måte som gjør at behandler føler seg ivaretatt, kan både debriefing og psykologisk autopsi fremfor alt bidra til å redusere følelsen av å være alene om opplevelsen. Samtalegrupper med andre behandlere i samme situasjon har her vist seg å være til god hjelp (Keespies, 1998).

Følelser av skyld og skam

Et element i alle de nevnte former for samtaler, er å motvirke irrasjonelle og selvdestruktive følelser av skyld og skam. Behandlers skyldfølelse kan reduseres ved at andre understreker det faktum at selvmord er vanskelig å forhindre dersom pasienten har et klart forsett, og at det ofte er svært vanskelig å predikere et selvmord (Gitlin, 1999). Et negativt og tragisk utfall av behandling betyr dessuten ikke at behandler er inkompetent. Det som i etterkant blir vurdert som det beste å gjøre, er ikke nødvendigvis det samme som behandlere generelt ville gjort i den aktuelle situasjonen. Behandler kan hjelpes til å redefinere sine personlige og profesjonelle forventninger ved å akseptere sine begrensninger – akseptere at en ikke alltid lykkes og at en ikke er omnipotent.

Oppfølging med hensyn til langtids effekter vil ofte være på sin plass. I følge Dieserud (2000) er dette en type erfaringer en behandler alltid vil huske, som vanskelig og vond. Selv tror jeg at jeg vil ta med meg mine erfaringer resten av livet.

Avslutning

Det er naturlig at behandlere opplever intense følelser og reaksjoner når pasienter tar sitt liv. Det kan hjelpe å erkjenne disse følelsene åpent og snakke om dem. Denne erfaringen har for meg vært en viktig del av min utvikling som terapeut. Slik beskriver Sallstrøm (1989, ref. i Vråle, 1998, s. 1) nytten av å reflektere rundt egen erfaring: «Bare den som reflekterer over sine erfaringer utvikler kompetanse, det vil si evne til å hanskles med situasjoner slik dem man allerede har erfart. Slik vokser kunnskapen i en rytmisk vekselvirkning mellom delaktighet og distanse, mellom handling og ettertanke».

Referanser

- Chemtob, C. M., Bauer, G. B., Hamada, R. S., Pelowski, S. R., & Muraoka, M. Y. (1988). Patient suicide. Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 294–300.
- Dieserud, G. (2000). *Suicide attempt. Unsolvable lives?* Doktoravhandling. Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Gitlin, M. J. (1999). A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1630–1634.
- Goldstein, L. S., & Buongiorno, P. A. (1984). Psychotherapists as suicide survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 392–398.
- Grad, O. T. (1999). Helsepersonell som etterlatte ved selvmord. *Suicidologi* Nr. 3.
- Grad, O. T., & Zavasnik, A. (1998). *The caregiver's reactions after suicide of a patient*. I R. J. Kovsky, H. S. Eshkevari, R. D. Goldney & R. Hassan (Eds.), *Suicide prevention – The globale context*. Adelaide, Australia: Kluwer Academic.

- Litman, R. E. (1970). When patients commit suicide. I E. S. Shneidman, N. L. Farberow & R. E. Litman (Eds.), *The psychology of suicide*. New York: Science House.
- Mehlum, L. (1999). Etter selvmordet. I L. Mehlum (Red.), *Tilbake til livet – selvmordsforebygging i teori og praksis* (ss. 218–232). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Retterstøl, N. (1995). *Selvord*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vråle, G. B. (1998). Om hjelperollen i møte med det selvmordsnære mennesket. *Suicidologi*, nr. 2, 17–19.