



”Det verste som kan skje.....”.

**Profesjonelles reaksjon på selvmord
hos pasienter.**

av

Kim Larsen, psykologspesialist/spesialrådgiver

RVTS Øst

Juni 2012

”Det verste som kan skje.....”. Profesjonelles reaksjon på selvmord hos pasienter.

Psykologspesialist Kim Larsen.

Suicide is an occupational hazard of being in the mental health industry. When it happens, you have to remember that you may have done everything right – but it can still happen.

Jason S. Spiegelman, sitert i DeAngelis, 2001, s. 73.

Synopsis.

Jeg gjennomgår først forskning om vanskeligheten med å predikere selvmord på individnivå, samt viser hvor forskjellig vurderingen av hvorvidt et selvmord kunne vært unngått blir, avhengig av om man ser selvmordet i et prospektivt eller retrospektivt perspektiv. Den perspektivforskjellen som oppstår kan ofte medføre at profesjonelle urettmessig bli bebreidet når pasienter utfører selvmord. Deretter gjennomgår jeg litteraturen om profesjonelles reaksjon på selvmord hos pasienter. Hovedkonklusjonen er at profesjonelle opplever mye av de samme reaksjonene som pårørende, og i tillegg en del reaksjoner som er særegne for profesjonelle. Mot slutten av artikkelen diskuterer jeg hvilke faktorer som påvirker profesjonelles reaksjoner etter et selvmord og hvilke tiltak som kan være hensiktsmessige.

Innledning.

Risikofaktorer for selvmord og deres "treffsikkerhet".

Det finnes en rekke dokumenterte risikofaktorer for selvmord. Disse deles gjerne opp i to kategorier; demografiske eller statistiske risikofaktorer (for eksempel kjønn, alder, sosial klasse) og kliniske eller endringsfølsomme faktorer (for eksempel angst, lidelsestrykk, depressivt tankeinnhold). Dette er data som er fremkommet ved at man har forsket på store grupper av personer (såkalte aggregerte data eller gruppenivå-data) som har vist sammenhengen mellom tilstedeværelsen av faktorene og selvmord. I en populasjon/gruppe vet en grovt sett hvor mange som vil utføre selvmord, men en vet ikke **hvilke individer** dette gjelder. De fleste medisinske og psykologiske data er resultat av forskning på gruppenivå. Det en skal vurdere i klinikken er individet. Når en bruker gruppenivå-data til å si noe om et individ begår en det som i metodelæren kalles en økologisk feilslutning; en bruker data fra ett nivå til å si noe om et annet. Det er dette som er bakgrunnen for Aristoteles utsagn om at "There is no science of the individual". Det er også denne feilslutningen som er bakgrunnen for poenget i historien om pasienten som går til legen og får konstatert kreft, men sier legen, det er en benign kreftform som kun har 6% dødelighet. Ja, det var hyggelig, sier pasienten, men hvis jeg dør er vel dødeligheten 100% for meg!

Problemet med risikofaktorene er også at de har en lav "treffsikkerhet" ved at de er til stede hos langt flere individer enn de som utfører selvmord (lav spesifisitet) og de er ikke tilstede hos mange personer som utfører selvmord (lav sensitivitet). En vil derfor på bakgrunn av en vurdering av selvmordsrisiko ut fra risikofaktorene få et meget stort antall falske positive (de

som en tror kan komme til å utføre selvmord, men som ikke gjør det) og falske negative (de som en tror ikke vil utføre selvmord, men som likevel gjør det).

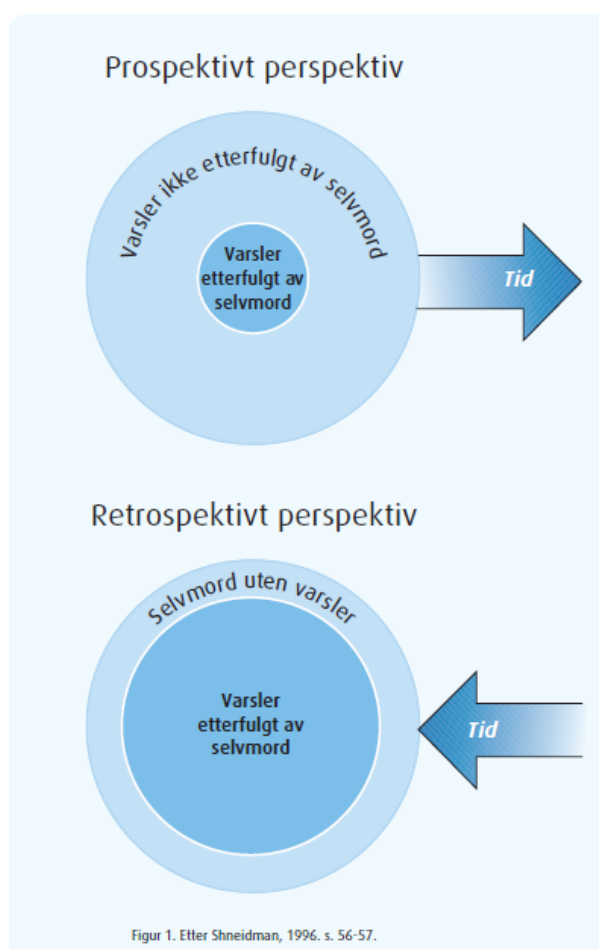
Det sier seg selv at det er lettere å predikere en tilstand i en populasjon som har en høy basisforekomst av tilstanden enn i en populasjon som har en lav basisforekomst. Pokorny (1983, 1993) anvendte i en svært sofistisert studie de mest kjente risikofaktorene på journalene til 4800 amerikanske krigsveteraner som hadde vært innlagt på et psykiatrisk sykehus i Houston. Innlagte krigsveteraner har en selvmordsrate på svimlende 274 pr. 100 000, tolv ganger så høy som amerikanske krigsveteraner generelt. Til sammenligning er selvmordsraten i den norske befolkningen ca. 12 pr. 100 000. Av de 4800 pasientene Pokorny studerte hadde 67 utført selvmord. Pokorny klarte å plukke ut 35 av disse ved å analysere journalene. Dette høres ut som en akseptabel treffsikkerhet helt til en hører at han for å oppnå dette også plukket ut 1206 falske positive. Det vil si at dersom en skulle sette i gang selvmordsforebyggende tiltak overfor individer ville en for potensielt å redde 35 personer måtte sette i gang tiltak overfor 1241 personer! Vanskeligheten med prediksjon beskrives i de nasjonale retningslinene: ”Til tross for at mange risikofaktorer ved selvmord er kjent, er det som regel ikke mulig å forutsi det enkelte selvmordstilfelle” (s. 11). Konsekvensen av dette er også at en må akseptere å sette i gang tiltak overfor langt flere personer enn de som hadde kommet til å utføre selvmord: ”Risk factors for suicide have low sensitivity and specificity and therefore have limited clinical utility... Given the rarity of suicide even in this high risk group, accurate prediction of the majority of suicides without an unacceptable high false positive rate is not possible.... Consequently, services may have to accept that many patients may need to be targeted to prevent a few suicides” (Appleby et. al. 2005, s. 140).

Det prospektive og det retrospektive perspektiv. Vanskeligheten med prediksjon.

La oss ta et talende eksempel ved å ta utgangspunkt i en av disse risikofaktorene; at individet gir omgivelsene ”varsler” om selvmordet. Statistisk sett vil ca. 70% av alle som utfører selvmord ha gitt ”varsler” om det. Dette er hendelser som for eksempel at personen har gitt uttrykk for selvmordstanker, vært opptatt av testamentering, etc – hendelser som i det i ettertid er lett å se har sammenheng med selvmordet. Hvorfor er det da så vanskelig for personalet å være ”i forkant” når det gjelder selvmord? – Fordi ”varsler” er svært vanlig i befolkningen generelt, også hos dem som aldri vil utføre selvmord! Hvilket av disse to utsagnene tror du er korrekt? 1) De fleste som utfører selvmord snakker om det på forhånd, og 2) De fleste som snakker om å utføre selvmord gjør det ikke. Det første utsagnet fremstår som korrekt ut fra det som allerede er nevnt. Problemet er bare at det andre utsagnet også er riktig. Flere forfattere har vært inne på at selvmordstanker kan ha en trøstende funksjon, som en slags psykologisk sikkerhetsventil. Friedrich Nietzsche skriver at ”Tanken på selvmord er en stor trøst; med den kan man komme seg velberget gjennom mang en tung natt”. Henrik Wergeland finner trøst i at ”Dødens Arme staar jo alltid aabne”. E.M. Cioran skriver at ”Uten tanken på selvmord hadde jeg tatt livet av meg for lenge siden”. Dette bevirker at de fleste varsler er ”falsk alarm” på den måten at de ikke vil etterfølges av selvmord. Betydningen av varsler vil derfor være svært forskjellig alt etter hvor en står plassert langs tidsaksen. Dette kan pedagogisk svært treffende illustreres av to sirkler plassert inne i hverandre. Dersom en ser prosessen prospektivt (ser fremover) som en gjør dersom en for eksempel er behandler i psykisk helsevern, vil risikobetingelsene kunne illustreres ved en liten sirkel som inneholder kategorien ”varsler etterfulgt av selvmord” omsluttet av en langt større sirkel som inneholder kategorien ”varsler ikke etterfulgt av selvmord”. Det er menneskene illustrert ved den lille

sirkelen det vil være livsviktig å fange opp. Dersom en ser prosessen retrospektivt (ser tilbake etter at selvmordet er et faktum) vil de to sirklene se vesentlig annerledes ut. Da får vi en stor sirkel (ca. 70 % av totalen) omsluttet av en litt større sirkel (30 % større). Den ytre sirkelen illustrerer de selvmordene som kom ”som lyn fra klar himmel” (ca. 30 %), hvor det ikke var forutgående varsler, mens den indre sirkelen illustrerer de tilfeller hvor varsler ble etterfulgt av selvmord (ca. 70 %). Derfor blir det prospektive og det retrospektive perspektivet på selvmord så forskjellig. Søren Kierkegaards utsagn om at ”Livet leves forlengs og forstås baklengs” er en perfekt beskrivelse av dette. . Den samme logikken gjelder også andre risikofaktorer, for eksempel psykiske lidelser. Mange av dem som tar livet av seg har en diagnostiserbar psykiske lidelse, men de fleste personer som har en psykisk lidelse tar ikke livet av seg.

Figur 1. Sirkelen.



Metodeavsnitt.

Jeg startet min oversikt over litteraturen om profesjonelles reaksjoner på selvmord hos pasienter med å lese de mye refererte studiene til Hendin et. al. (1994; 2000) og Chemtob et. al. (1988a; 1988b, 1989). Med utgangspunkt i disse anskaffet jeg alle fagartikler som omhandlet psykiatriske profesjonelles reaksjon på selvmord hos pasienter. Profesjonelle defineres som ansatte i lønnet arbeid i psykiatrien. Dette ekskluderte legmannsgrupper, medarbeidere i frivillige krisesentra, frivillige krisetelefoner, etc. Som profesjonelle ble både miljøpersonale (sykepleiere, etc) og terapeuter (psykologer/psykiatere) inkludert, men den overveiende mengden av artiklene omhandlet terapeuters reaksjoner. Hovedtyngden av litteraturen om opplevelse av selvmord omhandler etterlatte i personens familie og sosiale nettverk, og jeg ønsket å undersøke litteraturen som omhandler profesjonelle. På hvilken måte er profesjonelles reaksjoner like eller forskjellige fra etterlatte i familien og det sosiale nettverk?

Jeg avsluttet innhenting av litteratur når ytterligere artikler ikke brakte noen nye elementer, og hvor lesningen begynte å ”gå i ring”. Jeg satt grensen ved publiserte artikler, og anskaffet ikke avhandlinger eller ”dissertation abstracts” etc. Studiene som er utført faller i to metodologiske kategorier. I den første kategorien finner vi artikler hvor profesjonelle forteller om sine egne reaksjoner på et selvmord hos en pasient eller av små og usystematiske utvalg av profesjonelle, ofte foranlediget av et enkelt selvmord. Den andre kategorien består av studier hvor mer systematiske utvalgsriterier har vært benyttet. Studiene ble behandlet under ett. Det ble ikke tatt hensyn til hvor lang tid som var gått siden den profesjonelles opplevde selvmordet. Tidsfaktoren her kunne variere meget, og de fleste studier tok ikke avgjørende hensyn til tidsfaktoren.. Mitt mål er av deskriptiv art. I lys av at det er så lite forskning på

profesjonelles reaksjoner på selvmord hos pasienter har artikkelen som formål først og fremst å sette tema på dagsorden. Kunnskap om vanlige reaksjoner vil kunne være av verdi for å sette egne reaksjoner i et normaliserende perspektiv dersom en opplever selvmord hos pasienter.

Hoveddel:

Profesjonelles reaksjoner på selvmord.

I undersøkelser blant psykoterapeuter fant både Deutsch (1984) og Menninger (1990) at det psykoterapeuter fryktet mest var at en av deres pasienter skulle utføre selvmord, og at de profesjonelles ”hverdagsangst” knyttet til selvmord og suicidalitet er betydelig. Bultema (1994) fant at det i perioden 1991 til 1994 internasjonalt ble publisert 221 fagartikler om selvmord hos inneliggende pasienter. Kun ni av disse omhandlet personalets reaksjoner, noe som ledet forfatteren til å konkludere med at ”..mental health professionals are better at caring for others than themselves” (s. 19). En gjennomgang av litteraturen om profesjonelles reaksjon på selvmord viser også en annen klar tendens; det finnes relativt lite systematisk forskning. De fleste av artiklene beskriver enten en behandlers eller miljøpersonalets reaksjon på en pasients selvmord ut fra et konkret tilfelle, eller beskriver reaksjonene til et lite og/eller usystematisk utvalg av behandlere og miljøpersonale (for eksempel Bierman, 2003; Binder, 1978; Carter, 1971; Grad, 1996; Goldstein & Buongiorno, 1984; Hjort, 2006; Hodgkinson, 1987; Kayton & Freed, 1967; Kahne, 1968; Koldony et. al. 1979; Litman, 1965; Menninger, 1991; Reeves, 2003; Sachs et. al. 1987; Sanders, 1984; Tilman, 2006; Valente, 1994; Waern, 2003).

Dette materialet vil ha den åpenbare metodologiske svakhet som ligger i selvseleksjon: det er sannsynlig at det er de profesjonelle som har opplevd selvmordet som mest traumatisk er de som skrevet om det. Nettopp det å skrive om det kan i tillegg til ønsket om å informere andre om egen erfaring også være et forsøk på å bearbeide traumet, for eksempel ved det Freud har kalt repetisjonstvang (Freud, 1920). I tillegg finnes det noen mer systematiske studier. De mest fremtredende er undersøkelsene til Claude Chemtob (Chemtob et. a. 1988a; 1988b; 1989) og Herbert Hendin (Hendin et. al. 2000; 2004). (Men se også Alexander et. al. 2000; Brown, 1987; Courtenay & Stephens, 2001; Cryan et. al. 1995; Dewar et. al. 2000; Grad et. al. 1997; Henn, 1978; Kleespies et. al. 1990; 1993; Richards, 2000; Ruskin et. al. 2004).

Hvilke reaksjoner beskrives så blant profesjonelle? En slås raskt av hvor mye de profesjonelles reaksjoner ligner på de beskrivelser som familiemedlemmer, venner og andre pårørende gir etter en nærstående persons selvmord (se for eksempel Collins, 2006; Fine, 1997; Gambotto, 2003; Wertheimer, 2001 for slike beskrivelser). Det virker som det er en betydelig "fellesnevner" av vanlige reaksjoner mellom pårørende og profesjonelle. Det dreier seg om svært gjennomgripende og rystende reaksjoner. De viktigste er:

- Benektning, vantro, sjokk. "Det kan ikke være sant".
- Overveldelse, - at en overveldende bølge av emosjoner skyller inn over en og at en står i fare for å miste kontrollen.
- Maktesløshet og en (reell) følelse av uopprettelighet.
- Skyldfølelse og selvbebreidelse: "Var det noe jeg burde ha fanget opp?" Retrospektiv relesning og grubling i forhold til begivenheter som gikk forut for selvmordet, og på deres potensielt "utløsende" rolle. Grubling om hva som kunne vært gjort annerledes, selv om dette kun er tilfeldigheter ("bare jeg hadde dratt hjem tidligere", etc).
- Sinne, aggresjon og følelse av å være sveket av avdøde, og ytterligere selvbebreidelser for å føle akkurat det.

- Stress-symptomer i lang tid etterpå. ”Flashbacks”, reaktiveringer, og i enkelte tilfeller PTSD-lignende symptomer.
- Sykdomsrisikoen (inklusive dødelighet) generelt øker.

Schneidmans (1972) beskrivelse treffer godt: ”I believe the person who commits suicide puts his psychological skeleton in the survivor’s emotional closet – he sentences the survivor to deal with many negative feelings and, more, to become obsessed with thoughts regarding his own actual or possible role in having precipitated the suicidal act or failed to abort it. It can be a heavy load” (s.x). Selvmordet påfører både profesjonelle og pårørende smerte og en fellesnevner av emosjonelle og kognitive reaksjonsmønstre.

I tillegg til dette beskriver litteraturen også reaksjoner som er spesifikke for profesjonelle, ikke minst knyttet til det forhold at profesjonelle i dag i en juridisk fokusert psykiatri lett kan bli bebreidet for selvmordet (American Psychiatric Association, 2003; Bongar, 2002). Hva består disse tilleggsfaktorene i?

- Profesjonelle forventes å trøste andre når de selv er rammet (rutinene skal følges, ting må ordnes, de andre pasientene skal ivaretas). I yrkesrollen ligger et krav eller en forventning om å være profesjonell, sterk, ha følelsene under kontroll...etc. Ofte ser en dette igjen i profesjonelles ubekvemhet med å inneha pasientrollen (Dyregrov, 1987) og å være på ”feil side av bordet”. Dette har profesjonelle i helsevesenet sannsynligvis til felles med andre yrkesgrupper; sammenlign countrysangen til ”Asleep at the wheel” (1975) som klagende og melankolsk beskriver at ”Tonight the bartender is on the wrong side of the bar”.

- Selvtillit som profesjonell synker, en trekker sin profesjonelle kompetanse i tvil, den profesjonelle identitet lider. Dette synes å inntreffe selv om en som profesjonell kjenner til den forskningen jeg refererte innledningsvis om hvor vanskelig eller umulig det er å forutsi individuelle selvmord. Denne reaksjonen har ofte også et element som retter seg mot ens anseelse hos andre profesjonelle. "Hva må fagmiljøet tenke?". En kan være redd for å bli kjent som "hun hvis pasienter dreper seg" (Hjort, 2006, s. 6). Den profesjonelle kan bli gående i en sterk paranoid beredskap og forvente potensielle bebreidelser fra pårørende, presse, og til og med kolleger. Dersom denne paranoide beredskapen er sterk nok vil kollegers støttende utsagn kunne bli fortolket som falske; at de "sier det de må si", "sier det læreboka foreskriver", etc. (Sacks et. al. 1987). I psykoterapi er det også slik at terapeutens personlighet er en viktig faktor. Dette gjør det til en nærliggende fallgrube for terapeuten å "confuse the limitation in his capacity to heal with his sense of self-worth" (Maltsberger & Buie, 1974, s. 627). Denne effekten kan bli særlig uttalt dersom pasienten utfører selvmord samtidig som den kan få en dobbelt effekt hos uerfarne terapeuter. Herbert Brown, som har vært spesielt opptatt av opplæringsprogrammer om suicidalitet og selvmord for terapeuter, beskriver denne kombinasjonen således: "...the mental health professional brings more of himself or herself to the clinical encounter, in addition to his or her technical skills. This is especially true for trainees, who in the beginning know so little about psychological practice that that is often feels like they bring **only** themselves to the encounter with the patient. No matter how much the trainees know intellectually about psychotherapeutic practice, they tend to put near total emphasis on helping the patient through their own personal qualities. Consequently, when a patient commits suicide the trainee feels that he or she has failed as a person. It takes time and supervision to work out the complex amalgam of true personal intimacy and objective personal skill

which must characterize effective psychotherapeutic practice. Trainees usually have not had the time to do this” (Brown, 1987b, s. 106. Utheving i originalen).

- Avmakt, tilkortkommenhet, mislykkethet. Selvmordet er en dramatisk illustrasjon av at hjelpen ikke har virket og at tilstanden samtidig er uopprettelig, - en irreversibel profesjonell fiasko. Dersom selvmordet kommer etter langvarig psykoterapi med stor oppofrelse fra terapeutens side kan denne effekten av forgjeves arbeid være dramatisk (“de mørke krefter seiret”). Den psykologiske effekten av å utføre forgjeves arbeid er så sterk at dette regelmessig har blitt benyttet som straff og tortur (Molineux, 2004). I konsentrasjonsleirene ble fangene tvunget til å utføre forskjellig nitid nøyaktighetsarbeid som de så etterpå ble tvunget til å ødelegge, samt å utføre åpenbart hensiktsløse og anstengende oppgaver (Morris, 2001).

- En utbredt men urealistisk ”nullvisjon” om at alle selvmord bør kunne forhindres, og at dersom en person som har fått behandling i psykisk helsevern utfører selvmord må noen nødvendigvis ha gjort en feil (Hvorfor skulle ellers selvmordet forekomme?). En foretar en illegitim slutning om at siden **resultatet** er katastrofalt må også helsepersonalets **vurdering og terapi** ha vært det. Dette er dessverre en utbredt forestilling blant enkelte ikkefagfolk og pressen, noe som bevirker at profesjonelle urettmessig blir bebreidet for selvmordet. Dette inntreffer på et tidspunkt hvor de profesjonelle er ekstra sårbare, og finner resonans i profesjonelle egne selvbebreidelser. En slik feilaktig slutning har nok også sammenheng med en generell overdreven tro i samfunnet på hva medisinen og psykologien kan utrette, samt en ekspansjon av en psykiatrisk tenkemåte til å omfatte et stadig større spekter av menneskelig adferd (Schrag, 1978; Szasz, 1984; 1987).

Profesjonelle har selv nok også bidratt til dette ved å markedsføre sine profesjoner nærmest som politikere foran ett valg og utbre klart urealistiske forestillinger om hva profesjonen kan utrette. (“Hadde han blitt sendt til behandling tidligere hadde tragedien

vært unngått”, etc). Profesjonelle får imidlertid dette igjen som en boomerang senere i form av urealistiske krav til hva de kan utrette. Det realistiske for profesjonelle i psykisk helsevern ville være å betrakte selvmords som en **yrkesrisiko** og å være forberedt på at det kan skje (og sannsynligvis vil skje) **selv om** en har gjort en god jobb (Chemtob et. al. 1989; Lloyd, 1995). I et generelt utvalg av psykiatere og psykologer i USA (Chemtob et. al. 1988a; 1988b) hadde ca halvparten (henholdsvis 51 og 49%) opplevd at en pasient hadde tatt livet av seg. Ca halvparten (henholdsvis 57 og 49%) av de som hadde opplevd selvmord hos pasient fikk alvorlige stress-symptomer (målt ved ”Impact of events scale”) som kunne sammenlignes med de nivået som måles når personer mister en forelder. Det aksepteres at mennesker dør av sykdommer for eksempel kreft dersom en har gjort alt en kunne for å redde dem, men det aksepteres ikke at psykiatrien har sin mortalitet.

Psykiatere og psykologer blir bebreidet når pasienter dør, onkologer blir det ikke. G.G. Loyd (1995) oppsummerer dette slik: ”Few events in medical practice creates such a sense of failure and guilt as the suicide of a hospital patient. The mortality rate is known to be increased in severe psychiatric illness just as in most other medical diseases. The analogy, however, is not generally accepted. Death in cardiovascular or malignant disease, for example, is regarded in many cases as inevitable, a welcome relief from months of pain and suffering. Suicide, by contrast, is considered an unnatural event, one which is avoidable and preventable. In each case of suicide there is a belief among medical and nursing staff that they should have done better: they should have assessed the patient more carefully; been more aware of hints of suicide; provided closer supervision; or not agreed to the final period of leave” (s. 344). De momenter som her er nevnt bevirker til sammen at profesjonelle nærmest kan befinne seg i den situasjonen Bateson et. al. (1956) har kalt “double-bind”. Kringlen (2007) oppsummerer dette elementet slik: ”Satt på spissen kan helsepersonell i dag bli anklaget, nesten uansett hva de gjør. Holder man pasienten tilbake

i sykehuset mot hans eller hennes vilje, er det galt. Og skriver man ut pasienten ”for tidlig” er det galt” (s. 397).

- Motoverføringsreaksjoner. Selvmord og suicidalitet skaper ofte voldsomme reaksjoner hos behandlere (Larsen, 2011; Maltberger & Buie, 1974). Terapeuter kan være selektert inn i yrket ut fra ønsket om å hjelpe andre (Main, 1957). Selvmord kan derfor oppleves som et angrep på etiske grunnlagsforutsetninger og kjerneverdier i hjelpeprofesjonene. Det finnes vel knapt noen mer massiv avvisning av hjelpen enn selvmordet. I tillegg foster også opplæringen innen mange hjelpeprofesjoner en sjarmerende men naiv terapeutisk omnipotens (Marmor, 1953; Sharaf & Levinsion, 1964), som kan ”slå tilbake” dersom behandlingen er mislykket. Det viktigste her er en ærlig erkjennelse av disse mørke og ”politisk ukorrekte” følelser for å forhindre at de ikke slår ut på en ugunstig måte i yrkesutøvelsen (Larsen, 2011).
- Aktivering av eksistensielle tema hos den profesjonelle. Et av Francois de la Rochefoucaults (1613-1680) best kjente maximer er ”En kan ikke stirre direkte på solen eller døden” (”Le soleil ni la mort ne se peuvent regarder en face”. Maxime 26). For å opprettholde normal funksjon må vi i noen grad fortrenge tanken på vår egen død. Peter Berger (1974) mener dette er kulturens ultimate oppgave; å sørge for å tilføre mening slik at vi finner våre daglige aktiviteter meningsfulle i lys av at livet ”objektivt sett” er meningsløst og at vi alle sklir sakte men sikkert mot døden, som vi heller ikke vet når inntreffer. Selvmord ”punkterer” denne beskyttende illusjonen og aktiviserer tenkning rundt eksistensielle spørsmål. Den effekten kan imidlertid også være positiv ved å virke vitaliserende, perspektivgivende, bidra til personlig modning,

og føre til at en setter faktorer i sitt eget liv inn i andre og mer hensiktsmessige proporsjoner (bryr seg mindre om bagateller, etc) (Hegdal, 2007).

Noen viktige faktorer.

Det er gjennomgående funnet at effekten av å oppleve selvmord hos en pasient er størst tidlig i karrieren da sårbarheten rimeligvis er størst og den profesjonelle identiteten er under oppbygging (Bierman, 2003; Brown, 1987a;1987b, Cotton et. al. 1983; Dewar et. al. 2000; Kleepsies et. al. 1990; Kozolowska et. al. 2000). Det er eksempler på at unge terapeuter har vært så traumatiserte at de har forlatt feltet (Dewar et. al. 2000), eller til og med har utført selvmord selv (Rotov, 1970). Kvinner er gjennomgående funnet å reagere sterkere enn menn (Grad, 1996; Grad et. al. 1997, men se Chemtob et. al. 1989 for contra). Terapeuter som har opplevd selvmord blant sine pasienter beskriver at de i tiden etterpå ble hypersensitive og overreagerte på selvmordstimuli og satte i gang mange ”unødvendige” tiltak (Alexander et. al. 2000; Cotton et. al. 1987; Cryan et. al. 1995; Dewar et. al. 2000; Hodgeson, 1987; Reeves, 2003; Sacks et. al. 1987; Sanders, 1984). Tiltakene kan på denne måten stå i fare for å bli benyttet mest for personalets del og ikke for pasientens, også generelt ved at personalet forsøker å dekke seg selv i en i økende grad juridisk fokusert psykiatri (”Jeg brukte i hvert fall alle de tiltak jeg kunne, det er i hvert fall ikke min skyld).

Hva opplever profesjonelle som viktige faktorer etter et selvmord hos en pasient?

Pro-faktorer:

- Rask informasjon om fakta så snart de er klarlagt for å avdempe rykter og spekulasjoner.

- Uformelle samtaler med kolleger etter eget ønske. Her er behovet ofte forskjellig, noe som indikerer hensiktsmessigheten av et løst organisert opplegg. Sosial støtte fra familie og venner, organiserte kolleganettverk og uformell kollegastøtte er den faktor som oftest går igjen i profesjonelles beskrivelser av hva som var til nytte (for eksempel Alexander et. al. 2000, Bierman, 2003; Chemtob et. al. 1989; Dewar et. al. 2000; Sanders, 1984; Ruskin et. al. 2004). Samtidig kan en se en tendens hos noen til å trekke seg unna kolleger i denne vanskelige situasjonen (Ruskin et. al. 2004). Det er også funnet at psykologer benytter kollegastøtte i høyere grad enn psykiatere (Chemtob et. al. 1989).
- Selvmordsgjennomgang ("suicide review"). En systematisk og detaljert gjennomgang av saken etter at emosjonene har lagt seg litt, men mens saken fremdeles er ganske friskt i minnet. Et tidsvindu på to til seks måneder kan være hensiktsmessig (Brown, 1987a), men estimatene her varierer en god del. Selv om en ikke avdekker ting som kunne vært gjort annerledes vil denne type gjennomganger ha en god signalverdi, både overfor pårørende og internt i organisasjonen. Selvmordsgjennomganger bør ledes av en erfaren psykiater/psykologspesialist eller tilsvarende for å holde fokus og forhindre at "skyldbollen" kommer i omløp og at møtet degenererer til et psykologisk "Svarteper"-spill i en kombinasjon av ansvarfraskrivelse og skyldplassering. En annen fare er at en slik prosess antar karakter av preprogrammert hvitvasking. Det blir avgjørende å "adroitly find a course between the great dangers of participating in either a whitewash or a witchhunt" (Brown, 1987a s. 213).
- I litteraturen (både i enkeltbeskrivelsene og i de systematiske undersøkelsen) er det et konsensus om at selvmord hos pasienter ikke er nok prioritert verken i utdanningene eller i opplæring/kurs etter endt utdanning. En tenker seg en potensielt stor effekt ved at profesjonelle både er forberedt på at selvmord kan skje og har kunnskap om de

vanligste reaksjonene (Alexander et. al. 2000; Bartels, 1987; Bierman, 2003; Brown, 1987a; 1987b; Chemtob et. al. 1989; Courtenay & Stephens, 2001; Dewar et. al. 2000; Grad, 1996; Kleespies et. al. 1990; 1993); Menninger, 1991; Reeves, 2003; Sachs et. al. 1987; Tilman, 2003; Michel, 1997).

Contra-faktorer:

- Sensasjonalistiske og fordreide presseoppslag som taushetsplikten gjør det umulig å imøtegå.
- Urimelige og etterpåkloke bebreidelser fra pårørende eller presse som finner resonans i en allerede overaktivert skyldfølelse.
- Tilsynssaker/malpractice- saker som trekker ut i tid (Alexander, et. al. 2000; Hendin, 2005)

Pro og contra-faktorer:

- Utvidet kontakt med pårørende og eventuelt deltakelse i begravelse, etc. Profesjonelle beskriver gjennomgående dette elementet veldig forskjellig, fra gjensidig anerkjennelse og at man sørger sammen til urimelige bebreidelser fra pårørende som kompliserer sorgprosessen (Tilman, 2006).

Hvem skal møte pårørende?

Etter det som er nevnt over sier det seg selv at det kan oppstå uheldige interaksjoner mellom profesjonelle og pårørende etter et selvmord: ”For de etterlatte vil det oppleves som vanskelig og noen ganger umulig å motta tilbud om oppfølging fra de samme personale som man anklager” (Lander & Nesje, 2004, s. 43). I valg av person her kan det være hensiktsmessig med en viss avstand, men heller ikke for stor. Den som møter pårørende kan være en person som kjente pasienten, men som ikke er behandlende lege/psykolog. Lander & Nesje (2004) påpeker at: ”Hvem som vil være best skikket til å følge opp de etterlatte er et kjernesporsmål slik vi ser det. Personalet kan være sterkt følelsesmessig berørt etter et selvmord og det bør gjøres en vurdering om noen med større avstand også skal være til stede i møte med de etterlatte. Etterlatte foreldre beskriver at de kan ha vanskeligheter med å ivareta sine barn. Dette kan også skje med personalets evne til å ivareta etterlatte. De å miste en pasient i selvmord er en påkjenning som kan gjøre en uegnet til å ivareta andre i en krisesituasjon” (s. 39). Det kan også være hensiktsmessig med et møte mellom behandler, pårørende, samt en person fra institusjonen med større avstand til pasienten (Valente, 1994).

Konklusjon:

Litteraturen vi har gjennomgått indikerer at det er en betydelig fellesnevner når det gjelder reaksjoner på selvmord hos pårørende i familien og hos profesjonelle. I tillegg er det også særskilte faktorer som kompliserer bildet for profesjonelle. Det finnes imidlertid for lite systematisk forskning hvor en har spurt et stort antall profesjonelle. Det eksisterer derfor et betydelig seleksjonproblem ved at nettopp de profesjonelle som har opplevet selvmordet som

traumatisk er de som her vært motivert til å skrive om det eller å la seg intervju om det. En helt fersk undersøkelse av Gulfi et. al. (2010) hvor en har undersøkt en bredspektret gruppe av 275 profesjonelles reaksjon på selvmord hos en pasient viser jevnt over en mildere reaksjon, men med betydelig spredning avhengig av den profesjonelles kjønn, hvor selvmordet skjedde, og relasjonen til pasienten. Undersøkelsen kan også interessant nok indikere en form for ”traumatisk vekst” hos terapeutene ved at et opplevet selvmord også gav en anledning til å reflektere over og justere egen praksis, og at denne effekten var langt mer uttalt for yngre og uerfarne profesjonelle enn for eldre og erfarne. Dette kan i positiv betydning indikere en større terapeutisk realisme og ønskelig profesjonell distanse hos de eldre og erfarne, men i en negativ mening også en mulig terapeutisk nihilisme. Undersøkelsen led imidlertid av en lav svarprosent (33,4%), noe som gjør den vulnerabel overfor det samme seleksjonsproblemet jeg har omtalt tidligere. Større undersøkelser, helst utført med en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder, hvor en forsøker å kartlegge nyansert hvilke faktorer som påvirker profesjonelles reaksjoner på selvmord blir det etter mitt skjønn vesentlig å prioritere fremover. Videre synes jeg den gjennomgåtte litteraturen indikerer betydningen av å la undervisning om profesjonelles reaksjoner på selvmord få en plass i grunnutdanningen; dette vil kunne ha en ”vaksinerende” effekt i forhold til å kunne møte en situasjon senere i sin praksis. Med kunnskap om hva som er vanlige reaksjoner på suicidalitet og selvmord og hvor sterke de kan være vil den profesjonelle kunne sette sine egne reaksjoner inn i en mer validerende og normaliserende fortolkningsramme.

Referanser:

Alexander, D.A. et. al. (2000). **Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consulting psychiatrists**. British Medical Journal, 320, 1571-1574.

American Psychiatric Association. (2003). **Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors.** American Journal of Psychiatry, 60, Supplement. Ss. 1-60.

Appleby, L. et. al. (2005). **Making mental health services safer.** I Keith Hawton (Red). Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice. Oxford: Oxford University Press. 2005. Kap. 9. Ss. 139-160.

Asleep at the wheel. (1975). **Tonight the bartender is on the wrong side of the bar.** På Texas gold. Capitol records.

Bartels, S.J. (1987). **The aftermath of suicide on the psychiatric inpatient unit.** General Hospital Psychiatry, 9, 189-197.

Bateson, G. et. al. (1956). **Toward to theory of schizophrenia.** Behavioural Science, 1, 251-264.

Berger, P.L. (1974). **Religion, samfund og virkelighet. Elementer til en sociologisk religionsteori.** Lindhart & Ringhof.

Bermak, G.E. (1977). **Do psychiatrists have special emotional problems?** The American Journal of Psychoanalysis, 37, 141-146.

Bierman, B. (2003). **When depression becomes terminal: The impact of patient suicide during residency.** Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 31, 443-457

Binder, R. (1978). **Dealing with patient`s suicides.** American Journal of Psychiatry, 135, 1113.

Bongar, B. (2002). **The suicidal patient. Clinical and legal standards of care.** Washington: American Psychological Association. Second edition.

Bongar, B. & Harmatz, M. (1991). **Clinical psychology graduate education in the study of suicide: Availability, resources, and importance.** Suicide and Life-Threatening Behavior, 21, 231-244.

Brown, H.N. (1987a). **Patient suicide during residency training (1): Incidence, implications, and program response.** Journal of Psychiatric Education, 11, 201-216.

Brown, H.N. (1987b). **The impact of suicide on therapists in training.** Comprehensive Psychiatry, 28, 101-112.

Bultema, J.K. (1994). **Healing process for the multidisciplinary team. Recovering post-patient suicide.** Journal of Psychosocial Nursing, 32, 19-24.

Campbell, C. & Fahy, T. (2002). **The role of the doctor when a patient commits suicide.** Psychiatric Bulletin, 46, 44-49.

Carter, R.E. (1971). **Some effects of client suicide on the therapist.** Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 8, 287-289.

Chemtob, C.M. et. al. (1988a). **Patients' suicides: Frequency and impact on psychiatrists.** American Journal of Psychiatry, 145, 224-228.

Chemtob, C.M. et. al. (1988b). **Patients' suicides: Frequency and impact on psychologists.** Professional psychology, 19, 416-420.

Chemtob, C.M. et. al. (1989). **Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists.** Professional Psychology: Research and Practice, 20, 294-300.

Collins, J. (2006). **Sanity and grace. A journey of suicide, survival and strength.** Harmondsworth: Penguin books.

Cotton, P.G. et. al. (1983). **Dealing with suicide on a psychiatric inpatient unit.** Hospital and Community Psychiatry, 34, 55-59.

Courtenay, K.P. & Stephens, J.P. (2001). **The experience of patient suicide among trainees in psychiatry.** Psychiatric Bulletin, 25, 51-52.

Cryan, E.M.J. et. al. (1995). **The experience of patient suicide among Irish psychiatrists.** Psychiatric Bulletin, 19, 4-7.

DeAngelis, T. (2001). **Surviving a patient's suicide.** Monitor on Psychology, 82, 70-73.

Deutsch, C.J. (1984). **Self-reported sources of stress among psychotherapists.** Professional Psychology: Research and Practice, 15, 833-845.

Dewar, I. et. al. (2000). **Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide.** Psychiatric Bulletin, 24, 20-23.

Dyregrov, A. (1987). Foredrag på PP-tjenestens sommerkurs.. Wadahl høyfjellshotell. Juni.

Faber, B.A. & Heifetz, L.J. (1982). **The process and dimensions of burnout in psychotherapists.** Professional Psychology: Research and Practice, 13, 293-301.

Farberow, N.L. (2005). **The mental health professional as a suicide survivor.** Clinical Neuropsychiatry, 2, 13-20.

Fine, C. (1997). **No time to say goodbye. Surviving the suicide of a loved one.** Doubleday.

Freud, S. (1920). **Beyond the pleasure principle.** I The Standard Edition of the psychological works of Sigmund Freud. Translated from the German under the general editorship of James Strachey. In collaboration with Anna Freud. London: Hogarth Press. 1974. Vol. 18. Ss. 1-65.

Gambotto, A. (2003). **The eclipse. A memoir of suicide.** Broken ankle books.

Goldstein, L.S. & Buongiorno, P.A. (1984). **Psychotherapists as suicide survivors.**
American Journal of Psychotherapy, 38, 392-398.

Grad, O.T. (1996). **Suicide: How to survive as a survivor?** Crisis, 17, 136-142.

Grad, O.T. et. al. (1997). **Suicide of a patient: Gender differences in bereavement reactions of therapists.** Suicide and Life-Threatening Behavior, 27, 379-386.

Gulfi, A. et. al. (2010). **The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers.** Crisis, 31, 203-210.

Havens, L.L. (1965). **The anatomy of a suicide.** New England Journal of Medicine, 272, 401-406.

Hegdal, A.K. (2006). **Behandleres opplevelse og mestring i arbeid med selvmordsproblematikk.** Skriftlig arbeide for spesialiteten i klinisk voksenpsykologi.

Hendin, H. et. al. (2000). **Therapists` reactions to patient`s suicides.** American Journal of Psychiatry, 157, 2022-2027.

Hendin, H. et. al. (1994). **Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient.** American Journal of Psychiatry, 161, 1442-1446.

Henn, R.F. (1978). **Patient suicide as part of psychiatric residence.** American Journal of Psychiatry, 135, 745-746.

Hjort, H.(2006). **Den etterlatte terapeuten.** Suicidologi, 11, 3-6.

Hogdeson, P.E. (1987). **Responding to in-patient suicide.** British Journal of Medical Psychology, 60, 387-392.

Horn, P.J. (1994). **Therapists' psychological adaption to client suicide.** Psychotherapy, 31, 190-195.

Kahne, M.J. (1968). **Suicide among patients in mental hospitals. A study of psychiatrists who conducted their psychotherapy.** Psychiatry, 31, 32-43.

Kayton, L. & Freed, H. (1967). **Effects of suicide in a psychiatric hospital.** Archives of General Psychiatry, 17, 187-194.

Kendell, R.E. & Pearce, A. (1997). **Consultant psychiatrists who retired prematurely in 1995 and 1996.** Psychiatric Bulletin, 21, 741-745.

Kleespies, P.M. et. al. (1990). **Psychology interns as patients suicide survivors: Incidence, impact, and recovery.** Professional Psychology: Research and Practice, 21, 257-263.

Kleespies, P.H. et. al. (1993). **The stress of patient behaviour during clinical training: Incidence, impact, and recovery.** Professional Psychology. Research and Practice, 24, 293-303.

Kringler, E. (2007). **Norsk psykiatri gjennom tidene.** Oslo: Damm.

Koldony, S. et. al. (1979). **The working through of patients' suicides by four therapists.** Suicide and Life-Threatening Behavior, 9, 33-46.

Larsen, K. (2011). **“Bare gå og heng deg, din jævla dritt!”.** Motoverføring og suicidalitet. Suicidologi, 16, 18-23.

Lander, H. & Nesje, I. (2004). **Selv mord i psykiatriske døgninstitusjoner: Reaksjoner og oppfølging av etterlatte i familien og personalet.** Tromsø: Universitetssykehuset Nord Norge. Skriftserie nr. 8. Psykiatrisk forsknings- og utviklingsavdeling.

Litman, R.E. (1965). **When patients commit suicide.** American Journal of Psychotherapy, 19, 570-576.

Lloyd, G.G. (1995). **Suicide in hospital: guidelines for prevention.** Journal of the Royal Society of Medicine, 88, 344-346.

Main, T.F. (1957). **The ailment**. British Journal of Medical Psychology, 30, 129-145.

Marmor, J.(1953). **The feeling of superiority: an occupational hazard in the practice of psychotherapy**. American Journal of Psychiatry, 110, 370-376.

Maltsberger, J.T. & Buie, D.H. (1974). **Countertransference hate in the treatment of suicidal patients**. Archives of General Psychiatry, 30, 625-633.

Menninger, W.W. (1990). **Anxiety in the psychotherapist**. Bulletin of the Menninger Clinic, 54, 232-246.

Menninger, W:W. (1991). **Patient suicide and its impact on the psychotherapist**. Bulletin of the Menninger Clinic, 55, 216-227.

Michel, K. (1997). **After suicide: Who counsels the therapist?** Crisis, 18, 128-130.

Molineux, M. (2004). **Occupation in occupational therapy: A labour in vain?** I Matthew Molineux (Red.). Occupation for occupational therapists. Oxford: Blackwell Publishing. Kap. 1. s. 1-14.

Morris, M. (2001). **Curriculum and the Holocaust**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

- Pokorny, A.D. (1983). **Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study.** Archives of General Psychiatry, 40, 249-257.
- Pokorny, A.D. (1993). **Suicide prediction revisited.** Suicide and Life-Threatening Behavior, 23, 1-10.
- Reeves, G. (2003). **Terminal mental illness: Resident experience of patient suicide.** Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 31, 429-441.
- Richards, B.M. (2000). **Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: some transference and countertransference aspects.** British Journal of Guidance and Counselling, 28, 325-337.
- Rotov, M. (1970). **Death by suicide in the hospital.** American Journal of Psychotherapy, 24, 216-227.
- Ruskin, R.R. et. al. (2004). **Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees.** Academic Psychiatry, 28, 104-110.
- Sacks, M.H. et. al. (1987). **Resident response to patient suicide.** Journal of Psychiatric Education, 11, 217-226.
- Sanders, C.M. (1984). **Therapists, too, need to grieve.** Death Education, 8, 27-35.
- Schrag, P. (1978). **Mind control.** London: Marion Boyars.

Sharaf, M.R. & Levinson, D.J. (1964). **The quest for omnipotence in professional training. The case of psychiatric residents.** *Psychiatry*, 27, 135-149.

Shneidman, E.S. (1972). Foreword. I Albert C. Cain (Red.): **Survivors of suicide.** Springfield: Charles C. Thomas. S. ix-xi

Szasz, T.S. (1984). **The therapeutic state. Psychiatry in the mirror of current events.** New York: Prometheus books.

Szasz, T.S. (1987). **Insanity. The idea and its consequences.** Chichester: John Wiley.

Soreff, S.S. (1975). **The impact on staff suicide on a psychiatric inpatient unit.** *Journal of Nervous and Mental Disease*, 161, 130-133.

Tilman, J.C. (2003). **The suicide of patients and the quiet voice of the therapist.** *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31, 425-427.

Tilman, J.G. (2006). **When a patient commits suicide: An empirical study of psychoanalytic clinicians.** *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 159-177.

Valente, S.H. (1994). **Psychotherapists reactions to the suicide of a patient.** *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 614-621.

Waern, M. (2003). **Nar patienten valjer døden. Suicid hos den egna patienten – ett trama for lakaren.** Lakartidningen, 100, 2140-2143.

Wertheimer, A. (2001). **A special scar. The experiences of people bereaved by suicide.** Howe: Brunner-Routledge. Second edition.

Kim Larsen (f. 1957) er psykologspesialist ved Sykehuset Østfold/RVTS/Ø og er tilknyttet Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging ved Medisinsk fakultet, Universitetet I Oslo. Han er spesialist i klinisk samfunnspsykologi og arbeids- og organisasjonspsykologi. Faglige spesialinteresser er sosialpsykologi, Freud-biografi og psykoanalysens historie, psykiatrihistorie og suicidologi.