Den deprimerte pasient og selvmordsprosessen - vår rolle som profesjonelle hjelpere

Danuta Wasserman intervjues av Kirsti Amundsen.

Den deprimerte suicidale pasient er en utfordring for alle som arbeider med selvmordstruede mennesker. Men hvordan oppstår depresjonen, og hva er det som gjør at deprimerte pasienter velger å ta sitt eget liv? Hvilke utfordringer står vi overfor som fagpersoner? Dette var spørsmål vi gjerne ville stille Danuta Wasserman som i mange år har vært opptatt av mennesker som befinner seg i en selvmordskrise, og spesielt relasjonen mellom dem, fagpersoner og pårørende.

I boka "Depression - en vanlig sykdom" omtaler du depresjon som et svært utbredt fenomen. Hvor vanlig er det egentlig å være deprimert?

- Det er naturlig for de fleste mennesker å være deprimert og nedstemt i perioder av livet. Alle opplever vi overgangssperioder der vi beveger oss fra en livsfase til en annen, og der vi ofte møter motgang og vanskelige livssituasjoner. Reaksjoner på vanskeligheter i livet, traumatiske opplevelser, kriser og katastrofer kan føre til nedstemthet og angst. Dette er naturlige reaksjoner, som ikke skal behandles i første omgang. Vi må skille mellom naturlig depresjon (naturlig nedstemthet; red. anm.) og egentlig depresjon, som er en sykdom. Det er kun når depresjonen utvikler seg til en sykdom at den skal behandles. Vi har dessverre sett at man har behandlet naturlig depresjon med medikamenter, men også at psykisk sykdom har vært underbehandlet, sier Wasserman.

Hvordan oppstår depresjon?

- Arv og miljø har betydning. Det er mange faktorer som spiller inn, på den ene siden den biologiske og psykososiale arven og på den andre siden kultur og miljø. Den psykososiale arven fra barndommen er utslagsgivende. Negative psykososiale faktorer innebærer bl.a. stress i oppveksten. Vi har triggerer inni oss, slike som påtrengende negative minner og følelser fra

Figur: Tilstand med senket stemningsleie

barndommen. Når de får dominere vårt indre og utløser stress, svekkes beskyttelsesfaktorene, og depresjon og selvmordstanker kan oppstå.

Wasserman legger til at det ikke alltid er like lett å oppdage depresjonen, heller ikke hos oss selv, siden det er naturlig å være nedstemt og ganske vanlig å være deprimert.

I sin bok "Depression - en vanlig sykdom" skriver Wasserman at flere svenske og utenlandske undersøkelser viser at opp til tre firedeler av dem som har tatt sitt eget liv, har hatt symptomer på depresjon, og at mange har lidd av en fullt utviklet depresjon.

Hva fører, etter din oppfatning, til at mennesker som lider av depresjon, velger å ta sitt eget liv?

- Vi må skille mellom mennesker som er både deprimerte og suicidale, og dem som kun er deprimerte, påpeker Wasserman. I den sistnevnte gruppa er beskyttelsesfaktorene mot selvmord virksomme. For dem som er både suicidale og deprimerte, fungerer den psykiske sykdommen også som en stressfaktor. Her går de psykologiske konfliktene dypere og framkaller aggressivitet. Beskyttelsesfaktorene faller bort. De psykososiale stressfaktorene dominerer, og stressfaktorene fra barndom og ungdomstid kan reaktiveres. Ofte handler

dette om tunge relasjonsproblemer, og minner om dem trenger seg på. Til slutt orker man ikke mer. Det er oppstått en fastlåst situasjon der den suicidale opplever liten eller ingen respons fra omgivelsene, de pårørende. De pårørende opplever en total lammelse. Pasientene havner i en slags psykotisk likegyldighet, forvirring og håpløshet, og opplever så et aggressivt gjennomslag mot seg selv, som veksler fra minutt til minutt. Selvmordstankene går nesten automatisk. Når dragningen mot døden blir for sterk, trengs det profesjonell hjelp til å stoppe den destruktive prosessen.

Hva betyr pasientens aggressivitet og ambivalens for helsepersonell og de pårørende og relasjonen dem imellom?

- Suicidaliteten berører livet og døden på en aggressiv måte. Denne aggressiviteten angriper pasienten, som opplever den som et voldsomt angrep som han eller hun ikke kan slippe unna. Også helsepersonell og de pårørende kan oppleve suicidaliteten som et angrep og snu seg vekk fra den suicidale. Livet og døden utfordrer oss på en aggressiv måte. Vi vil helst skyve hele problematikken bort fra oss. Vi vil helst ikke ha noe med den suicidale pasienten å gjøre. Andre pasienter er enklere å behandle, er manges oppfatning.

- Den ambivalensen som pasientene opplever, kan også lett overføres på helsepersonell og pårørende. Pasientene svinger mellom fortvilelse og håp og vet ikke om de ønsker å leve eller dø. Mange helsearbeidere kan lett oppleve maktesløshet i en slik situasjon. Tanken på at vi skal helbrede og lindre er så dypt forankret i de fleste av oss at vi bevisst eller ubevisst ofte viser motvilje mot de pasientene som har forsøkt eller har planer om å ta sitt eget liv. Mange ganger vil de ikke ta i mot vår hjelp, eller de har liten tro på at vi kan hjelpe, og det kan skape en ambivalens i oss overfor disse pasientene. De pårørende opplever også den samme ambivalens overfor dem. Her har vi helsearbeidere en livsviktig oppgave, understreker Wasserman. Våre holdninger og kompetanse betyr liv eller død for pasienten. Vi må tro på at det går an å forebygge selvmord. Når vi har bearbeidet vår ambivalens og aggressivitet, kan vi hjelpe de pårørende til å bearbeide sin, og til å være med på å forebygge selvmord blant de nærmeste.

Wasserman fortsetter:

- Selve den suicidale prosessen er avhengig av responsen de suicidale får fra sine nærmeste omgivelser. Prosessen blir kort hvis man får hjelp relativt raskt, ellers kan det utvikles kronisk suicidalitet. Det er helt avgjørende å oppdage problemer tidlig og gi behandling. Det gir håp og entusiasme blant fagfolk og pårørende å se at det nytter å behandle f.eks. depresjon. Det er også viktig med skoleprogrammer og å lære unge mennesker om psykiske lidelser.

I de siste årene har undervisning i selvmordsforebygging stått i fokus og man har satset på videreutdanning. Har ikke det betydning?

- Jo, sier Wasserman. Det er et hovedanliggende for meg. Kompetanse og derigjennom et bevisst forhold til at det er mulig å forbygge selvmord er avgjørende for fagfolk som jobber med suicidale. Vi må inn i en prosess for å forandre holdningene våre, og den må nødvendigvis ta tid. Derfor må videreutdanning være over lengre tid. Det holder ikke med bare enkeltstående kurs. Vi må modnes gjennom refleksjon og få tilegnet oss kunnskaper som gjør oss i stand til å behandle

de suicidale pasientene på en fullgod måte. I undervisningen må eksistensielle spørsmål settes i fokus ut fra ulike innfallsvinkler, og det må gis rom for bl.a. filosofiske, kulturelle og historiske refleksjoner.

Når vi til slutt spør Danuta Wasserman om hva hun vil trekke fram som avgjørende faktorer i det selvmordsforebyggende arbeidet, sier hun:

- Å behandle depresjon er en viktig del, men like viktig er det å gi god behandling til dem som lider av schizofreni og rusmisbruk, og skape sosiale møteplasser for eldre. Å ha muligheten til å oppsøke et fellesrom, forebygger ensomhet. Så mangfoldige er utfordringene til oss.

Danuta Wasserman er professor i psykiatri og suicidologi ved Karolinska Institutet i Stockholm og fra 1.1.02 prefekt ved Institutionen for Folkhälsovetenskap, som bl.a. inkluderer sosialmedisin, yrkesmedisin, rehabilitering, stressforskning og internasjonal helse. Hun er leder for Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, et WHO Collaborating Centre.

(Kirsti Amundsen er informasjonskonsulent ved SSFF.)

Litteratur

Wasserman, Danuta:
Depression - en vanlig sjukdom: symptom, orsaker och behandlingsmöjligheter.
Stockholm: Natur och kultur, 1998 - 309 s.
ISBN: 91-27-06967-2

I boka beskrives depresjon ut fra både biologisk og psykososial depresjonsforskning og omhandler ulike depresjonstyper, symptomer, årsaker og ulike behandlingsmetoder, bl.a. med antidepressiver, psykoterapi, samtalebehandling mv.

Wasserman, Danuta (ed.):
Suicide: an unnecessary death.

London: Martin Dunitz, 2001 - 286 s.
ISBN: 1-85317-822-5

Boka er ment å være en oppslagsbok i suicidologi og presenterer en psykodynamisk tilnærming til å vurdere og behandle suicidale pasienter. Her finnes 32 ulike kapitler skrevet av internasjonale suicidologer innenfor følgende områder: epidemiologi, teoretiske modeller for selvmordsatferd, risikogrupper, risikoutsatte situasjoner og risikovurdering, behandling, unge og eldre, og forebygging. Til slutt i hvert kapittel gis det en kort oversikt over den nyeste forskningen innen hvert tema.

Forfatteren framhever selv kap. 24, 25 og 29 der hun beskriver hvordan man kan lykkes med å forebygge selvmord, noe som skaper entusiasme og håp.

Begge bøkene skrev Wasserman opprinnelig for sine studenter, men de er også beregnet på psykiatere, psykologer, pedagoger og andre fagfolk som jobber med selvmordsproblematikk.