

Psykologisk autopsi

Bengt Berggren

Vid psykiatriska kliniken, sjukhuset i Ängelholm, genomförs sedan några år strukturerade psykologiska autopsier efter inträffade suicid. Klinikchefen Bengt Berggren beskriver och kommenterar denna metod.

"Det finns ingen genväg till medicinen och finns det någon så går den genom obduktionssalen" (Professor Gustaf Bergmark).

"The Psychological Autopsy" är en term som myntades på 1960-talet av suicidologen E Shneidman och medarbetare vid Los Angeles Suicide Prevention Center (1). Termen kom att beteckna en undersökningsmetodik som syftade till att öka kunskaper om omständigheter under vilka suicid inträffar, utöver den officiella konventionella dödsorsaksstatistiken. Psykologisk autopsi blev emellertid också en metod som kom att utnyttjas vid utredningar av oklara, oväntade dödsfall och för att studera hur patienter i vissa fall synas medverka till sin egen död.

I Sverige har benämningen psykologisk autopsi importerats från Shneidman och sedermera Weisman vid Massachusetts General Hospital (2). Vissa försök att utarbeta en metodik för retrospektiv undersökning av inträffade suicid prövades vid Södersjukhusets psykiatriska klinik under 1950- och 1960-talet och småningom har olika psykiatriska kliniker i landet utvecklat mer eller mindre strukturerade metoder för granskning av inträffade suicid.

Vid Ängelholms psykiatriska klinik har vi sedan några år försökt strikt följa ett i förväg fastlagt schema vid den retrospektiva kompletterande utredningen efter inträffade suicid och vi har valt att

benämna denna verksamhet psykologisk autopsi för att markera syfte och metod med en avgränsande beteckning.

Shneidmans arbete fokuserade framförallt den retrospektiva explorationen på patienter och på omständigheterna kring offren för suicid. I Socialstyrelsens vårdprogramnämnds "Underlag till vårdprogram för problemet självmord", som sammanställts av Jan Beskow (3), har emellertid dessutom personalens förhållanden i dessa sammanhang dragits in i fokus. Hos oss på Ängelholmsklinikens har också detta skett, ehuru mer accentuerat. I bilaga 3 till vårdprogramnämndens skrift har man också markerat att man föredragit "retrospektiv genomgång" framför "psykologisk autopsi" möjligen antydande en "försiktigare" hållning vis à vis mål och metodik.

När en patient i behandling, i slut- eller i öppenvård, suiciderar och därmed avbryter en terapeutisk relation, suiciderar kort efter att en observations- eller behandlingsperiod avslutats, i anslutning till utskrivning etc utgör detta otvivelaktigt den mest påstridiga demonstration av misslyckande som kan drabba en behandlare i hans professionella verksamhet.

Den befattningshavare eller den personalgrupp det gäller, uppfattar ett suicid hos sin patient, sannolikt som den allra svåraste av arbetets påfrestningar, trots att alla sysselsatta i denna vård vet att man någon eller några gånger kommer att möta detta trauma.

Den omedelbara reaktionen från arbetskamrater och omgivning torde vanligen vara att erbjuda stöd, att hjälpa den drabbade kollegan att "förstå", med meningen att acceptera det inträffade såsom oundvikligt.

Någon gång under resans lopp, sannolikt som en följd av ökade kunskaper dels om undermedvetna

.....
... hur har vårdpersonal och behandlare medverkat till en acceleration av patientens suicidtendenser?
.....

element i överföring och behandlingsrelation, dels om kommunikationsklimatets i personalgruppen betydelse för utveckling av symtom och reaktioner inom patientgruppen, har vi kommit att fokusera den psykologiska autopsin på att söka förstå men då ej i första hand att acceptera, ej i första hand för att ge stöd åt den drabbade arbetskamraten. Kamraters och kollegors traditionella sanktionerande stöd utgör nämligen en jag-stärkande åtgärd, vilken också innebär en automatisk förstärkning av klassiska jag-försvar såsom förnekelse, bortträngning etc. Följaktligen har en annan ambition prioriterats i sammanhanget.

Den psykologiska autopsin i denna utformning syftar till att, på ett sätt som vid första anblicken kan synas brutalt, ställa frågorna: vilka misstag har gjorts av vårdpersonalen? av behandlaren? hur har vårdpersonal och behandlare medverkat till en acceleration av patientens suicidtendenser?

Den operativa hypotesen för den modifikation av psykologisk autopsi som tillämpas vid Ängelholmskliniken är alltså *icke om utan vad? hur? och varför?* – *Icke om man möjligen kan ha medverkat, om möjligen några misstag har gjorts, om man möjligen kunde ha gjort någonting annat, utan på vilket sätt man medverkat, vilka misstag har verkligen gjorts, hur skulle man rätteligen ha förfarit?*

I förstone är denna utgångspunkt, trots att den endast är instrumentell och teoretisk, ändå chockerande. Våra erfarenheter visar emellertid att mycket snart accepteras den operativa hypotesen, och full medverkan kan erhållas från personalgruppen, som av allt att döma upplever processen vid den psykologiska autopsin, trots det initialt chockerande och smärtsamma, meningsfull, såväl ur personalvårdande mentalhygienisk synpunkt som ur pedagogisk.

Syftet med den psykologiska autopsin är både att konstruktivt medvetandegöra misslyckandet och att ge möjlighet till de inblandade att gå ur processen

bättre förberedda inför och mera uppmärksamma på svåriakttagna och svårfångade dynamiska faktorer i katastrofprocessen och därmed bättre rustade att bära ansvaret nästa gång.

Det ofrånkomligt obehagsbetonade i dessa förehavanden har gjort att man sökt konstruera en fast struktur för arbetet.

Erfarenhetsmässigt har man konstaterat att ambitiöst analyserande samtal i den grupp det angår men bedrivna så att säga informellt, ej effektivt förmår skapa den medvetenhet som här eftersträvas.

Här nedan återges delar av ett PM med direkt för utförande av psykologisk autopsi vid Ängelholmskliniken.

I målsättning och utformning har utöver mentala, hygieniska och pedagogiska aspekter även professionellt etiska varit aktuella.

PM för psykologisk autopsi

1. *Ledning:* Om möjligt en utifrån kommande mötesledare.
2. *Deltagare:* Endast de som haft kontakt med patienten samt är fast anknutna till teamet. Störst grupp än 10 personer ej önskvärt.
3. *Tidpunkt:* Snarast efter den aktuella händelse helst andra dagen.
4. *Plats:* Inom vederbörande teams "territorium".
5. Om *klinikchefen* ej tas i anspråk som mötesledare, bedöms det önskvärt att han ändå kallas och adjungeras till mötet. (Bla för ställningstagande till eventuell anmälningsskyldighet.)
6. *Rekommendation till mötesledare beträffande uppläggningsen:* Deltagarna bör samtliga kunna disponera 2 timmar, varav man skall räkna med att det formella mötet tar 1,5 timmar. Ingen bör delta som ej kan delta hela tiden.
7. *Genomförande:*
 - a) Sjukhistoria i stort, föredragen av den befäl

.....
Det ofrånkomligt obehagsbetonade i dessa förehavanden har gjort att man sökt konstruera en fast struktur för arbetet
.....

ningshavare som bedömts ha stått patienten närmast (kontaktman, ansvarig terapeut, ansvarig läkare).

Kontaktmannen – terapeuten har före mötet genomgått tillgängliga informationer, om möjligt framställt sammanfattningar på overhead-planscher med väsentliga delar av sjukhistorien.

b) Frågor från övriga deltagare till kontaktmannen – terapeuten för komplettering av sjukhistorien på punkter som deltagarna anser ofullständiga eller av särskilt intresse.

c) Kommentar och en första analys av innebörden i den aktuella händelsen av teamledare eller vice teamledare, ej av kontaktmannen.

Detta avsnitt ombesörjes av någon som har god överblick, nära kontakt med teamets planering och handlande och god kännedom om vederbörande patient.

d) Sammanfattande beskrivningar av kommunikationer och samarbete med anhöriga, med familj, med andra vårdgivare, med samarbetspartners utanför kliniken.

e) "Varför nu?" Analys av det akuta. Signaler, hörda och ohörda. Akutiseringar, kriser, händelser med hypotetisk betydelse för skeendet inom och utom vården.

Detta avsnitt ger möjlighet för alla deltagare att komma med bidrag och avsnittet innebär en förväntan och en skyldighet för alla deltagare att bidra.

f) "Efterklökhet". Vad har ej gjorts som nu förefaller befogat? Vad kunde eventuellt ha gjorts?

Detta avsnitt utförs som en allmän diskussion med medverkan av samtliga närvarande med uppslag, idéer och fantasier.

g) Genomgång av åtgärder, vidtagna eller att vidtagas med anledning av händelsen. Initiativ vis à vis patientens anhöriga etc. Skissering av dokumentation i journal, med sammanfattning av vad som framkommit under den psykologiska autopsin.

Planering av kontakt med anhöriga och av terapeutiska eller andra stödåtgärder för dessa.

Planering av eventuell kontakt och konsultation med andra vårdgivare för givande och mottagande av ytterligare information.

.....
Vederbörande kontaktman skall ... ha tillgång till handledning . . . avseende sin personliga bearbetning
.....

h) Sammanfattning av mötesledaren med inriktning framförallt på klargörande ingredienser från genomgången och med undvikande av vad som kan vara frestande: övertäckande, överslättande, ångstdämpande kommentarer.

8. Övrigt: Vederbörande kontaktman-terapeut skall efter mötet, i anslutning till detta men också under de påföljande dagarna helst ha tillgång till individuell handledning, i annat fall handledning i teamets rutinmässiga grupphandledning, avseende sin personliga bearbetning av såväl upplevelser i samband med händelsen som upplevelser i samband med den psykologiska autopsin.

Som framgår ur detta PM ligger tonvikten för den psykologiska autopsin vid Ängelholmskliniken, ej på att kupera eller täcka över ångest och skuldoplevelser som normalt utgör risker för personal som drabbas av en patients suicid.

Ur personalvårdande synpunkt har det efter många överväganden bedömts viktigare och på sikt effektivare att konkretisera och belysa rationellt på sätt som ovanstående PM syftar till, och att först när detta skett, när en så noggrann analys som är möjlig ägt rum, se till att befattningshavarnas individuella behov av stödkontakt, av handledning i hanteringen av sina emotionella reaktioner, tillfredsställs.

REFERENSER

1. Weisman, A. D: The psychological autopsy and the potential suicide. Bull. of Suicidology, dec. 1967, 15–24.
2. Weisman, A. D: The realization of death. A guide for the psychological autopsy. J. Aronson, London, 1974.
3. Socialstyrelsens vårdprogramnämnd: Underlag för utarbetande av vårdprogram för problemet självmord. Utarbetad av en arbetsgrupp under ledning av Jan Beskow. Remisshandling, Stockholm, 1981.