

Postvention efter en søn eller datters selvmordsforsøg

Postvention after a son's or a daughter's suicide attempt

► *Background:* Suicide and suicidal behaviour are serious public health problems which affect not only the suicidal person, but also the families and communities upset by such events. The Network for the Suicide Struck (NEFOS) provides postvention which is the focussed provision of support to people affected by suicidal behaviour. *Object:* The aim of this study was to explore the psychosocial burden experienced by parents of a son or a daughter who had attempted suicide and to examine the experience of the parents receiving postvention. *Method:* Two focus groups with a total of 14 parents whose sons or daughters had attempted suicide and who subsequently received postvention. The transcribed data were subjected to qualitative analyses. *Results:* The parents were stigmatised, and their management of this stigma was a source of conflict among them. The postvention helped them develop new strategies for managing stigma and cooperating as parental teams. *Conclusion:* The postvention provided by NEFOS was experienced as both relevant and effective.

Keywords: family relations, focus groups, suicide, support, psychosocial, qualitative studies.

Niels Buus, Jimmy Caspersen, Lene Nygaard, Elsebeth Stenager
og Elene Fleischer

Peer reviewed artikel

Introduktion

Et selvmordsforsøg er en begivenhed med alvorlige konsekvenser for den person, der forsøger selvmord, men også for personens pårørende. Shneidman opfandt i 1969 termen "postvention" for at tematisere en målrettet omsorg for pårørende efter et selvmord eller et selvmordsforsøg. Formålet med postvention er at gøre selvmordsramte bedre i stand til at mestre deres sorg og livssituation (1,2). Postvention anses i dag som selvmordsforebyggende, da der er en forhøjet selvmordsrisiko

blandt selvmordsramte pårørende, og da en indsats overfor pårørende til en selvmords-truet, er en indirekte støtte af den selvmordstruede (3,4). I denne artikel fokuserer vi på postvention til forældre til sønner eller døtre, der har forsøgt selvmord.

Baggrund

I Danmark er der ikke et nationalt register over selvmordsforsøg, men siden 1990 har Center for Selvmordsforskning indsamlet data om selvmordsforsøg i det daværende Fyns Amt.

Landsdelen er demografisk sammenlignelig med resten af Danmark. Selvmordsforsøgsraten (forsøg om året/100.000 indbyggere) var faldet til 144 i 2008 fra 238 i 1990. Der blev registreret 592 selvmordsforsøg i landsdelen i 2008. Det er ikke usædvanligt, at den samme person forsøger selvmord flere gange, og hver person i registeret forsøgte selvmord gennemsnitligt 1,24 gange (5).

Et selvmordsforsøg er ikke en isoleret hændelse, da den påvirker de pårørende til personen, der forsøger selvmord. Selvmordsforsøget er ofte kulminationen på længere tids belastning for de pårørende, og belastningen fortsætter længe efter selvmordsforsøget, og den forstærkes ved gentagne selvmordsforsøg. Der findes kun et begrænset antal studier af disse selvmordsramte pårørendes oplevelser og respons på deres situation. I det følgende omtaler vi også studier af pårørende til alvorligt selvskadende sønner og døtre, da de to grupper af pårørende må forholde sig til en ukontrollérbar adfærd med en potentielt dødelig handling.

Daly (6) og Toraville (7) var interesseret i mødres oplevelser af at være forældre til et selvmordstruet barn, og de interviewede seks mødre. Mødrene følte, at de var mislykkede som forældre, og de var overbeviste om, at de måtte have været skyldige i noget forføreligt, som fik deres børn til at vælge døden frem for livet. Livet med børnene blev beskrevet som at bevæge sig hyperårvågent gennem et minefelt, hvor forældrenes tvivl på sig selv var handlingslammende, og hvor skrækken for at gøre eller sige noget, der kunne udløse et nyt selvmordsforsøg, var overvældende. Rutherford (8) ønskede at undersøge følelser og mestringsstrategier hos forældre til børn,

der havde forsøgt selvmord. Interviewundersøgelsen, der inkluderede fire mødre, viste, at forældrene oplevede et langvarigt emotionelt traume, hvor de følte skyld og havde illegitime følelser over for barnet. Oldershaw et al. (9) interviewede 12 forældre til teenagere i behandling for selvskadende adfærd og beskrev, hvordan forældrene gradvist havde erkendt barnets selvskade, og hvordan de kæmpede for at få adfærden til at give mening. Forældrene følte sig hjælpeløse og var meget forsigtige og opmærksomme på barnets adfærd. De oplevede, at forældrebyrden var blevet markant tungere som følge af den selvskadende adfærd, og at det var svært for dem at leve op til forældrerollen og at imødekomme deres andre børns behov. McDonald et al. (10) interviewede seks mødre til selvskadende unge og rapporterede lignende erfaringer af at blive overvældet af barnets adfærd og følelsen af utilstrækkelighed. Mødrene skammede sig over deres barns adfærd, og frygt for og forventning om omgivelsernes negative meninger isolerede dem. Raphael et al. (11) interviewede ni forældre til selvskadende unge samt to sundhedsprofessionelle og fandt bl.a., at forældrene havde svært ved at spørge sundhedsprofessionelle til råds på grund af stigmaet forbundet med selvskade. Byrne et al. (12) afholdt et møde, hvor 25 forældre/omsorgsudøvere til børn med selvskadende adfærd diskuterede deres oplevelser og behov for støtte. De fandt bl.a., at forælderrolle og familiedynamik blev korrumperet som følge af barnets adfærd.

Vi har tidligere udgivet resultater fra den første del af vores fokusgruppestudie (13), hvor vi undersøgte de erfaringer, som forældre til selvmordstruede sønner og døtre havde. Erfaringerne blev beskrevet som et “dob-

belt traume”. Den første del af traumet var knyttet til den enkelte forælders akutte stress og emotionelle respons på selvmordsforsøget, og den anden del af traumet var knyttet til den langvarige psykosociale påvirkning af hele familiens velbefindende.

Ovenstående studier antyder, at nogle forældre til selvmordsramte sønner og døtre har et særligt stort behov for hjælp til at reducere følgerne af traumet. Vigtigheden af at intervenere i forhold til disse familier understøttes af, at flere studier påpeger en sammenhæng mellem ustabile familieforhold og selvmordsadfærd, fx (14,15). Det skal ikke tolkes sådan, at det nødvendigvis er ustabile familieforhold, der driver de unge til at forsøge selvmord, men det understreger vigtigheden af at anskue familien til en selvmordstruet som et vigtigt element i selvmordsforebyggelsen. Postvention til pårørende efter et selvmordsforsøg kan således være af betydelig gavn for både de pårørende, der modtager indsatsen, og for den selvmordstruede.

Studiekontekst: Netværk for Selvmordsramte (NEFOS)

Flere steder i Danmark tilbyder den frivillige organisation NEFOS (Netværk for Selvmordsramte) postvention, i form af støtte og rådgivning til pårørende til selvmordstruede personer. De pårørende tilbydes op til fem individuelle samtaler med en professionel rådgiver. Herefter vurderes, om den enkelte har behov for og er i stand til, at fortsætte i et gruppeforløb med 4-8 andre pårørende. Formålet med gruppeforløbet er, at de pårørende skal lære, eller genlære, hvordan de kan tage omsorg for egen livssituation, samtidig med at de støtter den selvmordstruede.

Nye mestrings- og kommunikative redskaber mindsker belastningerne i hverdagen og sikrer, at de som pårørende ikke selv “indlærer” selvmordshandlinger som en fremtidig mestringsstrategi. De får hjælp til at tyde og tolke både de psykiske og sociale belastninger, som selvmordsforsøget har påført familien. Endvidere får de redskaber til at kunne mestre forskellige former for udfordringer, så familien som helhed og de selv som selvmordsramte personer kan genkende mistrivsel og evt. signaler på depression og handle adækvat og selvmordsforebyggende. Gruppesamtalerne varer to timer og foregår hver anden uge. Forløbet strækker sig over 6-10 sessioner og afrundes med et opfølgingsmøde tre måneder efter gruppeforløbets afslutning (16).

Formålet med denne artikel er at udforske den psykosociale belastning af at være forældre til en søn eller datter, der har forsøgt selvmord. Vi fokuserer på de erfaringer, som forældre har med at forsøge at mestre situationen og deres erfaringer med at deltage i NEFOS’ individuelle og gruppebaserede postvention.

Metode

Studiet blev designet som en fokusgruppeundersøgelse. Dette design blev valgt, da fokusgrupper kan give indsigt i en gruppes udlægning og forståelse af et forskerbestemt emne (17). Fokusgrupper udnytter psykosociale gruppedynamikker til at producere data og indsigt, som ikke ville være tilgængelig gennem alternative metoder (18), og vi ønskede at udnytte, at der allerede var etableret grupper, hvor deltagerne tillidsfuldt var i stand til

at interagere i diskussioner om emnet. Vi anlagde et interaktionistisk (19) perspektiv, hvor det blev antaget, at personlig og social mening tilskrives objekter, begivenheder, situationer etc. gennem situeret interaktion, og, derfor blev udsagn i fokusgrupperne analyseret som et produkt af en kontekstafhængig forhandling mellem deltagerne, jf. (20).

Rekruttering af deltagere

Alle forældre til børn, der havde forsøgt selvmord, og som først havde gennemgået individuelle samtaler og siden gruppeforløb i NEFOS i 2010 og 2011 blev inviteret til at deltage i en fokusgruppe. Skriftlige invitationer, underskrevet af både NEFOS og fokusgruppemoderatoren blev sendt ud til 17 forældre. To forældre afslog at deltage af personlige årsager, og en forælder udeblev på grund af en nødsituation. Det formålsrettede udvalg (21) omfattede dermed 14 forældre.

Dataindsamling

Deltagerne blev fordelt i to fokusgrupper, og møderne blev holdt i januar og februar 2012 i NEFOS' lokaler. Fokusgrupperne blev modereret af NB, som er en erfaren interviewforsker, og assisteret af JC, som i feltnoter beskrev gruppens nonverbale interaktion. Hverken NB eller JC havde nogen tilknytning til NEFOS, før fokusgruppemøderne blev afviklet.

Fokusgrupperne blev indledt med en kort introduktion til studiets formål og en afklaring af rammer og regler for fokusgruppen: praktiske forhold, tidsrammen, respekt for hinandens forskelligheder samt tavshedspligt. Fokusgruppernes indhold blev fokuseret ved hjælp af en åben dagsorden. Dagsordenen omfattede seks emner, som var udvalgt på grund-

lag af klinisk erfaring og forskningslitteraturen på området (6,7,9-12):

- ♦ Stress og belastning i hverdagen.
- ♦ Påvirkninger af parforholdet.
- ♦ Forløbet ved NEFOS.
- ♦ Kommunikation med familie, venner og bekendte/kolleger.
- ♦ Håndtering af svære tanker og følelser.
- ♦ Kommunikation med andre børn.

Emnerne var trykt på laminerede A5-ark, og deltagerne blev bedt om at lægge emnerne i den rækkefølge, de ønskede at tale om dem. Formålet med øvelsen var dels at skabe klarhed omkring dagsordenen, dels at tilskynde til, at gruppens medlemmer interagerede og samarbejdede. Fokusgrupperne blev afsluttet med en *debriefing* og en evaluering af sessionen. Graden af moderatorinvolvering var minimal, da vi var interesserede i, hvordan deltagerne forhandlede dagsordenens emner i deres indbyrdes samtale.

Fokusgrupperne blev digitalt lydoptaget og derefter transskriberet af JC, som anvendte transskriptionssymboler, der indikerede grundlæggende interaktion i talen (22). Transskriptionens præcision blev derefter tjekket mod lydoptagelserne af NB og JC. Den første fokusgruppe varede 160 minutter og den anden 150 minutter (begge inkluderede 10 minutters pause).

Dataanalyser

Analysen kombinerede en tematisk analyse med en interaktionsanalyse, hvilket vil sige, at vi både undersøgte mønstre i deltagernes udsagn og hvordan udsagn optrådte i samtaleinteraktionen (18,20). Analysen havde tre faser.

Fokusgruppe 1						
Karakteristik af deltagere	1	2	3	4*	5	6
Køn	Kvinde	Mand	Kvinde	Mand	Mand	Kvinde
Partner, deltager i fokusgruppen	Ja	Ja	Nej	Nej	#6	#5
Partner, deltager i NEFOS gruppeforløb	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
År for afslutning i NEFOS	2010	2010	2010	2009	2010	2010

*Bemærk, at deltager #4 i fokusgruppe 1 er identisk med deltager #1 i fokusgruppe 2. Det skete, fordi den ene forælder meldte afbud til fokusgruppe 1, da den anden forælder allerede var ankommet, mens de begge kunne deltage i fokusgruppe 2.

Tabell 1. Sammensætning af de to fokusgrupper

Det tematiske indhold i transskriptionen blev kodet (23), og vi identificerede fire kategorier af data, der havde en del lighedstræk med emnerne fra dagordenen. A. Psykosocial belastning og stress. B. Effekter på parforholdet. C. Effekter på familien. D. Effekter på relationer til andre.

Vi opdelte transskriptionerne i forhold til de fire kategorier og undersøgte, hvordan deltagerne præsenterede og forhandlede det tematiske indhold i deres indbyrdes samtaleinteraktion: i tale-handling og tur-tagning (24). Analysen bidrog til identifikationen af fire centrale temaer, som gik på tværs af kategorierne. De fire temaers karakteristika blev videre udforsket gennem en systematisk sammenligning af det tematiske indhold og beskrevet gennem fortsat memoskrivning (25). Temaerne handlede om: a) Emotionel respons og stress, b) traumets indflydelse på familie og parforhold, c) isolation og stigma, og d) forløbet ved NEFOS.

Vi gennemgik lydoptagelser og transskriptioner for at afgøre, hvorvidt de fire temaer og

datauddragene var udtryk for en nuanceret og balanceret fortolkning af det samlede datasæt, og vi forbandt temaerne med eksemplificerede datauddrag. De to førstnævnte temaer er beskrevet i (13), og i nærværende artikel beskrives temaerne c) Isolation og stigma samt d) Forløbet ved NEFOS.

Etik

I overensstemmelse med dansk lovgivning blev både Datatilsynet og Den Nationale Videnskabetiske Komité orienteret om projektet. Alle forældre gav deres samtykke til at deltage på grundlag af mundtlig og skriftlig information om studiet. Data blev håndteret fortroligt og datauddrag i resultatsektionen er anonymiseret og godkendt til publikation af deltagerne.

Interviewkonteksten var sensitiv, primært på grund af en potentiel trussel om psykologisk ubehag og stress som følge af at tale om de emotionelt prekære forhold, og sekundært fordi gruppedynamikkerne kunne påvirke deltagerne til at afsløre miskrediterende hand-

Fokusgruppe 2									
	1*	2	3	4	5	6	7	8	9
Køn	Mand	Kvinde	Kvinde	Mand	Kvinde	Kvinde	Kvinde	Kvinde	Mand
Partner, deltager i fokusgruppen	#7	Nej	Nej	#5	#4	Nej	#1	#9	#8
Partner, deltager i NEFOS gruppeforløb	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
År for afslutning i NEFOS	2009	Stadig aktiv	2011	2011	2011	2011	2009	2011	2011

linger eller holdninger (26). Vi forventede, at gruppernes praktiske og sociale organisering ville skabe gensidig støtte, hvilket ville bidrage til at reducere det psykologiske ubehag under interviewet. Endvidere forventede vi, at den sociale kontrol i gruppen ville begrænse de mest kontroversielle, og derfor miskrediterende, udsagn.

Der var indgået aftale med NEFOS om, at deltagerne kunne få yderligere støttende samtaler, hvis de havde behov for det efter fokusgruppen. Ingen deltagere gav udtryk for at have behov for ekstra opfølgning.

Resultater

Samtaleinteraktionerne var markant forskellige i de to fokusgrupper. Taleture var kortere, og afbrydelser, overlappende tale og reformuleringer var hyppigere i den første gruppe i forhold til den anden (se tabel 1 for data om gruppesammensætning). Disse forskelle var sandsynligvis forbundet med, at den første

gruppe var mindre, at deltagerne havde et godt kendskab til hinanden, og at deres sønner og døtre generelt var i mere stabile forløb, end det var tilfældet for den anden gruppes deltagere. Emnet var sensitivt, og deltagerne talte på skift, og kun sjældent ville de eksplicit udfordre hinandens udsagn. Derfor har vi ikke medtaget lange datauddrag med eksempler på interaktion, jf. (27). I det følgende redegør vi for temaerne, "Isolation og stigma" og "Forløbet ved NEFOS".

Isolation og stigma

Alle deltagere beskrev, hvordan selvmordsforsøget bidrog til en øget følelse af isolation, og hvordan de havde været i vildrede over, hvor de skulle søge kvalificeret hjælp. I den første tid efter selvmordsforsøget kunne ingen forestille sig, at der overhovedet fandtes andre, der kunne forstå omfanget og dybden af den forfærdelige situation, de var konfronteret med. Samtidig var forældrene bevidste om, at dele af omgivelserne kunne tænke nedsættende om barnet og familien på grund af den unor-

male adfærd, og de forsøgte på forskellige måder at håndtere dette stigma¹.

Deltagerene beskrev markant forskellige måder at kommunikere om deres tanker og følelser på. Nogle deltagere foretrak at kommunikere mindst muligt om det skete, fordi de mente, at det kunne føre til pinlige sammenbrud, eller at den megen tale om problemerne kunne gøre problemerne større, end de i virkeligheden var. Nogle deltagere beskrev forsøg på at skabe fristeder, hvor de ikke blev konfronteret med situationen. Det kunne fx være at holde græsplænen kortklippet, fordi plæneklipperens støj og bevægelse udelukkede samtale, eller at undlade at fortælle om situationen på arbejdspladsen, hvor rutiner og relationer var behageligt uforstyrrede. I det følgende citat beskriver en kvindelig deltager, at hun forestiller sig, at hendes mand brugte sit arbejde til at slippe for at være konfronteret med problemer i forhold til deres søn, og at det efterlod hende alene med ansvaret for næsten uigennemskuelige opgaver.

Gruppe 2. Deltager 2: "Da det startede med Martins [sønnens] sygdom og de her forsøg, da gik min mand stadigvæk på arbejde, og nu er han så holdt. Men, jeg tror det var sådan en slags flugt for at have noget andet at optage sit hoved med. Og så sad jeg imens derhjemme og knoklede med at få rekonstrueret Martins økonomi, og map-

pen den blev bare tykkere og tykkere og tykkere. Og det har han så kunnet se, hvad der egentlig har været af arbejde, dengang han holdt med at arbejde. Men han har stadigvæk den der. Han har noget freelancearbejde nu, og det er faktisk meget godt, for så kan man slippe lidt væk fra det engang imellem."

Andre deltagere fandt støtte i at dele deres tanker og følelser om situationen med personer i hverdagen, som fx den nærmeste familie eller kolleger. At fortælle om problemerne virkede for disse deltagere som en måde at forklare den tristhed, de oplevede og signalerede.

Alle deltagere delte overbevisningen om, at "de ved det jo allerede", altså at personer i omgivelserne kendte til barnets selvmordsforsøg, og at der uvægerligt ville gå rygter og blive sladret om det. Men de var ikke enige om, hvordan det skulle håndteres. De fleste deltagere tilsluttede sig holdningen, at det var vigtigt at tale åbent om det, da man på den måde kunne imødegå overdrevne rygter og en unødigt stigmatisering. Nogle få deltagere advokerede for en mere restriktiv tilgang, hvor de absolut færreste skulle involveres i situationen. Det blev begrundet på flere måder, bl.a. med at selvmordsforsøg kunne "smitte" blandt teenagere. Tilgangen blev også begrundet med, at det senere kunne komme barnet til skade, hvis selvmordsforsøget var alment kendt.

I det følgende citat lægger deltager 3 ud med at fortælle om sine problemer med at kommunikere med sin mand (som hverken havde deltaget i samtaleforløb hos NEFOS eller i en fokusgruppe). Manden havde en restriktiv tilgang i forhold til at dele informa-

1 I det interaktionistiske perspektiv blev stigma forstået som en miskrediterende diskrepans mellem de normative forventninger til en person og personens faktiske egenskaber (28). En stigmatiseret person eller familie kan forsøge at skjule stigmaet eller at håndtere følgerne af det.

tion om selvmordsforsøget (familiens stigma), angiveligt fordi han tænkte meget på familiens rygte. Deltager 1, som tidligere i interviewet ligeledes havde advokeret for en restriktiv tilgang, bemærker et sammenfald og tager selv initiativ til at tilføje, primært rettet mod sin hustru (Deltager 2), at han ikke valgte sin tilgang for sin egen skyld, men for barnets. Hustruen, der tidligere havde fortalt, at hun mestrede selvmordsforsøget ved at tale om det med folk i omgivelserne, responderer tørt. Deltager 3 afslutter med at bruge deltager 1's bidrag til at præcisere sin pointe og til at minimere konflikten mellem ægtefællerne.

Gruppe 1. Deltager 3: "Jeg vil sige, jeg har haft det sværest med min mand. Kommunikere med ham og takle hans lukkethed og sådan noget (...) Og han gjorde det jo heller ikke nemmere, fordi han ikke sådan bryder sig om at folk behøver at vide for meget."

Deltager 1: "Men det var ikke af hensyn til mig. Det var af hensyn til Pernille."

Deltager 2: "Tja."

Deltager 3: "Ja, men der tror jeg egentligt, at det var ligeså meget af hensyn til ham og hele familiens ry og omdømme."

Bekymring over familiens rygte var en blandt flere socialt set illegitime følelser og tanker, som blev diskuteret i grupperne. Det omfattede også had mod barnet, egne selvmordstanke, illoyalitet i forhold til partneren, tanker om at opgive at hjælpe barnet, osv., og de blev sanktioneret forskelligt i de to grupper, som under interviewene etablerede forskellige normer for, hvilke emner og holdninger, der var acceptable at diskutere.

Det var også tydeligt, at forskellige kommunikationsstrategier og holdninger kunne skabe konflikt mellem forældre, og alle deltagere erkendte, at skilsmisse havde været på tale. Under interviewene kunne forskellene for det meste normaliseres og minimeres ved at karikere mænds og kvinders forskellige kommunikation eller gennem konstateringen af, at alle familier generelt havde meget forskellige måder at håndtere kriser på. Normalisering foregik også ved at deltagerne fremhævede, at der jo var større eller mindre problemer i alle familier, men at de fleste familier søgte at skjule det.

De fleste deltagere fortalte, at de gradvist havde lært at tage større initiativ til at dele deres tanker og problemer, hvilket for det meste var en lettelse. Flere beskrev endvidere, at det medførte en oplevelse af støtte fra tilhørerne. De oplevede generelt, at omgivelserne var interesserede i at tale om og lytte til deres situation, men at personer i deres netværk sjældent selv tog emnet op. Ifølge deltagerne var familie, venner og bekendte bange for at spørge ind til deres situation, fordi de var bange for at nogen ville bryde sammen, hvilket også ville være svært at håndtere.

Forløbet ved NEFOS

Forløbet ved NEFOS var værdsat af de fleste deltagere, som mente, at det havde adresseret en stor del af de problemer, de var konfronteret med. For adskillige deltagere havde det været en lettelse at opleve, at de andre deltagere i gruppeforløb var "normale", og ikke de socialt udsatte tilfælde, som de på forhånd havde forestillet sig som forældre til sådanne børn. Det havde været relativt nemt at identificere sig med de problemstillinger, som de andre i

gruppen tog op, og det havde bidraget til at reducere følelsen af isolation. En enkelt deltager beskrev imidlertid den omvendte effekt, øget isolation, fordi hendes søns sygdom, alder og problemer adskilte sig markant fra de andres sønner og døtre. Der udviklede sig med tiden et nært og fortroligt fællesskab mellem deltagerne, som dog ikke havde bevaret kontakten efter afslutningen af gruppeforløbene. Deltagerne mente, at gruppesamtalerne havde bidraget afgørende i forhold til, at de begyndte at dele deres oplevelser med venner og familie.

Gruppeforløbet havde ikke alene været et spørgsmål om at dele erfaringer. Deltagerne beskrev, hvordan gruppeterapeuten med medmenneskelighed og professionel autoritet havde adresseret meget alvorlige emner, som fx at der var meget høj risiko for, at det ville ske igen, og at hvis barnet ville begå selvmord, så kunne forældrene ikke forhindre det. Først var disse forhold meget grænseoverskridende – helt ubegribelige – for deltagerne, men med tiden accepterede de disse præmisser, og det hjalp dem til at skelne mellem de ting, som de havde indflydelse på, og dem de ikke havde. Det hjalp dem til at reducere det følelsesmæssige og praktiske alarmberedskab. Ifølge deltagerne var sessionerne også karakteriseret af, at terapeuten var vedholdende i forhold til at spørge ind til deltagernes følelser og med at hjælpe deltagerne til at artikulere vanskelige og måske socialt illegitime følelser.

Gruppe 2, deltager 5: “Jeg kunne næsten ikke få det sagt, men hun [terapeuten] prikkede så meget, at jeg til sidst fik sagt ordene. At jeg hadede hende [barnet] og ønskede bare, at hun ikke eksisterede, og at jeg aldrig havde fået hende. Men det var også

en forløsning, ikke, og det var egentlig også det, hun ville. At man kommer ud med de forfærdelige tanker man har. Altså, det er jo ens eget barn for fanden. Så hun er jo fantastisk til at gå ind og vise, at det er ikke forbudt og sidde og sige de ting. Altså det viser sig jo også, at de fleste af os har tænkt de tanker, men det er bare ikke noget man kan snakke om uden for de vægge her. Sådan har jeg det i hvert fald. For det er der ikke nogen, der forstår. Det er jo en befrielse på en eller anden måde også, når det er, at vi får lov til at sige det. At det ikke bare ligger derinde og man til sidst, altså, jeg havde det da sådan, “Ej, nu er det altså, nu rabler det for dig”, altså, det kan man simpelthen ikke. Så det har vi i hvert fald fået lov til også at få arbejdet med.”

Alle deltagerne havde været rædselsslagne ved tanken om, at barnet ville gentage sit selvmordsforsøg og dø. Skrækken virkede handlingslammende, da deltagerne var bange for at bidrage til at fremprovokere endnu et forsøg, og de var bevidste om, at de i et vist omfang blev manipuleret af børnene. De beskrev problemer med at skelne mellem normal adfærd og “syg” adfærd. Gruppeforløbene havde inkluderet undervisning i fx psykodynamik for at ruste forældrene bedre til at tolke børnenes adfærd, forskelle på mænds og kvinders typiske krisekommunikationsmønstre, og konkrete råd i forhold til at håndtere barnet og dets impulser. Et råd havde fx været at have 30 stk. Paracetamol stående hjemme, så barnet ikke vil opsøge mere desperate og farligere forsøg. Deltagerne beskrev, hvordan undervisningen gav dem konkrete redskaber til at løse problemer, men at det mest af alt bidrog

til at give dem en holdning til og forståelse af problemerne og modet til at turde sige til og fra i forhold til barnet.

Gruppe 1. Deltager 5: “De var gode til at komme med nogle forklaringer, så vi kunne forstå det. Vi var fx udsat for noget, som de kaldte *splitting*. Og vi havde aldrig hørt om det før, og det var de gode til at forklare os (...) Der var også nogle problemer, når man bliver så presset. Og der var de også gode til at fortælle, at der er store forskelle på de måder mænd og kvinder reagerer på, når de bliver presset langt ud, som vi blev, og det har vi i hvert fald brugt meget, at give det større snor, kan man sige, i forhold til hinanden i parforholdet.”

(...)

Deltager 2: “Også med vores børn fx, hvor meget er teenageproblemer, og hvor meget er – usundt, havde jeg nær sagt. Hvor meget er selvmordstanker, og hvor meget er bare sådan teenagefnidder. Det var vi da meget usikre på langt hen ad vejen, om det bare var naturligt eller, eller om det var noget vi skulle være på vagt overfor. Fordi man tror jo, så snart der er sket en gang, så ved man jo aldrig. Sker det igen? Det var alt det der, puuha, man var simpelthen så bange for, at man skulle gøre noget som skulle udløse et forsøg mere.”

NEFOS-forløbet havde været meget udfordrende for deltagerne, som paradoksalt nok ofte havde følt, at deres problemer og kontroltab umiddelbart voksede som følge af at blive konfronteret med deres følelser, tanker og handlemønstre. Derfor fremhævede mange værdien af det længerevarende forløb, som

gav mulighed for at reflektere over følelser og tanker og gradvist afprøve nye prioriteringer, handlemåder og gøre nye erfaringer. Deltagerne i interviewene var i varierende grad påvirkede af selvmordsforsøg(et) og krise i familien, men alle fremhævede den øgede kontrol, de havde genvundet som følge af forløbet. De fik ikke løst deres problemer, men fik hjælp til at konfrontere mange af dem og et større mod til at leve livet til trods for et barn, der i perioder var helt udenfor deres kontrol.

Diskussion

I dette studie udforskede vi den psykosociale belastning af at være forældre til en søn eller datter, der har forsøgt selvmord. I fokusgrupperne diskuterede deltagerne, hvordan de på forskellige måder og med forskellige grader af succes forsøgte at mestre et oplevet stigma, og hvordan de oplevede at NEFOS' postvention påvirkede deres evne til at mestre deres livssituation.

Der er ingen generel enighed omkring indholdet af postvention, og der er kun gennemført et meget begrænset antal kontrollerede studier af postvention (4,29). Endvidere er der kun lavet studier af postvention efter selvmord, som fokuserer på at intervenere i sorgen over tabet af en nærtstående. Det er udfordrende at designe standardiserede postvention-programmer, da selvmordsoverleverer har individuelle behov for professionel støtte i forhold til både interventionens intensitet og varighed. I nærværende studie var der fokus på postvention til forældre til selvmordstruede børn, som havde et yderligere terapeutisk sigte, da den ud over at adressere

forældrenes sorg over tabet af drømme og håb for fremtid, jf. problemstillingerne beskrevet i (6,7,11,12), også adresserede forældrenes psykosociale velbefindende og deres muligheder for at reetablere parforhold og forældrerolle, jf. problemstillingerne beskrevet i (6,7,9-12). Tilbuddet om støtte og rådgivning ved NEFOS syntes at varetage to overordnede funktioner for forældrene. Dels en mulighed for at tilegne sig nye mestringsstrategier, der var direkte anvendelige i hverdagen, dels at møde andre forældre i en lignende situation, hvilket bidrog til at reducere oplevelsen af isolation. Fokusgruppetudiet bidrager således til en begyndende beskrivelse af forhold, der kan være relevante at inkludere i denne type postvention. Fremtidig forskning skal afklare, om – og i hvilken udformning – postvention har en forebyggende effekt på disse familiers sundhed.

Deltagerne i studiet var stigmatiserede, da de var overbeviste om, at dele af omgivelserne miskrediterede dem og familien som følge af selvmordsforsøget, jf. (28). Selvmordsadfærd er forbundet med stigmata, da det typisk tolkes som et nederlag både for individet og familien (30). Deltagerne forventede, at de – uberettiget – ville blive bebrejdet for at have fejlet at løfte deres forældreansvar. Deltagerne beskrev forskellige strategier til at undgå at blive bebrejdet, og det kunne generere konflikt og frustration mellem forældrepar. Udgangspunktet for en intervention på stigmata er at identificere situationer, hvor familiers adfærd påvirkes af stigmata (31), og det kom frem under fokusgrupperne, at postventionen havde givet forældrene en alternativ forståelse af følgerne af stigmata. Dels var forældrene bedre i stand til at normalisere familiens problemer

i forhold til andre familier, dels var det nemmere for dem at verbalisere og blive enige om deres indbyrdes konflikter. I denne sammenhæng er der brug for yderligere forskning omkring forældrenes forståelse af de alternative forståelsesrammer, der tilbydes under postventionen, og som kan være meget vanskelige at acceptere.

Trepal et al. (32) kritiserer en stor del af den eksisterende postvention for at være passiv, dvs. baseret på litteratur, brochurer eller tilfældigheder. De formulerede derfor en aktiv postvention-strategi til familier, hvor der var et medlem, der var selvskadende. Strategien omfattede: 1) Information og psykodukation, 2) vurdering af familiens kommunikations- og mestringsstrategier, og 3) støtte, henvisninger og ressourcer. Vi bemærker, at der er et meget stort sammenfald mellem principperne i Trepal et. al.s postvention og NEFOS' postvention, som begge fokuserede på at støtte familien som udgangspunkt for at støtte den selvmordstruede. Det er imidlertid mere usikkert, om NEFOS' postvention var aktiv i det omfang, som Trepal et al. efterlyser, da viden om NEFOS' tilbud ofte var baseret på mund til mund-information og/eller tilfældigheder.

Der var to særligt vigtige forhold knyttet til studiets sample, som må diskuteres i forhold til fundenes case by case-overførbarhed (33). *For det første* var antallet af grupper relativt beskedent. De to grupper etablerede forskellige normer for, hvordan forskellige emner kunne diskuteres, og det er muligt, at yderligere grupper med andre gruppekompositioner ville fremhæve/nuancere yderligere aspekter af oplevelsen af at være forældre til en selvmordstruet søn eller datter. *For det andet* var der en høj deltagelsesrate (82 %), men det er

muligt, at deltagerne tilhørte en særlig gruppe forældre. Som tidligere beskrevet, opleves et selvmordsforsøg i familien som et nederlag, og det er muligt, at nogle forældre vil isolere sig og undlade at søge uformel eller professionel hjælp for at undgå at forholde sig til en forventet negativ social respons (29). Det er endvidere muligt, at ressourcestærke familier kan mestre stressbelastningen, som følge af en søn eller en datters selvmordsforsøg, uden at søge professionel hjælp. Det er derfor muligt, at forældrene, der vælger at søge om hjælp hos NEFOS¹, er blandt de forældre, som er ressourcemæssig stærkest og derfor kan tage ansvar for, at der skal gøres noget, før de selv går helt i stykker og/eller er blandt de forældre, der oplever de største traumer som følge af selvmordsadfærden. Til trods for at studiets fund i høj grad underbygger den eksisterende forskningslitteratur, kan der altså være tale om, at det er de ressourcestærke/hårdest ramte forældres perspektiv, der kommer frem i fundene (se yderligere overvejelser omkring studiets begrænsninger i (13)).

Konklusion

Forældre til mennesker, der har forsøgt selvmord, kan være i en meget sårbar livssituation, og NEFOS¹ støtte og rådgivning fremstår som en væsentlig postvention. Tilbud efter selvmordsforsøg retter sig som udgangspunkt mod den selvmordstruede person, men belastningen af at være pårørende til en selvmordstruet viser dog et behov for at tænke forebyggelse/postvention bredere og mere aktivt. Også udenfor rammerne af en formaliseret postvention – som NEFOS¹ – vil det være

en sygeplejefaglig opgave at støtte forældre til selvskadende eller selvmordstruede sønner eller døtre med at håndtere byrden af et oplevet stigma i forhold til resten af familien, i omgangskredsen og/eller på arbejdspladsen.

Lektor, sygeplejerske, cand.cur.

Niels Buus

Institut for Sundhedstjenesteforskning,
Odense

Kvalitetskoordinator, sygeplejerske, cand.
scient.san.

Jimmy Caspersen

Psykatrien i Region Syddanmark, Odense

Videnskabelig assistent og koordinerende
jordemoderspecialist, jordemoder, cand.
scient.san.

Lene Nygaard

Netværket for Selvmordsramte (NEFOS) og
Odense Universitetshospital, Odense

Overlæge, klinisk lektor, cand.med., ph.d.

Elsebeth Stenager

Psykatrien i Region Syddanmark, Odense

Ph.d.

Elene Fleischer

Netværket for Selvmordsramte (NEFOS),

Odense

Referencer

1. Shneidman E. Prologue: Fifty-eight years. In: Shneidman E (ed.). *On the nature of suicide*. San Francisco: Jossey-Bass; 1969.
2. Shneidman E. Postvention: The care of the bereaved. In: Pasnau RO, (ed.). *Consultation-liaison psychiatry*. New York: Grune and Stratton; 1975.
3. Briggs S. Postvention: the impact of suicide and suicidal behaviour on family members, professionals and organisations. In: Briggs S, Lemma A, Crouch W (eds.). *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*. New York: Routledge/Taylor Francis Group; 2008:224-37.
4. Andriessen K. Can postvention be prevention? *Crisis* 2009;30:43-7.
5. Konieczna A. *Selvmodsforsøg i Danmark. Rateudvikling for perioden 1990-2008*. Odense: Center for Selvmordsforskning; 2010.
6. Daly P. Mothers living with suicidal adolescents: a phenomenological study of their experience. *J Psychosoc Nurs MentalHealth Serv* 2005;43:22-8.
7. Torraville MA. *Adolescent suicidal behaviours: A phenomenological study of mothers' experiences*. St. John's: School of Nursing, Memorial University of Newfoundland; 2000.
8. Rutherford P. *An exploration by interview of the feelings of mothers of adolescent children who have attempted suicide*. London: Tavistock Clinic/University of East London; 2005.
9. Oldershaw A, Richards C, Simic M, Schmidt U. Parents' perspectives on adolescent self-harm: qualitative study. *Br J Psychiatry* 2008 ;193:140-4.
10. McDonald G, O'Brien L, Jackson D. Guilt and shame: experiences of parents of self-harming adolescents. *J Child Health Care* 2007 Dec;11:298-310.
11. Raphael H, Clarke G, Kumar S. Exploring parents' responses to their child's deliberate self-harm. *Health Educ* 2006;106:9-20.
12. Byrne S, Morgan S, Fitzpatrick C, Boylan C, Crowley S, Gahan H, et al. Deliberate self-harm in children and adolescents: a qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2008;13:493-504.
13. Buus N, Caspersen J, Hansen R, Stenager E, Fleischer E. Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *J Advanced Nurs* 2013. DOI: 10.1111/jan.12243
14. Christiansen E, Larsen KJ, Agerbo E, Bilenberg N, Stenager E. Incidence and risk factors for suicide attempts in a general population of young people: a Danish register-based study. *Aust N Z J Psychiatry* 2013;47:259-70.
15. Bush EG, Pargament KI. A quantitative and qualitative analysis of suicidal preadolescent children and their families. *Child Psychiatry Hum Dev* 1995;25:241-52.
16. Fleischer E, Knudsen A. Støtte til forældre til selvmordstruede sønner og døtre – metodeovervejelser. *Suicidologi* 2012;17:20-3.
17. Bloor M, Frankland J, Thomas M, Robson K. *Focus groups in social research*. London: Sage; 2001.

18. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 1997.
19. Atkinson P, Housley W. Interactionism. London: Sage; 2003.
20. Halkier B. Fokusgrupper. 2 udg. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur; 2008.
21. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage; 2002.
22. ten Have P. Doing conversation analysis. London: Sage; 1999.
23. Coffey A, Atkinson P. Making sense of qualitative data. Complementary research strategies. Thousand Oaks: Sage; 1996.
24. Hutchby I, Wooffitt R. Conversation analysis. Cambridge: Polity Press; 1998.
25. Charmaz K. Constructing grounded theory. Charmaz K (ed.). Thousand Oaks: Sage; 2006.
26. Liamputtong P. Researching the vulnerable. London: Sage; 2007.
27. Morgan DL. Reconsidering the role of interaction in analyzing and reporting focus groups. *Qual Health Res* 2010;20:718-22.
28. Goffman E. Stigma. Hamondsworth: Penguin; 1963.
29. Andriessen K, Kryszinska K. Essential questions on suicide bereavement and postvention. *Int J Environ Res Public Health* 2012;9:24-32.
30. Cerel J, Jordan JR, Duberstein PR. The impact of suicide on the family. *Crisis* 2008;29:38-44.
31. Cvinar JG. Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspect Psychiatr care* 2005;41:14-21.
32. Trepal HC, Wester KL, MacDonald CA. Self-Injury and postvention: Responding to the family in crisis. *Fam J* 2006;14:342-8.
33. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. Thousand Oaks: Sage; 1994.