



Anna (jeg) Anna

På et hospital ligger Anna og skal dø. Psykologen er tæt på i de sidste uger af Annas liv og fortæller her om forløbet, om samtalerne og den forståelse, sygehusets personale ikke altid mødte patienten med.



Det er ikke altid lige let at være forhandler i patientens møde med svær sorg og lidelse, og slet ikke når der ingen anden udvej er end en venten på, at patienten dør inden for vores – hospitalets – monumentale mure. Sværest er mødet med den døende, når denne er et ungt menneske med småbørn og en elsket anden. De er begge ramt af at blive forladt uden at ville eller overkomme det.

I tilfældet Anna blev opfattelsen ikke længere genkendt som tilhørende hende selv, men oplevedes ”som om jeg er blevet sindsygt. Som om det ikke var nok, at jeg skal dø, så skal jeg også være en helt anden person.”

Afstandtagen og rigide løsningsmodeller giver ofte fornøden arbejdsro for personalet, hvis patientens afmagt anskues som mental uligevægt, men hos patienten er vægtskålen mellem den offentlige gesandt, skylden, og den ensomme langfart, skammen, ikke et valg for en patient, da det rammer ligeligt ind.

I enkeltstående tilfælde kan jeg således opleve, at en patient reagerer med kraftig affekt, når behandlingen ophører og personalet går videre til næste patient. Anna beskrev i første samtale, at hendes udgangspunkt for at tale med mig var, at hun ønskede en ”forklaring på, at det er mig, der skal dø.”

Samtaleforløbet var fastlagt til to besøg om ugen i en periode over seks uger, men kunne udvides, hvis hun ønskede det. Jeg nærmede mig en kende tøvende under den fjerde intense samtale det gentagne spørgsmål om, hvorfor det var Anna, der skulle dø, hvad hun forventede jeg skulle svare. Det ændrede hendes svar derhen, at Gud blev inddraget som medspiller.

Anna replicerede på mit spørgsmål ved at udbryde, at den gud, hun troede på, åbenbart ikke troede på hende, så derfor kunne hun vel lige så godt spørge en psykolog! Da jeg forhørte mig om, hvad døden stod for i hendes regi, svarede hun, at døden var en plebejer, som ville hende ondt, som alle her på afdelingen. Det var vel sagtens en af grundene til, at hun i den periode spurgte til, hvorfor hun skulle dø.

Bedøvet af smerten

Under indlæggelsen havde Anna oplevet en pseudosomnambul tilstand. Den betød, at hun ikke sov igennem af angst for, hvor hun endte, selv om hun hver nat var vågnet op i sin hospitalsseng, men var usikker på, om det var der, hun reelt befandt sig. Da jeg spurgte hende, hvor det værste sted var, hun kunne tænke sig at havne, svarede hun ”i helvede – men det er det jo også her.”

Dialogen blev derefter rettet mod, hvordan anæstesiens umiddelbart efter en operation ofte udløser tyngende og dissociative opfattelser og tankediffusion hos en patient (egen iagttagelse gennem patientsamtaler, *forf.*), en oplysning, der fjernede Annas angst.

>



> Efterfølgende aftog hendes mareridt inden for få døgn og kom ikke igen. Det ændrede vores kontakt til at omfatte en væsentlig forbedring af Annas berøringsflade med personalet og gav rum til, at hun kunne koncentrere sin svækkede energi på at forberede sig på at ”krybe til bunden af korset”, som hun udtrykte det.

Det syntes derfor langt mere relevant at inddrage meningsløsheden, Anna oplevede i kontakten med personalet, i mine samtaler med hende, end selve den nærtforestående død. Døden måtte finde sin relevans som hovedaktøren, når Anna ikke længere behøvede at kæmpe mod vejrmøllerne.

Lars Sørensen (”Smertegrænsen”, 2006, p. 182) anfører, at ”Måske er det også tilfældet for svært traumatiserede mennesker, at de bedøvet af smerten styrer som møllet direkte ind i flammen”, men umiddelbart er det i denne magtesløse sammenhæng let at definere patienten avet om og gelejde ham eller hende ind i grænselandet af normaliteten, som beskyttende buffer for personalet. Patienters rimelige og umiddelbare reaktion er at udvise vrede, når de præsenteres for en opfattelse af, at de reagerer emotionelt inadækvat på behandlingen, men vreden burde lige gerne anerkendes af personalet som et værn mod traumatisering og retraumatisering.

En af de sidste dage, jeg talte med Anna, spurgte jeg varsomt, om jeg kunne forhindre hende i at dø, siden hun spurgte mig om det samme, hver gang vi mødtes. Hun svarede efter en længere tænkepause: ”Jeg ønsker bare, de ville lade mig dø i fred.” Hvem ’de’ var, ville jeg vide. Hun svarede, at ’de’ var ”personalet selvfølgelig. De er ligeglade med, om jeg er død, synes jeg. Det er mig, der er plebejeren i deres øjne. Det er sgu ikke døden. Men de kan ikke se, de behandler mig, som om det er mig, der er døden.”



Det er ikke altid lige let at være forhandler i patientens møde med svær sorg og lidelse, og slet ikke når der ingen anden udvej er.

’Et godt tilbud’

Jeg formåede først efter to uger at finde ind til essensen af spørgsmålet om, hvorfor Anna skulle dø, mens det, jeg formåede umiddelbart, var at kæmpe sammen med Anna mod vejrmøllerne, en atypisk Tante Rosinante, gennem en daglig dialog med personalet.

Det var en ekstraordinær tilstand, Anna befandt sig i, når hun fortsat skulle gennemgå daglige, smertefulde behandlingsforløb, og som hun ikke modsatte sig, da hun ikke ”siger nej til et godt tilbud”. Personalet havde dog fortsat tendens til at se Annas arbitrære facon som en anomal forekomst hos en i nær fremtid døende patient. Sådan opfattede jeg det afgjort ikke, men derimod, at situationen var unormal, hvorfor en unormal reaktion måtte opfattes som det normale.

Det var dog sund fornuft og en ganske godt udviklet mental

styrke, som kendetegnede Anna, hvorfor udgangspunktet for min udredning og intervention var at anerkende Annas tilsyneladende vanvid som sundhed snarere end at anerkende personalets oplevelse af, at Anna var mentalt lunefuld.

Det var hun langt fra, men at personalet opfattede Anna sådan, er forståeligt, eftersom forholdet mellem parterne havde lidt en del nederlag, når personalet gjorde forsøg på at kontakte hende.

Manglende empatisk støtte kan i bedste fald medføre resignation, i værste fraskrivning af relevante og gode behandlingstiltag, hvorfor en mental parese, som Anna lagde for dagen, er en nyttig målestok for, hvordan patienten opfatter en krænkende situation.

Dette kan ofte afhjælpes gennem at afstå fra at tildele et menneske, der er svag, en uvenlig diagnose og i stedet spejle sig i, hvad man – eller jeg – som plejeyder eller psykolog selv ville reagere med af affekt, hvis jeg var på tværs eller lå på langs i netop den seng.

Mødet med Hr. Død

Under et besøg i Annas hjem reflekterede vi en eftermiddag over, hvad der kommer bagefter. ”Tror du på et liv efter dette?” spurgte hun mig.

Som psykolog kunne jeg i det scenarie vælge at svare, hvad min overbevisning var, men jeg valgte i første hug at opfatte Annas spørgsmål til mig som et ønske om at kunne afvikle sit liv med et håb til, at der var en forædlet livsduelig kontinuitet, der gav hendes forestående død mening, og at jeg kunne bekræfte hende i spørgsmålets relevans eller i det mindste anerkende det som relevant for mig også.

Derfor spurgte jeg hende, hvad hun tænkte sig der var i det næste liv – altså imødekom ønsket om en anderledes livsform snarere end at tilbagevise en alternativ samme. Anna svarede, at ”Jeg håber sgu, det er bedre end det her.”

I vores sidste samtale, som fandt sted, kort tid før Anna døde, spurgte jeg, om der var noget, Anna ønskede af mig. Anna svarede ikke lige med ét, men lo spontant og spurgte, om jeg kunne tænke mig ”at gå med ind til Hr. Død. Han er ikke halvt så slem, som man går og siger”, sagde hun. Jeg svarede umiddelbart ja som medspiller i en konstrueret medoverføring (tilnærmet empatisk præcision) og spurgte, om hun havde behov for, at jeg gik med ind og hilste pænt på ’væsenet’. Anna mente ikke, at hun havde behov for en følgesvend, men ”Du skal jo selv møde ham en dag. Bare vent. Han er en flot fyr.” Vi lo begge og tog afsked.

Ord og latter afløser hinanden og flettes spontant ind i samtalen, når behovet er for det. Alligevel er det stadig en aldeles ensom ordløs rejse, den svært medtagne eller terminale patient skal igennem, uanset hvor mange der står på empatiens sidelinje, for når sjælen ligger og spræller af smerte, så lider alle tavst omkring én. Det er blot ikke muligt at afkorte sjælens lidelse, når døden står i døråbningen og kræver sin ret, vel?! ■

Conny Danielsson, cand.psych.