

Samarbete vuxenpsykiatri och barnpsykiatri efter ett självmordsförsök

Eva Johnsson Fridell

Lil Träskman-Bendz

Lena Eidevall-Wallin

Agneta Öjehagen

Judit Miklos-Ljungberg

Efter ett självmordsförsök är det viktigt att ge stöd åt både patienten och hans/hennes familj. Med detta syfte har en samverkansmodell utvecklats mellan psykiatriska kliniken (suicidsektionen) och barnpsykiatriska kliniken, Lunds universitetssjukhus.

Författare är Eva Johnsson Fridell, Lena Eidevall-Wallin och Judit Miklos-Ljungberg, Barnpsykiatriska kliniken, Lunds universitetssjukhus, Lil Träskman-Bendz och Agneta Öjehagen, Psykiatriska institutionen Lunds universitet.

INLEDNING

Samhällets stöd och hjälp till människor som gjort ett självmordsförsök bör omfatta även deras anhöriga. Det är inte ovanligt, att barnen sett eller hittat föräldern till synes livlös. Ofta har barnen och make/maka under en tid dessförinnan hört verbala hot om självmord. Även indirekt verbal kommunikation av suicidintentioner utgör en problemfaktor som familjen har svårt att hantera (1).

En riskfaktor för självmord eller självmordsförsök är tidigare suicidalt beteende hos anhörig eller nära vän. I en epidemiologisk befolkningsundersökning i USA med psykiatriska diagnostiska intervjuer av 2304 personer rapporterade 4% eget självmordsförsök och 6,6% självmordsförsök hos förstagrads släktingar. Bland de personer som rapporterade eget självmordsförsök, hade 25% av deras anhöriga gjort självmordsförsök, vilket skall jämföras med 6% hos anhöriga till dem, som ej själva gjort självmordsförsök (2). Föräldrar är modeller för sina barn gällande problemlösningsstrategier och sätt att handskas med svårigheter.

Ur preventionssynpunkt är det angeläget att så tidigt som möjligt kunna identifiera riskfaktorer avseende barnen. Barn till deprimerade föräldrar uppvisar symp-

tom i form av oro, depressivitet och somatiska klagomål oftare än andra barn (3,4). Det som skiljer deprimerade patienter med suicidalt beteende och deras familjer från deprimerade patienter utan suicidalt beteende och deras familjer är: ålder för insjuknande i depression, depressionsepisodens längd, hur snart patienten kommit i behandling efter insjuknandet, förekomst av personlighetsstörning, ringa interpersonellt stöd samt svårigheter att lösa problem inom familjen och att enas kring normer, regler, beslut och sanktioner (5).

Ett bristfälligt socialt stödnät utgör ytterligare en riskfaktor (6). Efter ett självmordsförsök är det därför viktigt att stärka familjens stödnät både för att hjälpa patienten och de anhöriga. Således är hela familjens situation viktig att uppmärksamma för att förhindra upprepade suicidalt beteende och fortsatt otillfredsställande konflikthantering i familjen.

LOKAL BAKGRUND

Sedan 1986 finns på Psykiatriska kliniken vid Lunds universitetssjukhus en särskild enhet för omhändertagande av patienter som gjort självmordsförsök. Enheten gör rutinemässigt akutkonsultationer på medicinsk intensivvårdsavdelning sedan en person inkommit efter ett självmordsförsök. Ca hälften av de patienter som bedöms på intensivvårdsavdelningen läggs in på suicidenhetens avdelning. Dessa utgör en högriskgrupp för suicidalt beteende.

På avdelningen görs en bedömning av patienten samt en kartläggning av hans/hennes sociala situation och sociala nätverk (6,7,8). Ca 25% av inlagda patienter har

Det är inte ovanligt att barnet hittar föräldern till synes livlös

Cirka 25 % av de inlagda patienterna hade barn under 18 år

barn under 18 år. I vår strävan att förbättra omhändertagandet av patienterna ville vi också erbjuda patientens familj utrednings- och behandlingskontakt. För att kunna erbjuda adekvat hjälp till patienter med minderåriga barn startade 1989 ett samarbete med barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Lund, i syfte att erbjuda alla patienter med barn under 18 år familjesamtal tillsammans med barnpsykiater och avdelningens kurator. Genom krisintervention i familjen samt en bedömning av barnens psykiska status, hoppades vi kunna förändra eller modifiera de negativa effekterna i en för hela familjen gynnsam riktning.

I denna rapport redovisas patienternas gensvar på detta erbjudande, karaktäristika hos den suicidala föräldern, familjemönster samt barnens symtom.

Samarbetsmodell

En barnpsykiater knöts som konsult till suicidenhetens avdelning för att tillsammans med avdelningens kurator erbjuda familjebehandling och bedömning av barnen. För att få kontinuitet och ökad kunskap om dessa familjers speciella behov var samma personer ansvariga för samarbetet. Initialt besökte barnpsykiatern ronderna på avdelningen ca 1 gång/månad. Barnpsykiatern deltog i början mer informellt i arbetet kring patienterna på avdelningen. Avdelningspersonalen uttryckte lättnad över att familjen blev mer involverad i behandlingen. Kuratorn informerade vid rondtillfällen 1-2 gånger/vecka om strategier och lösningar i det familjeterapeutiska arbetet. Avdelningspersonalen stötade de familjeterapeutiska insatserna.

Många patienter är oroliga för övriga familjemedlemmar och har ofta skuldkänslor gentemot dem. Det blev därför naturligt att i samband med den sedvanliga sociala utredningen informera om att avdelningen kunde erbjuda dem och deras familj ett gemensamt samtal med barnpsykiater och kurator.

RESULTAT

Under perioden 1989-1991 var 200 patienter inlagda på avdelningen efter ett självmordsförsök. 56 av dessa patienter hade barn under 18 år, 51 erbjöds familjesamtal medan övriga var inlagda alltför kort tid.

21 patienter avböjde familjesamtal av följande orsa-

ker: familjen bodde på annan ort (4 utomlänspatienter), familjesituationen angavs vara tillfredsställande (4), hade ingen kontakt med sina barn (4). Fyra patienter hade en pågående barnpsykiatrisk kontakt och fem patienter vägrade familjesamtal med motiveringen att de inte önskade någon inblandning i familjens angelägenheter. I två fall fanns så stora problem att anmälan enligt § 71 i Socialtjänstlagen gjordes.

Sammanlagt 30 patienter tackade ja till samtal tillsammans med sina anhöriga. Tretton patienter (4 män, 9 kvinnor) accepterade familjesamtal tillsammans med barnpsykiater och kurator, medan övriga 17 patienter accepterade parsamtal. Parsamtal erbjöds inom suicidenhetens verksamhet tillsammans med kurator och psykolog men utan barnpsykiater.

Sociala karaktäristika, tidigare suicidalt beteende och psykiatrisk diagnos

Patientens sociala karaktäristika, tidigare suicidalt beteende samt psykiatrisk diagnos i familje- och parbehandlingsgrupperna och hos gruppen, som avböjde familjesamtal, presenteras i *tabell 1*. Den psykiatriska diagnosen har satts enligt DSM-III-R (9), som är ett deskriptivt amerikanskt diagnossystem, vilket fått stor användning inom sjukvård och forskning under senare år.

I behandlingsgrupperna (13+17) var en större andel gifta/sammanboende jämfört med den grupp som avböjde kontakt. Medelåldern var också högre i behandlingsgrupperna (40 år) jämfört med andra gruppen (36 år). Arbetssituationen skilde inte grupperna åt.

I behandlingsgrupperna förekom oftare depressionsdiagnos, medan det var vanligare med diagnosen anpassningsstörning (krisreaktion) i den grupp som avböjde kontakt. Personlighetsstörning var vanligast hos patienterna i familjebehandlingsgruppen.

Familjebehandlingsgruppen

Den fortsatta presentationen kommer att fokuseras på de 13 familjer som deltog i familjebehandling. I jämförelse med de 17 familjer som erhöll parsamtal hade fler patienter i dessa familjer tidigare gjort självmordsförsök och flera hade en personlighetsstörningsdiagnos (DSM III-R axis II). Majoriteten hade en depressionsdiagnos kombinerad med en personlighetsstörning. Mer än hälften av patienterna (n=8) hade gjort ett eller flera tidigare självmordsförsök. Familjebehandlingsgruppen hade också färre sociala kontakter utanför familjen och

Tabell 1. Sociala karaktäristika och psykiatriska diagnoser hos 13 familjer som accepterat familjesamtal, 17 familjer som accepterat parsamtal och 21 familjer som avböjt familjeintervention.

	Familjesamtal n=13	Parsamtal n=17	Avböjt familjesamtal n=21
Sociala karaktäristika:			
självbrandsförsök mor/far	9/4	9/8	13/8
medelålder patienten	42±5	39±9	36±8
gift/sammanboende	9 (69%)	15 (88%)	8 (38%)
arbete	9 (69%)	7 (41%)	13 (62%)
tidigare självbrandsförsök	8 (62%)	6 (35%)	9 (43%)
pågående psykiatrisk kontakt	6 (64%)	5 (29%)	10 (48%)
pågående barnpsykiatrisk kontakt	1 (8%)	1 (6%)	3 (14%)
DSM II-R diagnos axis I:			
anpassningsstörning	1 (8%)	3 (18%)	8 (38%) (*)
depression	8 (62%)	8 (47%)	5 (24%) (*)
missbruk	1 (8%)	4 (24%)	2 (10%)
övriga diagnoser	3 (22%)	2 (11%)	6 (28%)
DSM III-R diagnos axis:			
	8 (62%)	3 (18%)	11 (52%) *

Chi square test: (*) = $p < .10$, * = $p < .05$, d.f.

hade oftare och svårare problem på sina arbetsplatser. De 13 familjerna bestod av 9 fullständiga familjer och 4 ensamstående mödrar med sammanlagt 26 barn under 18 år.

Barnen hade oftare varit närvarande vid suicidförsöket (9/13) i den grupp som erhöll familjesamtal jämfört med gruppen som erhöll parsamtal (2/17).

Intervention

Som grundmodell för interventionerna utgick vi ifrån en strukturell familjeterapeutisk behandlingsmodell med teknikmodifieringar utifrån familjernas akuta behov (10). Vi träffade familjerna 1-2 veckor efter inläggningen. Sex familjer fick 1-2 familjesamtal med inriktning på den akuta krisen. Detta bedömdes vara tillräckligt i en familj. Fyra familjer fortsatte i parterapi p g a relationsproblem mellan makarna och ett barn fortsatte i individkontakt på BUP. I en familj var problemen så massivt förnekade, att det var omöjligt att få till stånd en arbetsallians med familjen. Sju familjer fick 3-20 familjesamtal varav tre familjer erhöll familjeterapi under ett års tid. I två av dessa familjer var även mormor och farmor med.

Vid första samtalet med familjen tog vi reda på hur mycket var och en visste om självbrandsförsöket och omständigheterna kring detta. Hade familjen pratat med varandra om det inträffade? Vilka fantasier hade barnen? Barnen kände ofta stor skuld inför föräldrarnas själv-

brandsförsök och det blev angeläget att kunna lätta barnens skuldbörda. Vi försökte också bilda oss en uppfattning om, hur familjen hanterat tidigare svårigheter, och de svårigheter som fanns vid tiden för självbrandsförsöket. Det var också angeläget, att få kunskap om familjens stödnät, såväl föräldrarnas som barnens, samt om det förekommit någon förändring i detta före självbrandsförsöket.

Exempel på pedagogiska strategier är att hjälpa familjemedlemmar att bli medvetna om, hur man kommunicerar med varandra och tolkar varandras inbördes kommunikation. Ett annat exempel är att lära sig förstå och tolka både egna och andras behov. En vanlig föreställning hos anhöriga är rädsla för att sätta igång en suicidal process om man frågar om självbrandstankar. Det är vanligt, att den person som gjort ett självbrandsförsök inte vill förmedla dystra tankar och känslor till sina anhöriga av rädsla för att väcka oro.

I de tre familjer som fick en längre terapi arbetade vi med stärkande av generationsgränser och modifiering av anpassningsstrategier. I en av familjerna där det ena barnet hade allvarliga störningar var vi framför allt inriktade på att få föräldrarna att acceptera barnets behov av individkontakt.

En flyktingfamilj hade under lång tid varit utsatta för svåra umbäranden. Det ena barnet var vid den tidpunkt vi träffade dem, prepsykotisk p g a svåra traumatiska upplevelser och otrygghet. Vi arbetade med tolk under

större delen av terapin. Arbetet fokuserades på anpassningen i det för dem nya samhället och bearbetning av de svåra upplevelser de gått igenom. Sedan familjen fått uppehållstillstånd och barnen börjat skolan, avklingade barnets psykotiska symtom.

Barnens symtom

I familjebehandlingsgruppen fanns sammanlagt 26 barn under 18 år i åldrarna 5-17 år, 16 pojkar och 10 flickor. Tjugo (77%) av barnen uppvisade ett eller flera symtom vid tidpunkten för första familjesamtalet, vanligtast ångslighet och depression. Nedstämdhet märktes framför allt genom att barnen var tysta och okoncentrerade och isolerade sig från sina kamrater. En tonårsflicka uttryckte suicidtankar. Majoriteten av barnen blev fria från sina symtom, när krisen i familjen avklingat.

De barn, som hade mer långdragna eller allvarliga symtom (3 barn) hörde till de familjer, där föräldern gjort upprepade självmordsförsök. I dessa familjer hade barnen också hittat föräldern livlös mer än en gång.

FAMILJEMÖNSTER

De familjemönster som vi sett i dessa familjer är: intensiva dependenta mönster i familjen med rädsla för separation, - rädsla att uttrycka egna behov och även svårigheter att förstå andras behov, - svårigheter att känna igen och förstå både egna och andras affekter, - förnekande av problem, - avståndstagande mot den suicidala familjemedlemmen, - fiendlighet mot varandra - misstänksamhet mot personer och relationer utanför familjen samt rollförvirring där s k vuxenbarn var vanligt. Dessa familjemönster hos "suicidala familjer" finns också väl beskrivna hos Richman (11).

SAMMANFATTNING

Antalet familjer är litet och vi kan därför inte göra några generaliseringar, men vår erfarenhet är följande: genom att konsekvent erbjuda familjesamtal till föräldrar som gjort självmordsförsök, fick vi kontakt med flertalet av de föräldrar som hade kända riskfaktorer (12), nämligen depression, upprepade suicidförsök och personlighetsstörning. Majoriteten av de barn vi träffade hade symtom vid första kontakten. Efter familjeintervention har vi konstaterat en minskad skuldbörda hos familjemedlemmarna och framför allt hos barnen. Vi har också konstaterat en ökad bredvillighet att söka hjälp.

Patienterna har uttryckt en lättnad över att få möjlig-

het att prata med barnpsykiater om sin oro för barnet/barnen utan att själva behöva ta kontakt med barnpsykiatri. I de fall där barnen varit i behov av en individuell barnpsykiatrisk behandlingskontakt underlättades överlämnandet betydligt genom vårt samarbete.

Samarbete mellan vuxen- och barnpsykiatri ger möjlighet till ett helhetsperspektiv där man kan se till hela familjens behov, såväl de vuxnas som barnens. Därigenom kompletterar man varandras kunskaper inom två olika medicinska specialiteter.

Det är värdefullt att snabbt kunna interвенера i familjen så att barnen inte blir lämnade i en svår situation utan möjlighet till hjälp och stöd. Att möta en familj med deras barn i den kris som den suicidala händelsen framkallat ger en möjlighet att samtala om svårigheter och problem i hela familjen. Familjen kan få hopp om förbättrade relationer i framtiden, vilket i sin tur kan förebygga upprepning av suicidalt beteende.

REFERENSER

1. *Wasserman D*: Kamp, nederlag och utstötning. Familjens reaktioner på den suicidala kommunikationen. Socialmedicinsk tidskrift 1990;8.
2. *Sorenson S, Rutter C*: Transgenerational Patterns of Suicide Attempt. *J Consult Clin Psychology* 1991; Vol 59 (6):861-866.
3. *Keitner G I, Miller I W*: Family Functioning and Major Depression. An Overview. *Am. J Psychiatry* 1990;14:9.
4. *Billings R, Moos R*: Children of parents with Unipolar Depression: A controlled 1-year follow up. *J Abnorm Child Psychiatry* 1985;14:149-166.
5. *Keitner G, Ryan C E, Miller I W, Epstein N B, Bishop D S, Norman W H*: Family Functioning, Social Adjustment, and Recurrence of Suicidality. *Psychiatry* 1990;53:17-30.
6. *Magne-Ingvar U, Öjehagen A, Träskman-Bendz L*: The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:153-158.
7. *Träskman-Bendz L, Regnell G, Fribergh H, Öhman R, Magne-Ingvar U, Öjehagen A*: Suicidforskningsenheten i Lund. Social medicinsk tidskrift 1991:1.
8. *Fribergh H, Träskman-Bendz L, Öjehagen A*: The Meta-Contrast Technique - a projective test predicting suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:473-477.
9. *American Psychiatric association*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edition-revised). Washington, DC:APA, 1987.
10. *Minuchin S, Fishman C H*: Livets dans, familjeterapeutiska tekniker. 1990: Wahlström och Widstrand.
11. *Richman J*: The Family Therapy of Attempted Suicide. *Fam Proc.* 1979: vol 18.
12. *Hawton K*: Assessment of suicide risk. *Brit J Psychiatry*, 1987;150:145-153.