

# Kamp, nederlag och utstötning

Familjens reaktioner på den suicidala kommunikationen

Danuta Wasserman

I denna artikel beskrivs olika former av suicidal kommunikation och omgivningens reaktioner på denna. Familjemedlemmar uppfattar oftast den suicidala kommunikationen, även sådan som för utomstående är svår att förstå. Den starkt emotionellt påfrestande situationen i den suicidala familjen kan leda till att anhörigas egna psykiska konflikter aktualiseras vilket kan uttryckas i ambivalens och ibland i aggressivitet riktad mot den suicidala individen. Den suicidala personen uppfattar ofta enbart de negativa reaktionerna vilka tolkas som uttryck för brist på kärlek och intresse. Familjens positiva reaktioner, oro och omsorg negligeras ofta av den suicidala individen. Detta kan leda till en ond cirkel i familjen. De suicidala familjerna har ett stort behov av allt tänkbart stöd samt av professionell behandling.

Danuta Wasserman är docent och verksam vid psykiatriska institutionen, Huddinge sjukhus. Hon innehar Medicinska Forskningsrådet (MFR) forskarassistenttjänst i psykiatri.

## Inledning

Varje suicidal handling föregås av en kortare eller långvarigare process med mycket individuell dynamik (15).

Suicidala tankar, självmordsförsök och självmord kan ses som ett *försök att lösa psykiska konflikter* och där döden förefaller vara den enda lösningen. Man måste dock vara uppmärksam på att i många fall är inte motivet att dö.

Självmord och självmordsförsök kan också ses som ett, visserligen missriktat, *adaptationsförsök* av en desperat olycklig individ som försöker lösa outhärdliga livsproblem. Detta anpassningsförsök har till syfte att åstadkomma förändringar både i den yttre och inre

(psykiska) verkligheten. Efter ett självmordsförsök kan det tänkas att man försätter sig i ett nolläge, från vilket man på nytt kan orientera sig i olika riktningar. Den hjälp man kan erhålla efter ett självmordsförsök kan bidra till en adaptation i positiv riktning.

Självmord och självmordsförsök kan också ses som *kommunikativ handling*, genom vilken den suicidala individen försöker meddela sin olyckliga belägenhet till omgivningen, samt framkalla ett svar från denna.

Suicidala handlingar sker sällan utan förvarning och utan kommunikation till omgivningen. Flera undersökningar (1, 2, 5, 8, 10, 11, 16, 20) bekräftar att de suicidala personerna i stor utsträckning meddelar sina suicidala avsikter till sin närmaste omgivning.

Omgivningens reaktioner på individens suicidala kommunikation och de suicidala patienternas upplevelser av omgivningens reaktioner har studerats av författaren utifrån en psykodynamisk referensram (14–16, 19).

## Suicidal kommunikation

Den suicidala kommunikationen kan indelas i verbal och icke verbal, dvs kommunikation med hjälp av ord eller utan ord. Båda typerna av den suicidala kommunikationen kan ytterligare uppdelas på direkt och indirekt kommunikation.

Exempel på den *direkta verbala* suicidala kommunikationen är när en individ i klartext uttrycker sin avsikt att ta sitt liv genom att säga att självmord är den enda utvägen, eller att det känns som om det enda riktiga vore att göra slut på allting. Denna typ av kommunikation uttrycks ej sällan under gräl, tillsammans med anklagelser riktade gentemot familjemedlemmar, vilka uppfattas som orsak till individens svårigheter och underförstått till den suicidala situationen. Detta kommer till uttryck när den suicidala per-

sonen känner att det är omöjligt att orka med livets påfrestningar och beror ofta på behovet att omedelbart erhålla stöd från de närmaste och därigenom bekräftelse på familjens omsorg, kärlek och intresse. Denna form av kommunikation brukar i regel uppträda en kort tid före den suicidala handlingen.

Den *indirekta verbala* suicidala kommunikationen är uttalanden av typ: "Så här kan det inte fortsätta. Jag ser ingen mening med livet. Ni kommer att få ångra er. Jag kommer inte att kunna leva utan henne/honom." Denna form av kommunikation kan ibland pågå under loppet av flera månader, och hos tex suicidala missbrukarpatienter under loppet av flera år. Under denna tid lever familjen i en ytterst påfrestande livssituation. Det långa tidsperspektivet under vilken den suicidala kommunikationen förekommer kan förklara en del av de nedan beskrivna reaktionerna hos familjemedlemmarna.

Den *direkta icke verbala* suicidala kommunikationen kan uttryckas i att individen besöker flera olika läkare för att få recept på sömnmedel, samlar på tabletter, skaffar vapenlicens etc.

Den *indirekta icke verbala* suicidala kommunikationen kan exemplifieras med att individen ordnar försäkringsfrågor, betalar skulder eller gör allt snyggt och fint i hemmet. En del suicidala personer kan i denna fas intensivt söka kontakter med sina närmaste eller med sjukvården. Andra söker i stället ensamhet, isolering, drar sig undan och är svåra att nå i kontakterna.

De indirekta formerna av suicidal kommunikation är ofta svåra att förstå om man inte har möjlighet att sätta dem i sammanhang och inte känner individen väl. Den känns dock oftast igen av familjemedlemmar och vänner som alldeles för sällan har möjlighet att förmedla sina iakttagelser, farhågor och oro till i suicidologiska frågeställningar tränad sjukvårdspersonal.

### **Familjemedlemmarnas svar på den suicidala kommunikationen**

De flesta familjemedlemmar uppfattar den suicidala kommunikationen, även sådan som för en utomstående skulle vara svår att förstå. Det råder dock oftast en nästan *total tystnad* kring de suicidala meddelandena. Tystnaden beror på rädslan att framkalla en

.....  
*Den suicidala kommunikationen känns ofta igen av familjemedlemmar som borde ges möjlighet att förmedla sina iakttagelser till sjukvårdspersonal tränad i suicidologiska frågeställningar.*  
.....

suicidal handling hos individen genom att tala om de suicidal meddelandena och om eventuell suicidal handling. Familjemedlemmarna är mycket tyngda av det ansvar de känner och av skuld- och skamkänslor. De söker sällan professionell hjälp. Tyvärr förekommer det också, att i de fall anhöriga söker hjälp, blir de avvisade med hänvisning att söka hjälp tillsammans med den suicidal familjemedlemmen som ofta inte är motiverad till psykiatrisk behandling (17–18). Den emotionellt mycket påfrestande situationen i den suicidal familjen och avsaknad av möjligheter för familjemedlemmar att kunna tala med någon om sina farhågor kan leda till att familjemedlemmar visar tydliga tecken på egen psykisk insufficiens och aktualisering av egna psykiska konflikter.

Ett av uttrycken för att psykiska konflikter aktualiseras hos familjemedlemmar är *ambivalens*, dvs samtidig förekomst av motsatta känslor, tankar och beteenden. Den ambivalens som syns tydligast hos de flesta partners till suicidal individer gäller frågan om att fortsätta relationen eller ej. Denna ambivalens uppfattas av de suicidala individerna vilka ofta svarar med ökad suicidal kommunikation, vilken i sin tur ytterligare kan förstärka partners ambivalens. En ond cirkel kan uppstå. Vissa anhöriga visar även ambivalens beträffande frågan om de skall hjälpa patienten eller ej tex i praktiska angelägenheter eller med läkarvård.

De suicidala individerna ser till följd av sin störda perception, allting i svart, nedvärderar sig själva och förstorar svårigheterna. De uppfattar oftast enbart den negativa polen i anhörigas ambivalens, alltså uttrycken för önskan att inte fortsätta relationen eller att inte hjälpa, och tolkar dessa uttryck som brist på kärlek och intresse. De har svårt att uppfatta den positiva polen i ambivalensen, omsorgen och oron, trots att dessa förekommer (19).

När situationen blir ännu mera spänd kan en del

anhöriga på olika sätt visa *aggressivitet* gentemot den suicidala familjemedlemmen, bla genom dödsönsningar som kan uttryckas verbalt till patienten eller till andra. En form av aggressivitet är bland annat sk "turning away"-reaktioner, vilket innebär att man trots medvetenheten om att en suicidal handling hotar eller inträffat, lämnar personen utan hjälp. De här reaktionerna som tangerar den passiva euthanasi-problematiken har beskrivits i ett nyligen publicerat arbete (14).

Aggressiviteten hos de närmaste förefaller vara starkt beroende av den suicidala processens längd och intensiteten i den suicidala kommunikationen. Den är ofta förenad med starka skuldkänslor. De aggressiva uttrycken som uppkommer kan förklaras med att anhörigas egna psykiska konflikter aktualiseras när de konfronteras med en suicidal familjemedlem utan att någon hjälp utifrån är tillgänglig. De ställs inför en situation där de inte bara behöver ta ställning till familjemedlemmens suicidalitet men även i allra högsta grad till egna tankar, känslor och reaktioner som berör de egna självdestruktiva impulserna och den egna aggressiviteten. I en sådan påfrestande situation kan en konflikt som hittills hållits i schack aktualiseras med en sådan styrka att synliga symptom i form av ambivalens och aggressivitet iakttas.

Den suicidala individens dåliga självkänsla, självanklagelser och hopplöshetskänslor ökar, när omgivningen visar ambivalens och aggressivitet som svar på de suicidala meddelandena, vilket kan påverka utvecklingen av den suicidala processen i riktning mot en suicidal handling (3,16). Omgivningens reaktioner blir särskilt utslagsgivande när den suicidala individen bara har en enda relation.

### **Teoretiska överväganden beträffande familjens reaktioner på den suicidala kommunikationen**

Grundläggande för den psykoanalytiskt orienterade psykiatrin är Sigmund Freuds (1856–1939) upptäckter om barnets psykosexuella driftutveckling (6). Freud beskrev hur starka upplevelser alltifrån första levnadsåren formar individens karaktär. Freud intresserade sig från början för individens libidinösa utveckling i olika faser. I vanligt språkbruk står libido för kärleken och syntesen. Så småningom började Freud lika starkt intressera sig för och betona aggres-

.....  
*Omgivningens reaktioner blir särskilt utslagsgivande när den suicidala personen bara har en enda relation.*  
.....

sivitetens roll i karaktärsutvecklingen. Aggressiviteten står för destruktiviteten och för det själv- och makt-hävdande. Aggressiviteten associerad med libido, alltså med kärleken, står för allt det konstruktiva som vi kan utföra under våra liv.

Både libido och aggressivitet kan störas i sin utveckling. I de flesta fall associeras den libidinösa och aggressiva driften. Under ogynnsamma förhållanden kan en dissociation uppstå och i dessa fall kan den aggressiva driften ta överhanden. Så kan tex ske när psykiska konflikter inte kan lösas och en manifestation i form av psykiska störningar uppstår, som tex hos en del anhöriga till suicidala personer när den suicidala situationen i familjen blir långvarig och påfrestande.

Freud betonade starkt hur människans sexuella och aggressiva drifter i vanliga fall socialt anpassas, och visade därigenom både den libidinösa och aggressiva driftens förankring i den yttre kulturella och sociala miljön samt i kärnfamiljen.

Men Freud hade också i sin förklaringsmodell av det mänskliga psykets funktion, en anknytning till den naturvetenskapliga modellen genom en betoning av den biologiska, arvetärla förankringen av drifterna.

Både den libidinösa driften, nämligen sexualiteten som svarar för släktets överlevande och aggressiviteten som svarar för individens överlevande har sina rötter i vår arvs massa som kodar för våra fysiska och psykiska egenskaper. Hur vi upplever omvärlden är i mångt och mycket beroende av vår arvs massas sammansättning, samt av den yttre miljö som lockar och förvaltar de olika egenskaper varje individ besitter.

Liksom det mesta i vår yttre framtoning, är vår personlighet ett uttryck för en samverkan mellan arv och miljö. Vi ärver knappast någon bestämd genetisk konstitution som förutbestämmer en utveckling mot ett suicidalt beteende. Däremot kan vår arvs massa som står för utbudet av alla tänkbara möjligheter, innehålla vissa bestämda defekter, vilka miljön kan

mer eller mindre framgångsrikt undertrycka eller frammana. För att exemplifiera vad jag menar skulle jag här vilja citera Janusz Korczak, en polsk judisk barnläkare, pedagog, författare och en stor barnvän som i många år före andra världskriget förestod ett hem för föräldralösa barn i Warszawa. Hans liv hade barnens bästa som mål, vilket han i sitt yttersta visade när han den 5 augusti 1942 tillsammans med föräldralösa judiska barn valde att möta döden i det nazistiska förintelselägret Treblinka, trots att de tyska myndigheterna erbjöd sig att skona honom. Så uttryckte Korczak sin syn på miljön och uppfostrans roll. "Jag kan skapa principer för sanning, för ordning och arbetsamhet, för öppenhet och ärlighet, men jag kommer aldrig i grunden att kunna göra om ett enda barn till något annat än det är. Björken förblir en björk, eken en ek" (7). Samtidigt vattnade han björkarna och gödslade eken genom sitt engagemang för barnen, genom omsorg om dem och genom progressiv humanistisk uppfostran.

Det är viktigt med en syntes av de biologiska och psykodynamiska synsätten när man försöker förklara vilka faktorer som predisponerar individen till en suicidal handling. Man får inte glömma den genetiska komponenten att "björken förblir en björk, eken en ek" men inte heller förminska vikten av den yttre miljön och att en björk utan vatten kommer att vissna.

En viktig inriktning inom psykoanalysen är sk objektrelationsteorin. Den amerikanska barnanalytikern Margaret Mahler har genom sina observationer av barnets utveckling och beskrivning av de olika faserna bidragit till den ökade kunskapen om den tidigaste utvecklingen av objektrelationerna (9). Hon beskrev den autistiskt-symbiotiska fasen som sträcker sig från ungefär 0–5 månader, differentieringsfasen 5–10 månader, övningsfasen 10–18 månader, närmande- och separationsfasen 18–22 månader och så småningom konsolidering vid 3 års-åldern, då barnet uppnår en objektkonstans och övergår från en dyadisk till en triangulär relation med sina föräldrar. Det är ofta just under denna tid som störningar uppstått hos suicidala individer pga avsaknad av möjligheter till utveckling av stabila objekt- och subjektrelationer till följd av tidiga separationer, eller frånvaro av intresserade föräldraobjekt under uppväxttiden, vilket

Cullberg tillsammans med författaren beskrivit (13).

Av denna undersökning (13) framgår att många patienter som gjort självmordsförsök upplevt objekt-förluster före 15 års ålder och att de saknade emotionellt stöd i föräldrahemmen. De växte ofta upp i kaotiska och instabila hem där en ständig osäkerhet, långa eller definitiva separationer från föräldrar, samt materiell och emotionell depravation förekom.

De under barndomen upplevda separationerna och emotionell instabilitet har sannolikt betydelse för utvecklingen av individens självkänsla och benägenhet att reagera med suicidala handlingar vid förnyade separationer i vuxen ålder.

Den suicidala handlingen kan ses som resultat av återupprepning och reaktivering av under barndomen upplevd besvikelse och obearbetad sorg, ilska och aggressivitet i samband med olika typer av förluster. Det är sannolikt därför familjemedlemmarnas tystnad, ambivalens och eventuellt förekommande aggressivitet som svar på individens suicidala kommunikation, blir så utslagsgivande för den suicidala individens reaktioner då denne ånyo fruktar bortstötning och övergivenhet (12,16).

Samtidigt måste vi vara medvetna om att barnets respektive individens erfarenhetsutveckling och inlärningsprocess utmärks inte bara av objektens (föräldrarnas, vårdarnas) egenskaper att vara mer eller mindre tillfredsställande eller frustrerande, utan också av barnets och individens egna inneboende mer eller mindre starka driftsystem som är mycket individuella och konstitutionellt förankrade.

Vi får inte skuldbelägga familjemedlemmar för deras reaktioner mot den suicidala individen. Deras börda är ofta mycket tung. Dessutom kan deras reaktioner vara uttryck för en aktualisering av egna psykologiska konflikter i den emotionellt spända situationen i en suicidal familj. Den suicidale individens upplevelse av familjemedlemmarnas reaktioner är inte heller proportionell till dessa utan starkt påverkad av subjektiva upplevelser som är förankrade i individens biologiska och psykosociala arv.

Familjemedlemmar i de suicidala familjerna är mycket sårbara och utgör en riskgrupp för egna suicidala handlingar. De förtjänar allt aktivt stöd och hjälp både från sjukvårdens, primärvårdens och socialtjänstens sida.

De suicidala familjerna är i stort behov av professionell hjälp.

### När kampen känns förlorad

Det är mycket angeläget att alltid ha kontakt med familjemedlemmar efter ett inträffat självmordsförsök. Anhöriga och partners är en viktig källa till information om den suicidala processen och om patientens livssituation. De är också ofta i behov av egen behandling pga egna psykologiska och psykiatriska problem. Anhörigas medverkan är dessutom en viktig förutsättning vid alla former av behandling efter ett inträffat självmordsförsök.

När kampen känns förlorad och nederlaget som störst efter att man har mist en nära anhörig eller ett barn pga självmord är det av yttersta vikt att ge allt möjligt stöd till de efterlevande (4). Ibland är inte sjukvården den bästa instansen, pga anhörigas upplevelse att man inte har gjort vad man kunnat från sjukvårdens sida (17,18). Därför kan kontakten med oberoende föreningar, vars medlemmar har förlorat en nära anhörig pga självmord, vara värdefull. I sådana föreningar kan man tala om sina tragiska upplevelser och även aktivt arbeta med informationsverksamhet för att förebygga självmord.

### REFERENSER

1. *Bernstein M*: The communication of suicidal intent by completed suicides. *Omega* 1978–1979;9:175–182.
2. *Beskow J*: Suicide and mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatr Scand (Suppl)* Copenhagen: Munksgaard, 1979:277.
3. *Cullberg J, Wasserman D, Stefansson C-G*: Who commits suicide after a suicide attempt? An 8 to 10 year follow up in a suburban catchment area. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77:598–603.
4. *Dunne EJ, McIntosh JL, Dunne-Maxim K*. (Eds): Suicide and its aftermath. Understanding and counseling the survivors. New York: WW Norton & Company, 1987.
5. *Farberow NL, Shneidman ES*, eds: The cry for help. New York: McGraw-Hill, 1961.
6. *Freud S*: Orientering i psykoanalys. Stockholm: Natur och Kultur 1980:211–338.

7. Föreningen för Janusz Korczaks levande arv (Grundad 1979 i Stockholm; Ordförande docent Siv Fischbein, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet). Årskrönika 1988.
8. *Kovacs M, Beck AT, Weissman MA*: The communication of suicidal intent: *Arch Gen Psychiatry* 1976;33:198–201.
9. *Mahler MS*: The psychological birth of the human infant. London: Hutchinson & Co publ. Ltd. 1975.
10. *Murphy GE, Robins E*: The communication of suicidal ideas. In: Resnik HLP, ed. *Suicidal behaviors*. Boston: Little Brown & Co 1968:163–170.
11. *Robins E, Gassner S, Kayes J, Wilkinson RH, Murphy GE*: The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry* 1959;115:724–733.
12. *Wasserman D*: Separation: an important factor in suicidal actions. *Crisis* 9/1 1988:49–63.
13. *Wasserman D, Cullberg J*: Early separation and suicidal behaviour in the parental homes of 40 consecutive suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:296–302.
14. *Wasserman D*: Passive euthanasia in response to attempted suicide: one form of aggressiveness by relatives. *Acta Psychiatr Scand*, 1989;79:460–467.
15. *Wolk-Wasserman D*: Attempted suicide – the patient's family, social network and therapy. Stockholm: Graphic Systems, 1986:1–220.
16. *Wolk-Wasserman D*: Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73:481–499.
17. *Wolk-Wasserman D*: Contacts of suicidal neurotic and prepsychotic/psychotic patients and their significant others with public care institutions before the suicide attempt. *Acta Psychiatr Scand* 1987;75:358–372.
18. *Wolk-Wasserman D*: Contacts of suicidal alcohol and drug abuse patients and their significant others with public care institutions before the suicide attempt. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:394–405.
19. *Wolk-Wasserman D*: Suicidal patients' comprehension of significant others' attitudes towards them. In: *Current Issues of Suicidology*. Ed. Möller H-J, Schmidtke A, Welz R. Springer Verlag, 1988: 381–389.
20. *Yessler PG, Gibbs JJ, Becker HA*: On the communication of suicidal ideas. I. Some sociological and behavioral considerations. *Arch Gen Psychiatry* 1960;3:612–531.

Finansiellt stöd har erhållits från Delegationen för Social Forskning (DSF, F87/116:2) och Medicinska Forskningsrådet (MFR, K89-21P.-08892-01A)