

Familjeperspektiv på suicidalt beteende

Lennart Gustafsson

Suicidologin har arbetat alltför individcentrerat. Därigenom förbises den stora roll som familjen spelar för uppkomst och utveckling av suicidalt beteende.

Lennart Gustafsson är överläkare vid psykiatriska kliniken, Regionsjukhuset, Umeå

När jag för några år sedan genomförde drygt hundra-talet intervjuer med efterlevande närstående, kort tid efter ett inträffat självmord berättade flera av de intervjuade, kanske aningen förvånat, att det ju egentligen var de själva som hade tänkt ta livet av sig. I flera fall hade ett sammanlevande par haft överläggningar om huruvida båda skulle ta livet av sig. Flera efterlevande vidtog senare själva suicidhandlingar. Liknande iakttagelser har rapporterats av andra (1).

Jag tror detta är viktigt. Det i mitt tycke konstgjorda uppdelningen i offer och hjälpare är sannolikt en följd av att suicidologin i stor utsträckning arbetat alltför individcentrerat.

Föreställningen att all suicidalitet finns hos patienten och att ansvaret för att den upphör ligger hos hjälparna hindrar våra möjligheter att reagera adekvat (2).

Ett flertal undersökningar gjorda efter självmord och självmordsförsök visar att offret meddelat sina avsikter till anhöriga i 50–85 % av fallen (3).

.....
Föreställningen att all suicidalitet finns hos patienten och att ansvaret för att den upphör ligger hos hjälparna hindrar våra möjligheter att reagera adekvat.
.....

Men även om de anhöriga för det mesta förstår budskapet förblir de ofta i hög grad passiva (4).

Ett par franska forskare beskriver sin stora förvåning när de finner: "att självmordsförsöket, långt ifrån att som vi väntat oss, provocera fram en öppen och tillspetsad kris i familjen, mer verkade ge sig tillkänna som chockvågor, vilka krossas mot det rigida familjesystemet. Frånvaron av reaktion innebär i sig ett förnekande av möjligheten att åstadkomma förändring." (5).

Familjer med suicidförsök

Williams och Lyon (6) videofilmade familjer med en dotter som gjort suicidförsök. De fann att dessa familjer jämfört med kontrollfamiljerna:

- Hade dålig förmåga till anpassning och hantering av begynnande konflikter.
- Bara gjorde en tredjedel så många relevanta utsagor.
- Uppvisade ett konfliktfyllt tal.
- Diskuterade mer fragmenterat och oordnat med ett stort antal avbrott.
- Använde mer diffus kommunikation.
- Hade svårighet att komma fram till gemensamma beslut.

Man bör här ändå fråga sig hur specifikt detta kan vara för en familj med självmordsproblematik.

En subkultur synes utvecklas i familjen utifrån familjära och kulturella förväntningar och erfarenheter. Denna tenderar att upprepas från den ena generationen till den andra (7–10).

Familjer med suicidala barn

Cynthia Pfeffer (12) har en mångårig erfarenhet av terapier med barn i latensfasen och har fått följande intryck av inlagda suicidala barns familjer:

- Föräldrarna förmår inte utveckla en adekvat omvårdnad och går ofta in i en barnroll.

- b) Föräldrarna har svårt att frigöra sig från sina ursprungsfamiljer som de är starkt knutna till.
- c) Mot föräldrarnas ursprungsfamiljer riktas också starka känslor av fientlighet som också verbaliseras. Känslor av att gått miste om något och känslor av mindervärde och ambivalens föreligger också.
- d) Man uppfattar och reagerar på partnern som om denna var någon av ens egna föräldrar med alla vidhängande känslor som tidigare nämnts.
- e) Ilska uttrycks öppet men ej riktat mot någon enskild.
- f) Föräldrarnas konflikter rör deras beroende av varandra där de var och en kan göra den andre illa samtidigt som de lever under ett ständigt hot om att själv få smärtsamma sår.
- g) Skilsmässohotet hänger över deras huvuden och depression och suicidalitet förekommer ofta hos någon av parterna.
- h) Ett avvisande tas inte för absolut slutgiltigt och det finns anmärkningsvärt mycket hopp om en ny samhörighet hos parterna.
- i) Gentemot barnet visar föräldrarna *känslor som egentligen avser partnern*
- j) Symbiotiska föräldra-barnrelationer utvecklas.
- k) Det suicidala barnets roll är att förse en förälder med gratifikation, att försvara en förälder som mår dåligt och att fungera som mottagare för den fientlighet som härstammar från föräldrarnas egna olösta barndomskonflikter.
- l) Familjemedlemmarna ger sällan uttryck för stöd till varandra.
- m) Teman som sysselsätter familjen rör ofta att skiljas, att bli övergiven eller döden.
- n) Varje förändring upplevs som ett hot mot familjens överlevnad.
- o) Förnekande, hemlighetsmakeri och brist på öppen kommunikation kännetecknar familjemedlemmarnas agerande.
- p) Förändring skapar ångest och regression till infantila fixpunkter.

Familjesystemet blir icke flexibelt. De suicidala tendenserna hos någon av parterna kanske inte blir tydliga förrän det sker en väsentlig förändring i familjedynamiken och jämvikten i hela familjesystemet.

En sådan här familj kan beskrivas med begrepp

.....
Det rigida familjesystemet anses förhindra att familjens yngsta medlemmar får pröva alternativa roller. Den unge får då dålig träning i problemlösning.

som ambivalens, rigiditet, dålig familjeidentitet, regression, hjälplöshet, låg självkänsla, depression och bekämpande av individualitet. Det rigida familjesystemet anses förhindra att familjens yngsta medlemmar får pröva alternativa roller (13). Den unge får då dålig träning i problemlösning. Detta försvårar hans möjligheter att i framtiden hitta alternativa lösningar på sina problem (14). Man har dock mig veterligt inte kunnat visa att deprimerade barn finner färre lösningar på emotionella problem, något som däremot verkar vara fallet för vuxna. Vissa tecken tyder emellertid på att suicidala barn misslyckas med att spontant finna strategier för att reglera sina emotioner och beteenden vid stress. De upplever också sina familjer som stressiga, icke-stödjande med dålig kontroll, hög konflikt-nivå och bristande sammanhållning (15). Det finns forskningsresultat som tyder på att barns uppfattning av familjemiljön är den faktor som bäst korrelerar till deras självmordsbeteende (15).

Uppkomst av självmordsbeteende

Aldridge (7) noterar ett mönster av störningar och misslyckanden i familjerollerna, svårighet att möta kriser och självmordsbeteende som kommunikations-sätt. Han fann att *självmordsbeteende* uppkom när tre samverkande förhållanden förelåg:

- a) När familjemedlemmarna uppfattar varandras beteende som felaktigt hur de än betar sig.
- b) När en familjemedlem traditionsenligt får symptom vid konfliktupptrappning.
- c) När någon just skall lämna familjen, har ombetts lämna den eller nyligen gjort så.

Rosenbaum och Richmann (16) fann att medlemmarna i familjer med suicidproblematik var ömsesidigt missnöjda med varandra. Den som uttryckte suicidalitet tycktes ha accepterat sin skuld och kunde inte försvara sig. Han fungerade dessutom som container för de övrigas aggressivitet förutom att han skulle ta hand om sin egen. De vanligaste försvaren

.....
Forskarna fann att högriskgruppen med allvarliga självmordsförsök kännetecknades av att de endast vände sig till den allra mest närstående med sina självmordsmeddelanden.
.....

var förnekande och projektion av skuld. När familjen inte kunde lösa problemen försökte de undvika dem genom bortstötning och aggressivitet.

Fawcett, Leff och Bunney indelade 30 deprimerade patienter i tre grupper och fann att högriskgruppen med allvarliga självmordsförsök som i flertalet fall lett till döden kännetecknades av att de endast vände sig till den allra mest närstående med sina självmordsmeddelanden (17). Enbart detta förhållande motiverar att man tar med anhöriga i en självmordsriskbedömning.

Kompetensutveckling

Ett nyckelbegrepp i suicidologiskt sammanhang är enligt min mening vad man skulle kunna kalla *kompetens*. Denna kan vara olika utvecklad och påverkas av personlighetsdrag och sjukdomar som vi ärvt och/eller sådana vi ådragit oss.

En sådan kompetens kräver att vi *uppfattar och tolkar verkligheten* omkring oss någorlunda adekvat och att vi har tillgång till ett tillräckligt urval av *varierade medvetna beteenden* så vi, kan *anpassa* oss till nya situationer (18). Högriskindivider tycks blockera alternativa problemlösningar genom att bortse från yttre realiteter och hålla fast vid tidigare definierade mål utan att ändra sig. De kan inte adaptera till nya situationer i en föränderlig verklighet (19–20). Man kan spekulera om en orsak är brister i förutseende och planering pga för snabb habituering (21). Den modell som Bonner och Rich föreslår (22) tycker jag är en av de bättre om man vidgar resonemanget till att gälla hela familjen eller anhöriggruppen.

En god självmordsriskbedömning måste ta hänsyn till samtliga inblandade parter och dessa bör ha möjlighet att få komma till tals. Men även i det fortsatta handläggandet av en problematik med självmordsinslag är det viktigt att ta med familjeperspektivet, vare sig den identifierade patienten är ung eller gammal. Det är för övrigt en strategi som med rätt stor framgång prövats i vården av schizofrenier och som blir alltmer aktuell inom missbruksvården (23).

REFERENSER

4. *Wolk-Wasserman D*: Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. *Acta Psychiatr scand* 1986; 73:481–499.
5. *Masson D, Collard M*: Jeunes suicidants et leur famille, *Social-Psychiatry* 1987 Apr vol 22 (2) s 85–92.
6. *Williams C Lyons C M*: Family Interaction and Adolescent Suicidal Behaviour: A Preliminary Investigation; *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (1976) 10:243–251.
7. *Aldridge D, Dallos R*: *Journal of family therapy* 8 (1986); 3 s 243–52.
8. *Richman J*: Symbiosis, Empathy, Suicidal Behavior, and the Family; *Suicide and Life-Threatening Behavior* 8 (3): 1978.
12. *Pfeffer C R*: The family system of suicidal children; *Am J of Psychotherapy* 35 (1981): 3 s 330–341.
15. *Rosenbaum Asarnow J, Carlsson G A, Guthrie D*: Coping Strategies, Self-Perception, Hopelessness, and Perceived Family Environments in Depressed and Suicidal Children; *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987, Vol 55, No 3, 361–366.
18. *Rush A J, Beck A T*: Cognitive Therapy of Depression and Suicide *Am J of Psychotherapy* 32 (1978): 2 s 201–219.
22. *Bonner R, Rich A*: Toward a Predictive Model of Suicidal Ideation and Behavior: Some Preliminary Data in College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, Vol 17 (1), spring 1987.

Fullständig referenslista kan fås hos författaren