

Självmodsförsök hos neuros- och missbrukarpatienter

Bakgrund och behandling

Danuta Wolk-Wasserman

Fyrtio patienter vid intensivvårdsavdelningen, Nacka sjukhus, har intervjuats i samband med intagning för intoxication i självmordssyfte, och sedan följts upp under det följande året. Dessutom intervjuades anhöriga, vänner och de personer som deltagit i patienternas behandling. Under tre år har patienternas journaler och olika registermaterial följts upp.

Patienter som begår självmordshandlingar utgör en diagnostiskt heterogen grupp. I artikeln redogörs för patienter som tillhör neuros- och missbrukargrupperna. Separation från samlevnadspartner och även från andra för patienten närstående personer samt kränkningar av olika slag synes ha en stor betydelse för dynamiken vid suicidala handlingar.

Behandlingen av självmordsförsökspatienter är komplicerad. Det är av särskild vikt att beakta överförings- och motöverföringsaspekter som vägledning i terapin.

Arbetet utgår från Utvärderingsenheten Nacka-Värmdö psykiatriska sektor med docent Johan Cullberg som projektledare och handledare.

Danuta Wolk-Wasserman är doktorand vid Karolinska Institutet, Huddinge sjukhus, psykiatriska kliniken och innehar en tjänst som avdelningsläkare vid psykiatriska kliniken, Danderyds sjukhus.

Artikeln är en bearbetning av ett föredrag hållet på Svenska läkaresällskapets riksstämma 1981.

Den redovisade undersökningen utgör en del av forskningsprojektet "Suicidförsök – en psykodynamisk och socialpsykiatrisk studie", vilket utgår från Nackaprojektets utvärderingsenhet. Innehållet i denna artikel presenterades den 3 december 1981 i ett föredrag vid Läkaresällskapets Riksstämma, sektionen för psykiatri, som del i ett symposium om

självmodsförsök. Föredraget avsåg att i första hand belysa de svårigheter man möter vid behandling av patienter som försökt begå självmord.

METOD

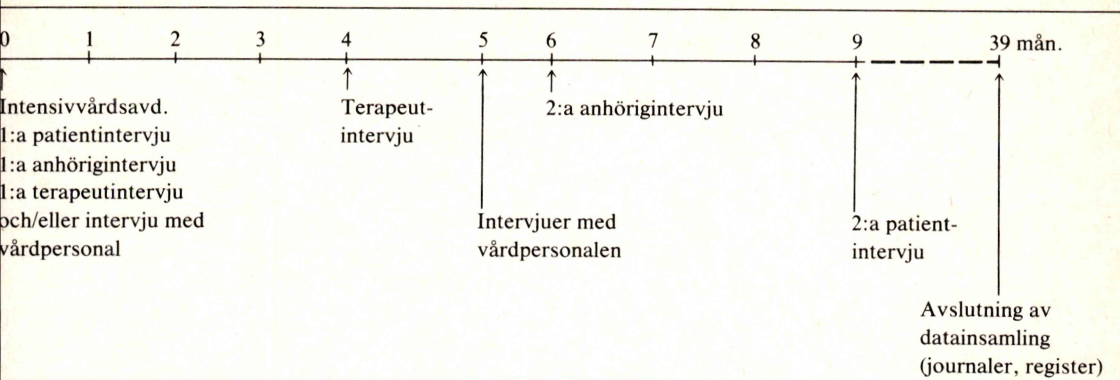
Fyrtio patienter, konsekutivt inskrivna vid intensivvårdsavdelningen, Nacka sjukhus, mellan 1 december 1976 och 31 augusti 1977 med diagnosen intoxication i självmordssyfte, har intervjuats i samband med intagningen och sedan följts upp under det följande året. Dessutom intervjuades anhöriga, vänner och de personer som deltagit i patienternas behandling. Totalt blev det 300 intervjuer, varav 149 bandade och 62 utförda per telefon.

De patienter som uttagits till den aktuella undersökningen var bosatta i Nacka och Värmdö kommuner med 55 000 resp 16 000 invånare (76-01-01). Inom området har tre psykiatriska mottagningar varit verksamma, som haft det totala ansvaret för vården av psykiatriska patienter (det s k Nackaprojektet). De psykiatriska teamen har haft tillgång till slutenvårdsplatser på Långbro sjukhus och Maria kliniken (5).

Tidsram för datainsamlingen

Undersökningen har bestått av två delar, varav den första omfattade det akuta skedet. Jag träffade patienten efter självmordsförsöket på intensivvårdsavdelningen i egenskap av psykiaterkonsult. I samma skede har s k "nyckelpersoner" intervjuats dvs anhöriga och personer som var viktiga för patienten vid tidpunkten för självmordsförsöket. Likaså har vårdpersonal, som haft behandlingskontakt med patienten eller annan vårduppgift intervjuats. Den andra delen av undersökningen genomfördes inom det närmaste året efter självmordsförsöket. Tids

Figur 1. Tidsram för datainsamling



Angivna tider är mediantider.

ram för genomförandet av datainsamlingen framgår av figur 1. För tiden fram till och med maj 1980 har patienternas journaler och olika registermaterial följts upp.

MATERIAL

Det framgår av flera publikationer (1, 3, 6, 12) att patienter som begår självmordshandlingar utgör en mycket heterogen grupp ur diagnostisk/psykiatrisk synpunkt. I mitt material förekommer patienter med följande huvuddiagnoser: psykos 3 patienter, borderline 4, "neuroser" 13, alkohol- och läkemedelsmissbrukare 17, narkotikamissbrukare 2 patienter, och 1 patient med osäker diagnos p g a otillräcklig utredning. Neurosgruppen är heterogen emedan diagnosen neuros har använts som uteslutningsdiagnos (ej missbrukare, ej psykotiska patienter, ej borderline, ej hjärnskadade). En sk positiv neurosdiagnostik i strikt analytisk mening har alltså ej krävts. I neurosgruppen finns dessutom tre patienter med periodisk alkoholöverkonsumtion, och två patienter med periodisk tablettöverkonsumtion, dock av mycket ringa omfattning jämfört med missbrukargruppen. Patienter vilka har klassificerats som alkohol-, läkemedels- och narkotikamissbrukare, har bedömts så därför att missbruket har varit huvudsymtom. Bakomliggande diagnos kan i denna grupp vara såväl neuros som borderline. Inga psykotiska patienter ingick i denna grupp. I denna artikel redogörs för behandlingen av patienter som tillhör neuros- och missbrukargrupperna.

Missbrukargruppen består av 13 män och 6 kvin-

nor, huvudsakligen ur socialgrupp 3 i en tregradig skala, med medianåldern 34 år. De hade en betydande sjuklighet vilket framgår av tabell 1, och många psykiatriska kontakter med täta avbrott. 12 av 19 patienter förekom i kriminalregistret.

Neurosgruppen består av 2 män och 11 kvinnor ur socialgrupp 2 och 3 med medianåldern 28 år. Ingen av dem var upptagen i kriminalregistret. De hade en obetydlig sjuklighet. Patienternas sjuklighet och behandling före det aktuella självmordsförsöket presenteras i tabell 1. De medel som använts i intoxicationssyfte har varit sömnmedel, analgetika och psykofarmaka. Alla patienter i missbrukargruppen har varit alkoholpåverkade men endast en i neurosgruppen.

RESULTAT OCH ANALYS

Det framgår av flera undersökningar att separation och kränkning är av betydelse som utlösande faktorer vid självmordsförsöket (2, 4, 7, 8, 10, 13). Detta bekräftas av mitt material. Separation och kränkning är delvis överlappande och därför svåra att skilja åt. För att få framställningen så klar som möjligt beskrivs de dock här var för sig.

Separation resp hotande separation

Med separation avses här både skilsmässa från samlivnadspartner och även från andra viktiga personer, tex barn, hemsamarit eller i ett fall tom från ett älskat husdjur. Sådan separation, eller hot där- om, kan förekomma inom sista månaden till veckan före det aktuella självmordsförsöket. I en del fall

Tabell 1. Sjukskrivningar, tidigare psykiatrisk vård och tidigare självmordsförsök

	Neuro- grupp n=13	Miss- brukar- grupp n=19
<i>Sjukskrivna under det kalender- året patienten gjorde det aktuella självmordsförsöket (1976 eller 1977)</i>		
Patienter	8*	18**
Sjukskrivningsdagar per patient	45	201
<i>Sluten psykiatrisk vård</i>		
Patienter	1	11
Vård dagar per patient	35	121
<i>Öppen psykiatrisk vård</i>		
Patienter	8	13
Besök per patient	8	29
<i>Tidigare självmordsförsök</i>		
Patienter	4	14
Totalt antal försök	9	55

Aritmetiskt medium

* dessutom 2 med sjukbidrag

** dessutom 1 med sjukbidrag

kan separationen eller hot om separation förelegat samtidigt från flera för patienterna viktiga personer.

Störning av relationen till samlevnadspartner förefaller ha haft en stor betydelse. I situationer där patienterna står inför hotet att förlora en för dem viktig person är de mycket känsliga och lätt sårbara.

Inom neurogruppen har fem patienter separerat och sju har stått inför en förestående separation vid tiden för det aktuella självmordsförsöket, således 12 av 13 patienter. Inom missbrukargruppen var motsvarande siffror fem resp nio av 19 patienter.

Kränkning

Det framgår av intervjuer med patienterna, deras anhöriga samt vänner att självmordshandlingen tycks ha utlösts i situationer där patienten känt sig kränkt. Det är svårt att klassificera och gradera kränkningar. Ibland går det att urskilja en sk traumatisk kränkning, dvs en påtaglig yttre händelse, som för de flesta människor skulle innebära ett allvarligt

hot mot självkänslan tex körkortsindragning pga rattfylleri.

Oftast har emellertid självmordshandlingen utlösts i situationer där patienten uppfattat anhörigas uttalanden eller påpekanden av ganska oskyldig karaktär som svåra kränkningar. Utlösande har också kunnat vara händelser som av de närmaste eller utomstående betecknats som "små händelser", så att det väckt förvåning att de kunnat utlösa en självmordshandling. Sådana "små kränkningar" kan ha varit att pojkvännen ej kom till avtalat möte, kritik av patientens sätt att klä sig och anmärkningar på hennes sätt att sköta hushållet. Särskilt inom missbrukargruppen har patienterna haft en mycket låg självkänsla och därför varit extremt känsliga för även symboliska kränkningar. Denna typ av kränkning skulle kunna betecknas som sk narcissistisk kränkning. Kränkning har kunnat spåras hos 11 av 13 patienter i neurogruppen och hos 12 av 19 patienter i missbrukargruppen. Den betydelse som kränkning har för utlösande av självmordsförsök har utförligt beskrivits av Henseler (7).

Bakgrundsfaktorer

Följande bakgrundsfaktorer torde också ha betydelse för utlösande av självmordsförsök.

- Familjemönster med självmord eller självmordsförsök i föräldrahemmet förekom hos tre patienter i neurogruppen, och hos tolv patienter i missbrukargruppen. En identifikation med suicidala personer som varit viktiga i patientens tidigare liv torde vara betydelsefull (15).
- Tidig separation pga dödsfall, skilsmässa i familjen eller flyttning hemifrån före 15 års ålder, förekom hos tretton patienter i missbrukargruppen men endast hos tre patienter i neurogruppen. Suicidala handlingar har uppgivits vara nära relaterade till reaktivering av övergivenhetskänslor (2, 8, 10, 11), vilket i mitt material tycks stämma för missbrukargruppen.
- Alkoholmissbruk i föräldrahemmet förekom hos 17 av 19 patienter i missbrukargruppen men bara hos 3 av 13 i neurogruppen.

Behandling efter det aktuella självmordsförsöket

Av tabell 2 framgår vilka instanser som haft hu

Tabell 2. Huvudsakligen ansvarig behandlingsinstans
till patienter

	Neuro- grupp n=13	Miss- brukar- grupp n=19
psykiatrisk mottagning*	6	7
psykiatrisk mottagning och sociala myndigheter	0	6
sociala myndigheter efter hänvisning från psyk. mott.	1	3
somatisk vård utom IVA	2	0
egen behandling	4	3

*med psykiatrisk mottagning menas såväl Nackaprojek-
ts mottagning som annan psykiatrisk mottagning.

ansvaret för behandlingen.

Inom missbrukargruppen var de flesta patienter
från början negativt inställda till psykiatrisk be-
handling. De hade tidigare haft många kontakter
med antingen öppen eller sluten psykiatrisk vård,
men säger sig ha blivit besvikna, då de inte tyckte
att man bedömt dem ordentligt, eller kunnat hjälpa
dem.

Av de 13 patienter, som fått behandling vid psyki-
atrisk klinik enbart eller i samarbete med sociala
myndigheter har sju efter självmordsförsöket fått en
individuell korttidsbehandling, med i genomsnitt
nio samtal under 1–15 månader. Tre av dessa pati-
enter har periodvis haft parsamtal. De övriga sex
patienterna har fått en längre behandling, i genom-
snitt en gång i månaden under 1–2 år. Fyra av dessa
patienter har gjort upprepade självmordsförsök, vil-
ket föranledde den långa behandlingen. Tre patient-
er har fått behandling genom nykterhetsnämndens
vårdsorg. Dessa patienter avbröt behandlingen själva
före den planerade behandlingstidens utgång. De tre
patienter som inte fått behandling har bedömts av
psykiatrisk mottagning och hänvisades till sociala
myndigheter. Patienterna har bemötts med bris-
tande intresse av socialbyrå och har inte fått någon
hjälp där. Åtta av patienterna i denna grupp har
dessutom fått sluten psykiatrisk vård i genomsnitt
fyra gånger; medelvårdstiden var 8 dagar.

Inom neurogruppen var två patienter från början
positivt inställda till psykiatrisk behandling. De öv-

riga har visat en tydlig ambivalens eller har medde-
lat att de var skeptiska till den psykiatriska vården.
De var bl.a. rädda för att bli stämplade. Av de sex
patienter som fått behandling vid psykiatrisk mot-
tagning har fyra fått en kort individuell behandling
med i genomsnitt nio samtal under 1–7 månader.
En av dessa har fått familjeterapi. De två övriga har
fått långtidsbehandling med i genomsnitt 2–4 sam-
tal per månad under 10 resp 32 månader. Två av
patienterna i denna grupp har fått kortvarig sluten-
vårdsbehandling under 2–9 dagar. Två patienter,
vilka var gamla, har endast fått somatisk behand-
ling, förutom vård på IVA.

Inom neurogruppen har betydligt färre patienter
fått psykiatrisk behandling, jämfört med missbru-
kargruppen. Det föreligger också en avsevärd skill-
nad mellan de båda grupperna i behandlingens ut-
formning och förlopp. Inom neurogruppen hade
man en någorlunda fungerande terapeutisk kontakt,
och behandlingarna hade ett stabilare förlopp. Trots
det har kontakterna varit korta och avslutades ofta
när patienten meddelade förbättring, fastän så kan-
ske inte var fallet, och man ursprungligen planerat
en längre behandlingsperiod. Behandlingen var hu-
vudsakligen av stödjande och jagstärkande karak-
tär. Medikamentell behandling gavs vid behov. I
missbrukargruppen har man inte haft några välfung-
erande terapeutiska kontakter. Terapeuterna har
som regel inte hunnit upprätta behandlingsplan med
patienterna eller om så skett, genomföra den p.g.a
ständiga avbrott. Kontakterna har begränsat sig till
akut stöd och konkreta åtgärder p.g.a ofta förekom-
mande dramatiska händelser.

Påfallande få par- resp familjeterapeutiska kon-
takter har förekommit i de båda grupperna. Erbjü-
danden om par- eller familjekontakt från terapeuter-
na har ofta avböjts, p.g.a de anhörigas ambivalens
till fortsatt relation i den akuta fasen efter själv-
mordsförsöket. Senare har det i regel inte funnits
tillfälle att komma med nya erbjudanden. Många av
de anhöriga i de båda grupperna har egna psykia-
triska problem som inte är enbart relaterade till
patienternas självmordsförsök. De anhöriga skulle
behöva separat behandling, vilken i allmänhet inte
meddelats.

Inom missbrukargruppen fanns det påtagligt färre

familjemedlemmar och vänner som stödde patienten. Anhöriga i missbrukargruppen har också i större utsträckning visat tveksamhet till fortsatt relation och till vilja att hjälpa patienten. De har också tydligare uttryckt önskningar om att patienten skulle lyckas med sin självmordshandling. Anhöriga har mycket tydligt sagt att de inte orkade med ansvaret för patienten och starkt önskat att någon annan skulle ta över. De tyckte att ingen brydde sig om dem eller om patienterna. De ville helst glömma allting. Under året efter det aktuella självmordsförsöket har åtta patienter i missbrukargruppen ändrat sin relation eller skaffat sig en ny, som emellertid varit lika problemfylld som den föregående. De övriga patienterna lever kvar i sina trassliga relationer, med förestående separationshot och nya kränkningar som potentiellt utlösande faktorer till nya självmordshandlingar.

Inom neurosgruppen har åtta patienter gjort allvarliga försök att förändra den aktuella relationen. Fem av dessa har definitivt separerat och tre har medvetet arbetat på att förbättra relationen till anhöriga. De påfallande skillnaderna i familjedynamik mellan missbrukar- och neurosgrupperna kommer att behandlas i en senare artikel.

Upprepade självmordsförsök

Inom missbrukargruppen förekom under det följande året upprepade självmordsförsök 39 gånger hos 11 patienter, inom neurosgruppen 4 gånger hos en patient. I missbrukargruppen begick två patienter självmord, 1979 och 1980.

En närmare analys av missbrukargruppen med hänsyn till upprepade självmordsförsök visar att:

1. Psykiatrisk sjuklighet, mätt med förekomst av sluten psykiatrisk vård samt tidigare självmordsförsök, är nästan lika omfattande hos de patienter som senare har upprepat resp icke upprepat självmordsförsöken.
2. Patienter som upprepat självmordsförsöken, har varken upphört med eller minskat sin alkohol- eller narkotikakonsumtion.
3. De sociala problemen är större i gruppen som har gjort upprepade självmordsförsök. Åtta patienter i denna grupp behövde socialt stöd och hade kontakt med sociala myndigheter. I gruppen

som inte gjort upprepade självmordsförsök fanns det endast en sådan patient.

4. I gruppen av patienter som gjort upprepat självmordsförsök har man sällan fullföljt behandlingskontrakten. Kontakten med terapeuter bröts ofta och patienterna återkom endast akut. Terapeuterna har inte aktivt sökt upp patienterna. Ingen i denna grupp har fått par- eller familjeterapi. De patienter som inte upprepat självmordsförsöken, har haft ett något stabilt behandlingsförlopp.
5. Patienter som har upprepat självmordsförsöken har haft bristande stöd från familj och vänner.

Behandlingen av missbrukarna har således många stora svårigheter. Vid uppföljning av journaler från till maj 1980 framkommer dock att sju patienter av de elva som tidigare upprepat självmordsförsöken har upphört därmed. Dessa patienter har påtagligt minskat sin alkohol- resp narkotikakonsumtion och har i viss mån blivit återanpassade till arbetsmarknaden. Deras terapeuter blev mera uppmärksamma på recidivriskerna och begärde handledning och stöd från medarbetare. Detta delade ansvar gjorde det lättare att ge en längre och aktivt uppsökande behandling.

Inom neurosgruppen har patienterna ringa psykiatrisk sjuklighet, mätt med tidigare psykiatrisk slutenvård och tidigare självmordsförsök. De har föga behov av socialt stöd, endast en patient i hela gruppen bedömdes ha behov av kontakt med sociala myndigheter. Alla dessa patienter har haft ett mycket påtagligt familj- och vänstöd. Arbetsförhållanden har varit relativt väl ordnade. De sistnämnda faktorerna har förmodligen spelat en viktig preventiv roll.

Terapeutiska problem

Det är väl dokumenterat att behandlingen av självmordsförsökspatienter är mycket komplicerad (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) och att preventiva program är svåra att planera och genomföra (6). Endast få arbeten belyser mer ingående svårigheterna vid behandling av de enskilda suicidpatienterna. Jag har därför inriktat mig på att i intervjuer med patienterna få fram vad de kände inför kontakten med terapeuten, dvs belysa sk överföringsaspekter. I intervjuer med terapeuter

erna och övrig personal har jag försökt ta reda på deras reaktioner inför patienter och "känslor kring terapin" dvs belysa sk motöverföringsaspekter. Att beskriva överföring och motöverföring är mycket svårt på grundval av ett relativt begränsat antal intervjuer med en och samma patient. Den mest lämpade metoden för sådana beskrivningar är analys av ett enskilt fall under en längre behandling. Ett försök görs dock här att beskriva en del av dessa aspekter eftersom de bedöms som mycket viktiga och då de hittills knappast blivit behandlade inom suicidologin (9, 14).

Överföringsaspekter

Överföring är en process som uppstår i en terapeutisk situation och innebär aktualisering av patientens tidigare upplevelser, erfarenheter och omedvetna önsknings. Dessa projiceras på terapeuten och har betydelse för hur patienten reagerar inför henne. Förutom den projektiva aspekten urskiljes ett sk realitetsmoment, dvs en aktuell emotionell betydelse hos terapeuten, som kan verka utlösande på patientens överföringsreaktioner.

De flesta patienterna i missbrukargruppen har från början varit negativt inställda till terapeutisk kontakt. I neurosgruppen har ambivalensen varit mera framträdande. Den negativa inställningen skulle kunna tolkas som en försvarsattityd mot separation från terapeuten.

Patienterna i de båda grupperna, men särskilt i missbrukargruppen, har haft många tidiga separationer i föräldrahemmet, senare en rad trassliga relationer av vilka många avslutats med separation och kanske ett åtföljande självmordsförsök. Dessutom har de patienter som fått tidigare psykiatrisk behandling haft ett stort antal kontakter med stängda avbrott i terapin, liksom även terapeutbyten.

Det förefaller som om patienterna kunde vara aggressiva och negativa gentemot behandlingsföretag, eller helt enkelt utan förvarning utebli från åtföljande samtal, för att undgå upplevelsen av kränkning eller bortstötning. Det framgår av intervjuerna med patienterna att de kunde känna sig förargade, kränkta eller bortstötta i följande situationer:

– vid för snabb utskrivning från intensivvårdsav-

delning,

- vid för lång väntan på den psykiatriska kontakten (en vecka!) efter utskrivningen från intensivvårdsavdelningen,
- när behandlingskontakten blivit för kort, ansåg patienten ofta att terapeuten inte förstod honom och inte ens försökte göra detta. Patienterna sade att de kunde känna sig "avsågade", särskilt vid korta bedömningar med åtföljande hänvisning till annan behandlingsinstans,
- när kontakten var alltför strukturerad (bestämt antal timmar etc) upplevde patienterna att terapeuterna inte hade något intresse eller engagemang för dem som människor,
- om terapeuten ej berörde väsentliga frågor redan under första samtalet, tyckte patienterna att terapeuten inte hade något intresse för honom eller henne (det förefaller som om man skulle behöva betrakta varje samtal med en självmordsförsökspatient som om det var det enda samtalet, då risken finns att patienten ej återkommer),
- vid uppehåll eller avbrott i terapin var patienterna rädda för att bli övergivna,
- under pågående behandling kunde patienterna vid beröring av centrala konflikter känna sig kränkta, hotade, anklagade eller missförstådda. När man i bearbetningen närmade sig självmordsförsöket utifrån en förståelseaspekt, kunde patienten uppfatta det som om terapeuten inte trott på att patienten ville ta livet av sig. Det var svårt för terapeuten att veta hur djupt man kunde penetrera patientens problematik, utan att denne skulle känna sig kränkt eller missförstådd,
- vissa patienter kunde känna sig kränkta när de fick samtala med någon annan än läkare.

De här nämnda upplevelserna och reaktionerna förekom i bägge patientgrupperna, men uppträdde betydligt tydligare och snabbare hos patienter tillhörande missbrukargruppen. Patienter som tillhör neurosgruppen har i mindre utsträckning reagerat med negativa känslor mot terapeuten. Den ursprungliga ambivalenta inställningen har hos en del av dessa patienter snabbt kunnat övergå till en överdrivet positiv inställning till behandlingen. Genom att ställa realistiska krav och ha realistiska förväntningar har dessa patienter kunnat bli alltför be-

En människa som umgås med tankar att begå en suicidal handling är starkt störd i sin självkänsla.

tungande för mindre erfarna terapeuter.

En människa som umgås med tankar att begå en suicidal handling är starkt störd i sin självkänsla. Subjektivt känner han sig ofta hotad att råka in i ett tillstånd av övergivenhet, hjälplöshet och vanmakt, från vilket han inte kan rädda sig själv. För att skydda sin självkänsla tillgriper därför patienten i hög grad förnekande av verkligheten och idealisering av den omgivande miljön inklusive terapeuten. Patienterna kan överföra sina förväntningar från sina partners till terapeuten, och det föreligger således en risk för att en besvikelse härvidlag kan uppfattas som en kränkning och tex leda till avbrott i terapin eller till en ny suicidal kris.

Allmänt förefaller terapeuterna ha haft god kännedom om patientens sociala resp missbruksproblem, men varit för litet medvetna om patienternas sårbarhet, skam- och skuldkänslor, samt om deras påtagliga labilitet och benägenhet att reagera med avvisande attityder, när de känt sig kränkta eller trott att man inte brydde sig tillräckligt om dem.

Om man vid kontakt med patienten är för återhållsam eller avvaktande, kan patientens skuldkänsla fördjupas och känslan av att bli bortstött åter väckas till liv.

Motöverföringsaspekter

Motöverföring utgör alla terapeutens reaktioner, särskilt terapeutens omedvetna reaktioner på patienten och dennes överföring. Det är viktigt att terapeuten uppmärksammar dessa aspekter som vägledning i terapin och därvid försöker skilja det som förorsakas av patientens överföring från det som beror på terapeutens egna problem.

Frågan kan ställas i vad mån bedömningen av patienterna samt behandlingen påverkats av motöverföringskänslor. Genom att analysera terapeuternas upplevelser i arbetet med den suicidal patienten har jag nedan försökt belysa en del motöverföringsaspekter.

När terapeuten träffar patienten på intensivvårdsavdelningen eller mycket tidigt i den akuta situationen väcks ofta ett djupt engagemang.

Terapeuten möter en patient som är deprimerad och förtvivlad och ej enbart provocerande och aggressiv. Han observerar inte bara en låg eller ingen motivation för behandling utan framför allt en tydlig ambivalens.

Det initialt stora engagemanget minskar i många fall tämligen snabbt. Så småningom konfronterar terapeuten med den aggressiva, provocerande och krävande sidan hos patienten, som sällan spontant frågar efter behandlingshjälp. Den suicidal patienten är en person hos vilken aggressiva och sadistiska impulser spelar en väsentlig roll. I viss mån utförs handlingen för att få uppmärksamhet från omgivningen, inkl. terapeuten (en manipulativ aspekt av självmordsförsöket). I en del fall kan även självmordsförsöket uttrycka aggressivitet gentemot terapeuten. Under pågående behandling konfronterar terapeuten ofta med direkt eller indirekt uttalat hot om upprepad självmordshandling. Detta kan väcka en rädsla eller förargelse, då en sådan handling innebär ett misslyckande i arbetet. Situationen kompliceras, då man ofta inte har resurser för långtidskontakter, utan endast kan meddela kristerapier eller följa upp patienten under en del av rehabiliteringstiden.

När terapeuten inte är medveten om sina egna upplevelser i arbetet kan han eller hon reagera med irritabilitet, retlighet eller avvisande känslor gentemot patienten. Dessa icke verbalt uttryckta avvisande känslor kan uppfattas av patienten, som därpå efter kan avbryta behandlingen. Det framgår av intervjuerna att patienterna ofta har avbrutit behandlingen när terapeuterna haft negativa känslor gentemot dem eller funderat på att avbryta eller begränsa behandlingskontakten, dock utan att verbalt uttryckt däråt. Terapeuten kan känna sig besviken när han efter ett initialt stort engagemang upptäcker att en kort kontakt med patienten inte är tillräcklig, och bli frustrerad när han stöter på motstånd. Terapeuten upptäcker att han kanske missbedömt problematikens djup och allvar. Känslor av inkompetens uppkommer. Terapeuten kan också reagera med ångest, beroende på hur pass mycket

inställningen till självdestruktiva handlingar, samt egen aggressiv och sadistisk problematik har bearbetats.

Analys av intervjuerna med terapeuterna och övrig personal visar att följande reaktioner kan uppstå hos terapeuten om känslor av skuld, inkompetens, ångest, rädsla och ilska väcks i konfrontationen med den suicidala patienten.

- Allvaret i den suicidala handlingen nedvärderas.
- Självbrandsförsöket berörs ej i terapi.
- Terapeuten låter sig invaggas i en falsk säkerhet av patientens ord att han eller hon ej kommer att göra om självbrandsförsöket. För en del terapeuter har ett nytt självbrandsförsök kunnat mottas med stor förvåning och kommentaren att man inte har förväntat sig detta.
- Terapeuten bortser från den hjälpsökande komponenten i självbrandsförsöket och understryker endast dess manipulativa karaktär.
- Betydelsen av de provokativa, infantila och aggressiva sidorna hos patienten överdrivs.
- Egen betydelse för patienten förnekas.
- Patienten motiveras ej till fortsatt behandling.
- Terapeuten anser sig sakna terapeutiska resurser för en viss patient.
- En överdriven känsla av hopplöshet uppstår vid konfrontation med patientens svåra sociala situation och dennes missbruksproblem.
- Terapeuten "glädjer sig" åt att patienten redan efter två besök anser sig må bättre, utan att närmare reflektera över om detta kan tänkas vara rimligt.
- Terapeuten känner sig kränkt när patienten efter en kortare behandling, inte uppvisar tillräckliga framsteg, trots terapeutens initialt stora engagemang.

Dessa reaktioner kunde uppkomma i arbetet med patienter tillhörande båda grupperna, men uppstod betydligt snabbare (ibland redan under första sam-

Terapeuten kan känna sig kränkt när patienten efter en kortare behandling inte uppvisar tillräckliga framsteg, trots terapeutens initialt stora engagemang.

Det kan bli svårt för terapeuten att klara av patientens överföring och ständigt ta hänsyn till en ökad sårbarhet och till risken för nya självmordshandlingar.

talet) vid kontakt med missbrukarpatienterna.

Inte sällan reagerar terapeuten med skuldfylld lättnad när patienten säger upp kontraktet. Risk för avbrott i terapi eller för förnyade suicidala handlingar under pågående behandling tycks föreligga när kontakten avslutas utan bearbetning, och vid obearbetat överförande till annan terapeut eller behandlingsform. Särskilt problemfyllda blir semestrar eller andra avbrott i terapi. Det framgår av mitt material att i sju fall har hotande avbrott eller avbrott i terapin kunnat vara en av de utlösande faktorerna till en ny suicidal handling (avbrott i kontakten inte bara med terapeuten vid psykiatrisk mottagning, utan även med viktiga personer inom social- eller hemsjukvården).

Sammanfattande diskussion

Patienternas besvikelse över ouppfyllda förväntningar, såväl realistiska som orealistiska, utgör ett centralt problem i terapin. Genomgång av materialet visar att det är en påtaglig risk att sådana besvikelser kan uppfattas som en djup kränkning och leda till ett visst motstånd, avbrott i terapin, eller till en ny suicidal kris.

I terapin med självbrandsförsökspatienter kan det så småningom bli svårt för terapeuten att uthärda dennes förnekande av verkligheten, ambivalens och därmed förknippad aggressivitet. Särskilt svårt för terapeuten kan patientens växling mellan idealisering och nedvärdering bli, samt testande provokationer. Efter en viss tid kan hos terapeuten uppstå ett behov av att dra en skyddande gräns kring sig själv, som kan yttra sig i retlighet eller avvisande känslor mot patienten. Det kan bli svårt för terapeuten att klara av patientens överföring och ständigt ta hänsyn till en ökad sårbarhet och till risken för nya självmordshandlingar. Överförings- och motöverföringsaspekterna måste därför ständigt hållas aktuella.

Det förefaller vara viktigt att vara varm och omhändertagande vid den akuta krisen och hjälpa patienten komma över sin förtvivlan samt visa att man bryr sig om honom. Det är viktigt att hjälpa patienten med att ordna upp den kaotiska situationen och aktivt söka upp honom när kontakten i terapin bryts. Detta gäller särskilt missbrukarpatienterna. Alla patienter som fått uppsökande telefonsamtal eller brev tyckte att det gav dem en viss trygghet, trots att de i början kunde ge sken av att de var besvärade eller att kontakten var överflödigt. Det är bra om man kan följa utvecklingen, när patienten efter bedömningen hänvisats till annan behandlingsinstans.

Patienter i missbrukargruppen behöver en lång, stabil och handfast kontakt med beaktande av sociala aspekter och samtidigt behandling av missbruket. Terapeuterna borde ha tillåtit sig vara mera stödjande, problemlösande, uppsökande och givit en personligare kontakt. De borde också i större utsträckning ha beaktat missbrukarpatienternas bristande förmåga att använda ord som uttrycker emotionella upplevelser. Missbrukspatientens kaotiska liv, dåliga möjligheter att planera, anpassa sig till gällande normer, impulsivitet, behov av att någon bryr sig om dem, ställer stora personliga och kunskapsmässiga krav på terapeuten. Patienterna i den här gruppen har lätt att "droppa ut" ur terapeutiska kontakter.Handledning, stöd från medarbetare och delat ansvar gör det lättare att ge en längre och aktivt uppsökande behandling. Kanske är det lämpligt med speciella mottagningar för missbrukarpatienter som är suicidala.

I neurosgruppen föreföll de kortare kontakterna vara någorlunda tillfredsställande (mätt med recidivrisken för självmordsförsök), pga den relativt stabila sociala situationen samt det stora familje- och vänstödet. Fem av 13 patienter i neurosgruppen och en i missbrukargruppen som har gått i terapi, har fått bättre kunskap om hur de skall hantera sina problem i svåra livssituationer. Detta återspeglas i att de bl.a. har kunnat ta förnyade kontakter med psykiatrisk mottagning under senare år. Man skall emellertid vara medveten om att endast en långvarig och kvalificerad behandling kan åstadkomma förändringar på lång sikt.

REFERENSER

1. Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B. and Sainsbury, P. (1974): A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Brit. J. Psychiat.*, 125, 355–373.
2. Batchelor, I. R. C. and Napier, M.B. (1954): The sequelae and short term prognosis of attempted suicide. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 17, 261–266.
3. Beskow, J. (1979): Suicide and mental disorder in Swedish men. Dissert. *Acta. psychiat. scand. Suppl.* 277. Munksgaard Copenhagen.
4. Breed, W. (1967): Suicide and loss in social interaction. In E. S. Shneidman (red.): *Essays in self-destruction*, 188–202. International Science Press. New York.
5. Cullberg, J. och Stefansson, C-G. (1981); Nackaprojektet 1974–1979. SPRI-rapport 56.
6. Ettlinger, R. (1975): Evaluation of suicide prevention after attempted suicide. *Acta psychiat. scand. Suppl.* 260. Munksgaard Copenhagen.
7. Henseler, H. (1974): *Narzisstische Krisen/Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Ed. König, B. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbeck bei Hamburg.
8. Retterstøl, N. (1970): Long-term prognosis after attempted suicide. Universitetsforlaget, Oslo.
9. Shneidman, E. S. (1980): Psychotherapy with suicidal patients. In Kavasut, T. B. and Bellak, L. (ed.) 305–313. Brunner/Mazel.
10. Shneidman, E. S. and Farberow, N. L. (1957): *Clues to suicide*. Mc Graw Hill, New York.
11. Shneidman, E. S. and Farberow, N. L. (1960): A sociopsychological investigation of suicide. In David, H. P. and Brengelmann, J. C. (ed.): *Perspectives in personality research*. Springer Publishing Co., New York.
12. Stengel, E. (1972): Definition and classification of suicidal acts. In Litman, R. E. (ed.): *Proceedings of the 6th international conference for suicide prevention*. Edwards Brothers, Inc., Ann Arbor, Michigan.
13. Stengel, E. and Cook, N. G. (with the assistance of Kreeger, I. S.) (1958): *Attempted suicide. Its social significance and effects*. Oxford University Press London, New York, Toronto.
14. Tabachnick, N. (1961): Countertransference crisis in suicidal attempts. *Arch. Gen. Psychiatr.* 4, 572–578.
15. Zilboorg, G. (1937): Considerations on suicide with particular reference to that of the young. *Amer. J. Orthopsychiat.* 7, 15–31.