

Selvmondsrisikovurdering i et psykodynamisk perspektiv

Kjersti Reisæter Aartun ¹

Det har i de senere år blitt implementert en rekke forskjellige verktøy til bruk ved selvmordsrisikovurdering i psykisk helsevern i Norge. Disse tar som oftest utgangspunkt i statistiske risikofaktorer, - og oppleves ofte av klinikere som dårlig egnet til psykoterapeutisk meningsdannelse eller til å favne suicidalitet som et komplekst relasjonelt og eksistensielt tema. I denne artikkelen vil jeg vise til psykodynamiske teoribidrag som kan berike vår kliniske forståelse av suicidfare som terapeutisk og relasjonelt tema, og hvordan psykodynamisk forståelse, med spesielt fokus på motoverføring, kan bidra til konstruktiv meningsdannelse i intense psykoterapeutiske møter hvor terapeuter skal vurdere selvmordsrisiko.

Innledning

For behandlere i psykisk helsevern er det å jobbe med selvmordstruede pasienter en sentral, men krevende oppgave. I seg selv kan møtet med mennesker hvor liv og død er tema, vekke sterk angst. Samtidig kan ansvaret kjennes stort, noe en blir minnet på både gjennom saker i media og i behandlingsapparatet. I følge Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (2008, s.3), er det «(...) et viktig helsepolitisk mål å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk i Norge». Det er vanskelig å være uenig i et slikt mål. Samtidig kan en undre seg. Hvordan kan terapeuter bidra til dette på best mulig måte?

I forvaltning av psykisk helsevern er nasjonale retningslinjer og standardi-

1. Kjersti Reisæter Aartun; Psykolog, spesialist i klinisk voksenpsykologi; DPS Grorudalen Allmennpoliklinikk, Akershus Universitetssykehus, Oslo.. E-mail: kjersti.aartun@gmail.com

serte prosedyrer blant de primære styringsverktøy en har for å nå helsepolitiske mål. Et norsk nasjonalt pasientsikkerhetsprogram kalt «I trygge hender – 24-7» har blant annet hatt som mål å redusere pasientskader i hele helsetjenesten, og i psykisk helsevern har programmet rettet fokus mot forebygging av selvmord (Helsedirektoratet, 2015). På en del døgnavdelinger i norsk psykisk helsevern har man tatt i bruk en sjekklister for selvmordsrisikovurdering, som skal gjennomføres med bestemte tidsintervaller for alle pasienter som er innlagt. Skjemaet inneholder spørsmål om statistiske risikofaktorer for selvmord. Hensikten er at en basert på disse skjemaene skulle kunne iverksette «riktige tiltak» basert på vurdert selvmordsrisiko. I praksis oppleves derimot spørsmålene i skjemaet ofte lite meningsfylte i arbeidet med pasienter. I kliniske miljøer stilles det spørsmål om de systematiske selvmordsrisikovurderingene i større grad brukes for å få ryggdekning for behandlere og behandlingsapparatet, enn at det reelt skal være til hjelp for pasientene. Selvmordsrisikovurderingene oppleves mer som en byråkratisk enn en psykoterapeutisk prosess. Et sentralt spørsmål er derfor om disse risikovurderingene alene kan danne basis for valg av «riktige tiltak», eller om det vil være bedre praksis å utvide vurderingsprosessen til også å involvere en psykodynamisk forståelse av selvmordsønske som et intrapsykisk, relasjonelt og eksistensielt tema i pasientens liv.

Målet vil alltid være å finne en måte å snakke sammen på, som kan være til hjelp for pasienten. Meningsdannelse er sentralt i alt psykoterapeutisk arbeid (se f.eks. Bruner, 1990). Så hvordan kan suicidalitet som fenomen og suicidvurdering som prosess bli en arena for meningsdannelse hos terapeut og pasient? Jeg vil i denne artikkelen presentere noen teoretiske bidrag innen psykodynamisk tenkning om selvmordsrisikovurderinger, og illustrere hvordan dette perspektivet kan bidra til å utvide den kliniske kunnskapen som danner basis for en vurdering av suicidrisiko. Det er flere tema fra psykodynamisk teori som kunne vært relevante å fokusere på for å belyse dynamikken i suicidal atferd, eksempelvis forstyrrelser i egostruktur og affektregulering (se f.eks. Maltzberger, 2008), forsvarsmekanismer og personlighetsstruktur (se f.eks. McWilliams, 2011), interpersonlig stil og relasjonelle erfaringer (se f.eks. Casement, 1985; Bateman & Fonagy, 2006), for å nevne noe. I denne artikkelen vil jeg primært ta for meg fenomenet motoverføring i arbeid med pasienter med selvmordsproblematikk. Jeg har valgt å fokusere på dette fordi jeg anser det som en sentral del av det relasjonelle terapeutiske arbeidet mellom pasient og terapeut. Motoverføring kan ikke favnes av strukturerte intervjuverktøy eller kunnskap om konkrete risikofaktorer- og en kan dermed risi-

kere at det blir oversett i en behandlingsramme hvor sjekklister dominerer. Jeg tenker også at arbeid med selvmordstruede pasienter vekker sterke reaksjoner hos terapeuten, og at terapeutens reaksjoner derfor blir spesielt relevant å fokusere på.

Selv mord og selvmordsforsøk: forekomst og forskning

I 2014 ble 548 dødsfall i Norge registrert som selvmord. Av disse var 401 menn og 147 kvinner (Folkehelseinstituttet, 2014). Tall fra Folkehelseinstituttet viser at gjennomsnittet de siste årene har vært 530 registrerte selvmord i Norge, noe som betyr at selvmordsraten ligger på rundt 12-14 dødsfall pr. 100 000 innbyggere. Vi har ikke et eget register over selvmordsforsøk, men det antas at det er ti ganger flere selvmordsforsøk enn selvmord (Folkehelseinstituttet, 2014). Beregninger viser at helsetjenesten hvert år behandler mellom 4000 og 6000 selvmordsforsøk. Over 80 prosent av dem som begår selvmord, har vært i kontakt med allmenlege i året før selvmordet. Det er høyere forekomst av selvmord blant mennesker med psykiske lidelser enn i befolkningen for øvrig. Likevel er selvmord også sjelden hos mennesker med psykiske lidelser. Livstidsrisikoen for selvmord ved alvorlig depresjon er i Norge anslått til å være mellom tre og seks prosent, og ved schizofreni om lag fem prosent. En finner også forhøyet selvmordsrisiko ved andre psykiske lidelser, som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, ruslidelser og bipolar affektiv lidelse (Folkehelseinstituttet, 2015). Foruten psykisk lidelse, - har en gjennom forskning identifisert flere andre risikofaktorer for at folk skal begå selvmord, som tidligere selvmordsforsøk, brudd i relasjoner, selvmord i familien, tap av selvaktelse og manglende nettverk. Brudd i relasjoner inkluderer også brudd i behandlingsrelasjon, og en har sett at perioden rundt utskrivelse fra døgnavdeling er forbundet med forhøyet selvmordsrisiko (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Risikofaktorene har man kommet fram til ved å forske på et stort antall selvmord, og funnet at sannsynligheten for selvmord har vært større i populasjoner hvor de ovennevnte faktorer har vært til stede enn i befolkningen for øvrig. Dette er funn på gruppenivå. Selvmordsforskningen misforstås ofte ved å trekke slutninger om at de funn som er gjort på gruppenivå, kan brukes på individnivå. Vi har imidlertid ikke forskning som støtter antakelsen om at det er mulig å forutsi selvmord for det enkelte individ. De aller færreste begår selvmord. Selv i en populasjon med svært mange risikofaktorer, er det alltid mest sannsynlig at det ikke skjer selvmord. Kombinasjonen av at selvmord er

så lavfrekvent i befolkningen og at årsakene er så mangfoldige, gjør det ekstremt vanskelig å forske på (Larsen & Teigen, 2015).

Suicidalitet som fenomen

Årsakene til selvmord er sammensatte, og menneskelig atferd er mer komplisert enn at den kan forstås ut fra statistiske risikofaktorer. For å få en utvidet forståelse av psykologiske årsaker til at mennesker begår selvmord, kan helhetlige teorier om menneskets psykologi være til nytte. I Freuds arbeider finner man ingen publikasjoner med suicidalitet som hovedtema. Imidlertid var døden og dødsønsker, både bevisste og ubevisste, et tema som i høyeste grad opptok Freud (Briggs, 2006). I *Mourning and Melancholia* (1917) beskriver Freud likhetene i uttrykk mellom sorg og melankoli, men vektlegger en vensensforskjell, nemlig at man i melankolien finner en nedvurdering av selvet som en ikke finner hos mennesker i sorg. Melankolien ligner på det vi i dag oftest kaller depresjon. Han skriver: «In mourning it is the world which has become poor and empty; in melancholia it is the ego itself» (Freud, 1917, side 246). Sorgen er en reaksjon på et ytre tap, mens det i depresjonen er selvet som har tapt noe, blitt utarmet, og oppleves som verdiløst og foraktet. Freud skriver videre: «This picture of a delusion of (mainly moral) inferiority is completed by sleeplessness and refusal to take nourishment, and - what is psychologically very remarkable - by an overcoming of the instinct which compels every living thing to cling to their life» (Freud, 1917, side 246). Her ser en at Freud undrer seg over hvordan den ultimate instinktive driften, livskraften (Libido), kan bli overmannet i så stor grad at individer går til det skritt å skade seg selv eller tar selvmord. En observasjon Freud beskriver i denne teksten, er at ofte vil man når man lytter til den melankolske eller deprimeres selvanklager, fange opp at disse anklagene ikke best beskriver pasienten selv, men et menneske som pasienten «loves or has loved or should love» (Freud, 1917, side 248). Freud beskriver her at i den melankolske tilstanden, selv om den i pasientens bevissthet inneholder selvnedvurdering, faktisk inneholder anklager mot et en annen. Anklagene har blitt vendt mot selvet, men inneholder samtidig ubevisst aggresjon mot et objekt (Freud, 1917). Sentralt i den selvmordstruedes psykologi er en konflikt mellom hat og kjærlighet rettet mot et objekt. Han beskriver en tilstand hvor ego blir identifisert med et objekt som har skuffet, såret eller skjemmet subjektet, og dette gir grobunn for hatefulle følelser. Gjennom at ego identifiseres med objektet vendes disse følelsene mot selvet og kan føre til selvmordshandlinger (Freud, 1917). Ved å myrde seg selv,

myrder en samtidig et objekt som ego har identifisert seg med (Litman, 1994). Freud understreker her at en suicidal dynamikk indikerer en tilstand av et selv i oppløsning.

Kernberg (2009a) vektlegger aggresjon som drivkraft for selvmordsatferd. Han støtter seg til Freuds driftsteori og at grunnlaget for ubevisste intrapsy-kiske konflikter er en konflikt mellom kjærlighet og aggresjon. Han fremhever at den ubevisste funksjonen til selvdestruktiv aggresjon er «(...) not simply to destroy the self, but to destroy significant others as well» (Kernberg, 2009a, s. 1011), og at det destruktive er motivert av affektive tilstander som skyldfølelse, hevn, misunnelse eller triumf i relasjon til et objekt. Aggresjon kan vendes mot selvet ved opplevde brudd i intense, ambivalente objektrelasjoner (Kernberg, 2000). Opplevelse av tap av et internalisert, idealisert objekt kan ledsages av en antagelse om at tapet av objektet skjedde på grunn av egen aggresjon. Dette leder til intens skyldfølelse og kan resultere i selvdestruktiv aggresjon. Selvmord sees da som et ubevisst forsøk på å ødelegge det onde selvet og redde det gode objektet (Kernberg, 2009b). Akhtar (1992) skisserer opp tre tilstander som på ulikt vis kan gi grobunn for suicidalitet; foruten aggresjon og skyldfølelse, trekker han også frem håpløshet. Håpløshet i den grad at det gir seg uttrykk i et dødsønske, knytter han til Winnicotts «falskt selv»; en tilstand som Akhtar tenker kan bearbeides gjennom psykoterapi, og hvor terapien ofte blir en betydelig kilde til håp for en pasient som er desperat søkende etter kontakt med sitt «true self». Ved denne tilstanden er toleransen for empatiske feil eller brudd i terapirelasjonen lav, og kan medføre en voldsom fortvilelse og håpløshet hos pasienten, og dødsønsker blir en løsning på den psykiske smerten (Akhtar, 1992).

Bell (2001) arbeider i artikkelen med den beskrivende tittelen «Who is killing what or whom?» også med å forstå mennesker med suicidal atferd. Han er opptatt av hvordan vi må gå i dybden hos hver enkelt pasient for å forstå hva som kan ligge bak selvmordstanker og -handlinger. Dette kan illustreres med sitatet «There are very few things in psychiatry that can be said with certainty, and one of them is this: Suicide attempts never take place for the stated reason» (Bell, 2001, s.21). Han er opptatt av at det pasienten oppgir som årsak til et selvmordsforsøk bare er en overfladisk forklaring- og dermed at man ved å kun lytte til innholdet i det pasienten sier, kan overse hva pasienten kommuniserer på et dypere, ubevisst plan. Han gir et eksempel på en ungdom som har forsøkt å ta livet sitt og som begrunner det med å ha strøket på eksamen. Hendelsen kan ha vært utløsende, men vi blir sittende igjen med ubesvarte spørsmål om hvorfor det å ha strøket på eksamen for denne ung-

dommen fører til et ønske om å dø. Hva er det med denne hendelsen som utløser en slik massiv destruktiv kraft? Bell framhever at det ved ethvert selvmordsforsøk finnes underliggende ubevisste årsaker. Et eksempel kan være at lav toleranse for ikke å få sine ønsker og behov tilfredsstilt, kan gi grobunn for fantasier om en tilstand, døden, hvor en aldri vil trenge å oppleve en slik frustrasjon.

Bell (2001) framhever at det å kjenne til generelle risikofaktorer for selvmord er viktig, men har begrenset nytte i møte med hver enkelt pasient. For eksempel trekker han fram at det er et statistisk faktum at noen metoder for å ta selvmord har mer dødelig utfall enn andre, blant annet at mennesker som har planer om hengning har høyere risiko for å dø enn mennesker som har planer om overdose med tabletter. Imidlertid blir det meningsløst å vurdere denne risikoen på individnivå. Et individ som tar livet sitt med overdose, viser seg jo i etterkant å ha hatt 100% risiko for selvmord!

På individnivå er det å prøve å forstå meningen bak selvmordstanker for akkurat denne personen vesentlig. Bell (2001) understreker at alle selvmordshandlinger finner sted i en kontekst av menneskelig relasjon, reelle relasjoner eller på fantasiplan, og ikke kan sees isolert fra dette. Det som spiller seg ut i samhandlingen mellom behandler og pasient, er gjerne et bilde på en intrapsykisk konflikt hos pasienten. Aspekter av pasientens indre er i konflikt med hverandre, men denne konflikten kan gjennom projeksjon gi pasienten en midlertidig følelse av lettelse gjennom at det onde ikke lengre er i det indre, men utenfor en selv. Pasienter som truer med eller handler på suicidale impulser, rekrutterer andre til å bli ansvarlige for sitt liv. Et dilemma i disse tilfellene kan bli at jo mer ansvarlige andre føler seg for å holde vedkommende i live, jo mer fjerner pasienten seg selv fra dette, og hele ønsket om å leve er nå lokalisert hos andre. Dette er relevant i klinisk arbeid hvor et uttalt mål vil være at pasienten er i stand til å ta ansvar for sine egne handlinger.

Motoverføring

Motoverføring omhandler terapeutens affektive reaksjoner på ubevisst kommunikasjon fra pasienten (Gullestad & Killingmo, 2005). Motoverføring viser til terapeutens spesifikke emosjonelle reaksjoner som aktiveres i møte med spesifikke kvaliteter hos pasienten. Pasienten har et ubevisst ønske om eller behov for å vekke denne reaksjonen hos terapeuten. En skiller gjerne mellom motoverføring og terapeutens overføring. Til forskjell fra motoverføring, omhandler terapeutens overføring det at terapeuten selv har uløste ubevisste

konflikter, som kan vekkes i møte med pasienter, men som ikke er knyttet til noe spesifikt i pasientens materiale. Dette er reaksjoner som vekkes på grunn av terapeutens egne erfaringer, konflikter og personlighetstrekk. Å kunne skille mellom disse, fordrer at terapeuten arbeider med «selvanalytisk granskning» (Gullestad & Killingmo, 2005, s.137). Motoverføring ble i utgangspunktet ansett som en hindring i det terapeutiske arbeidet, da terapeutens følelser og reaksjoner ble sett på som noe som forstyrret pasientens terapi. Det var Paula Heimann (1950) som først skrev om hvordan motoverføring kunne brukes for å få en bedre forståelse av pasientens ubevisste. Når vi klarer å bli oppmerksom på og erkjenne egne følelser, kan terapeuten danne seg hypoteser om hva pasienten ubevisst kommuniserer, og dette er til nytte i det terapeutiske arbeidet med pasienten. Motoverføringen blir et viktig diagnostisk verktøy som gir informasjon om pasientens fungering og struktur (Kernberg, 1975). I dag er det ukontroversielt innenfor psykodynamisk tradisjon å hevde at terapeutens følelsesmessige reaksjoner er et svært viktig redskap i det terapeutiske arbeidet, og at motoverføringen, i den grad vi er i stand til å bli oss den bevisst, gjør det mulig å utforske pasientens ubevisste kommunikasjon (Zachrisson, 2008).

Hvordan skal vi forstå hva våre følelsesmessige reaksjoner i møte med pasienter kan handle om? Racker (1957) introduserte skillet mellom konkordant og komplementær motoverføring. Konkordant motoverføring er basert på projeksjon og at terapeuten identifiserer seg med pasienten. Terapeutens reaksjon samsvarer med pasientens tilstand. Ved komplementær motoverføring er reaksjonen en identifikasjon med et objekt. Den oppstår fordi pasienten behandler terapeuten som et indre objekt. Pasienten iscenesetter i så måte tidligere relasjonelle mønstre. Dette foregår ubevisst (Racker, 1957). Et eksempel som kan illustrere disse fenomenene kan være en pasient som kommer med selvmordstrusler overfor terapeuten. Dette kan føre til en intens identifisering med et objekt som føler seg truet, og vekke angst og sinne hos terapeuten. Dette er komplementær motoverføring. Når terapeuten blir oppmerksom på å føle seg sint, kan dette føre til skyldfølelse og ønske om å reparere relasjonen til pasienten gjennom å identifisere seg med og leve seg inn i pasientens opplevelse. Dette er konkordant motoverføring (Racker, 1957).

En studie utført av Heller, Haynal-Reymond, Haynal og Archinard (2001) gir empirisk grunnlag for hvordan motoverføringsreaksjoner kan brukes når terapeuter snakker med selvmordstruede pasienter. Studien så på en erfaren psykiaters prediksjon av selvmordsforsøk. Psykiateren snakket med 59 pasienter som hadde et selvmordsforsøk bak seg, og gjorde en vurdering av risikoen

for nye selvmordsforsøk hos hver enkelt pasient. Samtalene ble filmet. Man fant at selvmordsrisikovurderingen som psykiateren hadde skrevet ned basert på samtalen i liten grad predikerte nye selvmordsforsøk hos pasientene. Etter nøyte studier av filmene, gjorde forskerne et interessant funn, nemlig at både psykiaterens og pasientenes ansiktsuttrykk på mikronivå i høy grad predikerte framtidige selvmordsforsøk hos pasienten. Ansiktsuttrykkene ble kodet ved hjelp av Ekman og Friesens Facial Action Coding System (FACS) med den hensikt å identifisere tegn som kunne settes i sammenheng med framtidige selvmordsforsøk hos pasienter. Man fant subtile tegn på uro, spenning, frykt i ansiktet hos både pasienter og psykiateren i samtaler med pasienter som i etterkant gjorde nye selvmordsforsøk, og dette lot seg skille fra ansiktsuttrykkene i samtaler med pasienter som ikke gjorde nye selvmordsforsøk i 80 prosent av tilfellene (Heller et.al, 2001). Dette tyder på at en ubevisst kan fange opp kommunikasjon via sansning som ikke lett lar seg omdanne til ord, at vi leser mer ut av hverandres ansiktsuttrykk enn vi bevisst registrerer. Funnene er også i tråd med forskning på speilnevroner og menneskers evne til å sette oss inn i og tenke rundt andre menneskers følelser, også når de ikke er satt ord på (Johansen, 2012). Studien indikerer at det å arbeide med å få kontakt med og erkjenne følelser hos terapeuten kan utgjøre en sentral del i det å gjøre selvmordsrisikovurderinger.

Studien åpner for flere spørsmål og hypoteser. Det sies ikke om ansiktsuttrykkene samsvarte med terapeutens egen opplevelse av sine følelser, eller om terapeuten i etterkant kjente seg igjen i det som ble oppdaget i nærstudier av hennes ansiktsuttrykk. Kunne terapeuten på egen hånd, gjennom «selvanalytisk granskning» (Gullestad og Killingmo, 2005), gjennom egenerapi eller veiledning, vært i stand til å oppdage sin egen uro over enkelte pasienter? Kunne dette i tilfelle bidratt til å gjøre en mer valid helhetlig selvmordsrisikovurdering av den enkelte pasient?

I arbeidet med suicidale pasienter kan mange følelser og reaksjoner vekkes hos terapeuten. En kan oppleve tristhet, fortvilelse, hjelpeløshet, men også sinne og aggresjon over pasientens destruktivitet, som kan ramme både pasienten selv, terapeuten og andre i pasientens liv. På grunn av de sterke følelsene som gjerne vekkes hos terapeuter som arbeider med suicidale pasienter, er det grunn til å se spesielt på motoverføringsreaksjoner når jeg i det videre fokuserer på kliniske selvmordsrisikovurderinger.

Hvordan kan psykodynamiske faktorer øke kvaliteten på selvmordsrisikovurderinger?

Anderson (2000) understreker at det å se på de tradisjonelle risikofaktorene er en nyttig og viktig del av en vurdering, men at det er av stor betydning å sette disse faktorene inn i konteksten til hver enkelt pasients liv og historie. Hvor er pasienten utviklingsmessig? Hva er deres største bekymringer? Hvordan håndterer de disse? Og - hvordan oppleves den terapeutiske relasjonen? Anderson (2000) hevder at hvordan en som terapeut opplever pasienten, er vesentlig også ved selvmordsrisikovurderinger - oppleves pasienten som tilitsfull, mistenksom eller likegyldig i relasjonen? Dette kan indikere kapasiteten personen har til å ta imot hjelp, og til å internalisere terapeuten som en hjelpsom annen. Det sier noe om pasientens indre objekter. Terapeuten kan også merke dette på sin egen motoverføring. Noen pasienter fyller en med angst, og en kan si at vedkommende sånn sett lykkes i å vekke bekymring og sterke følelser hos andre, noe som kan være en indikator på en evne til å være i en relasjon hvor det kan foregå en interaksjon med høy intensitet. Anderson (2000) bemerker at med noen av pasientene hvor det virkelig er fare for selvmord, skjer det motsatte. Relasjonen oppleves gjerne lite meningsfull og det er vanskelig for terapeuten å få tak i motoverføringsreaksjoner. Det vekkes gjerne svært lite angst eller andre følelser hos terapeuten i møtet med pasienten. Pasienten snakker gjerne med lite innlevelse og emosjonell tilstedeværelse. Dette kan si noe om at pasienten har begrenset evne til å romme egne følelser og til å være i en relasjon hvor en får hjelp til å bli rommet av andre. Pasientens evne til selvmedfølelse er et annet trekk som Anderson (2000) trekker fram. I hvilken grad oppleves pasienten som en person som er i stand til å hjelpe og bry seg om seg selv? Synes pasienten å være interessert i og nysgjerrig på seg selv og sine handlinger? Har vedkommende et godt indre objekt som benyttes til å håndtere følelser i vanskelige situasjoner? En måte å finne ut av dette er å se på pasientens handlinger etter en selvskadingssituasjon. Oppsøkte vedkommende hjelp selv, eller ventet passivt på å bli funnet? Dette kan være en indikator på hvorvidt pasienten har en opplevelse av at andre kan være til hjelp.

Anderson (2000) er opptatt av hvordan en selvmordsrisikovurdering kan gjøres på en slik måte at den i seg selv kan virke terapeutisk, og at det i en vurderingssituasjon kan lages plass for psykodynamiske faktorer som containing og motoverføring. For at dette skal kunne skje i praksis, må nødvendigvis vurderingen gjøres på en nokså ustrukturert måte. Hvis for mye av tiden

sammen med pasienten brukes til at terapeuten stiller spørsmål fra en sjekklis-
te heller enn å ha en lyttende holdning, vil en gå glipp av ubevisst og subtil
kommunikasjon fra pasienten.

Utfordringer ved bruk av strukturerte spørreskjema

Et poeng Anderson (2000) trekker fram, er hvordan vi som terapeuter kan
bruke strukturerte skjema i et forsøk på å håndtere vår egen angst for at våre
pasienter skal begå selvmord. Vi kan bruke et skjema å gjemme oss bak i vår
usikkerhet. En risiko med dette er at våre pasienter oppfatter og erfarer at vi
ikke tåler deres selvmordstanker og følelser knyttet til dette. Vi kan bli over-
veldet av vår egen angst i møte med pasientens fortvilelse og dødsønsker, og
vi holder vår egen angst på avstand ved å bruke skjema som er mer tekniske
enn psykologiske. Pasienten fornemmer at vi er redde for deres suicidalitet,
fordi vi er redde for hvordan dette kan skade oss selv, både følelsesmessig,
men også praktisk i en jobb hvor det at en pasient tar livet sitt kan oppfattes
som at terapeuten har «feilet». Dette kan være til hinder for utvikling av en
god og trygg behandlingsrelasjon, noe som igjen kan føre til brudd i behan-
lingen; slik at pasienten mister en mulighet til å gå i en behandling som kan
være til hjelp ved selvmordsproblematikk.

Hyppig bruk av sjekklister kan også distrahere terapeuten fra å bli opp-
merksom på egne motoverføringsreaksjoner. Dette kan skje konkret gjennom
at skjemaet får fokus i samtalen med pasienten, heller enn at en er oppmerk-
som på det som foregår mellom pasient og terapeut. Innføring av rigide ruti-
ner kan føre til at terapeuten forholder seg i så stor grad til sjekklisten at lyt-
ting til pasienten går tapt. En sjekkliste kan dessuten tenkes å få status som
en «gullstandard» i behandling av selvmordstruede pasienter, uten at et slikt
måleinstrument predikerer selvmordsrisikoatferd på individnivå særlig godt,
og heller ikke oppleves som en nyttig terapeutisk intervensjon (Berglund,
Frøysaa & Siqveland, 2015). Mange terapeuter frykter at pasienter skal ta livet
sitt. Det kan være et vanskelig faktum å forholde seg til at vi som terapeuter
arbeider med potensielt dødelige tilstander og at mange i løpet av sitt arbeids-
liv vil oppleve at pasienter begår selvmord. Utstrakt bruk av sjekklis-
tebasert selvmordsrisikovurdering kan tenkes å senke terapeuters toleranse for den
usikkerhet som alltid vil være tilstede når man vurderer et så komplisert feno-
men som selvmordsrisiko. Skjemaet kan inngi en følelse av falsk trygghet for
terapeuten og gi et skinn av at det er enklere å vurdere selvmordsrisiko hos
den enkelte pasient enn det faktisk er (Berglund et al., 2015).

Terapeutens arbeid med motoverføring

Det er forsket på reaksjoner blant terapeuter som har opplevd at en pasient har tatt livet sitt. En har blant annet funnet at flere sier at de etter hendelsen var så følelsesmessig preget og redde for at dette kunne skje igjen, at de iverksatte u hensiktsmessig mange selvmordsforebyggende tiltak (for eksempel inndra permisjoner og øke tilsyn i døgnavdelinger) (Larsen, 2011). Tiltakene brukes dermed for å ha egen ryggdekning og å dempe egen redsel og bekymring, mer enn for å hjelpe pasientene. Selvmordsforebyggende tiltak som øker beskyttelsen av pasienten, kan ha negative konsekvenser i form av ansvarsfraskrivelse og umyndiggjøring, og kan virke regresjonsfremmende (Larsen, 2011). Tiltak som skal fungere som beskyttelse, kan dermed på lengre sikt hindre overordnede terapeutiske mål, som selvstendigjøring, å ta ansvar for egne handlinger og autonomi. Selvmordstrusler og -handling kan også vekke sinne og aggressive følelser i terapeuten, og selvmordsforebyggende tiltak kan settes i gang på grunn av ubevisste ønsker om å straffe pasienten. Dersom motoverføringen er intens, og terapeuten ikke har vært i stand til å bli bevisst og kunne arbeide med motoverføringsreaksjonene, kan tiltakene i virkeligheten være en aggressiv utagering fra terapeutens side, forkledd som handlinger til pasientens beste (Larsen, 2011).

Motoverføring i arbeid med suicidale pasienter må sees i lys av flere faktorer enn pasientens suicidalitet- blant annet den helhetlige diagnostiske vurderingen av pasientens patologi; dreier dette for eksempel seg om en alvorlig deprimert pasient eller en pasient med en borderline personlighetsstruktur, og hvordan tenkes det at pasienten best ivaretas på dette tidspunktet? Beskyttelsestiltak kan som nevnt iverksettes i uforholdsmessig stor grad på grunn av terapeutens frykt. På den annen side kan naturligvis også ikke å iverksette tiltak bunne i motoverføring, for eksempel hvor pasienten er ute av stand til å be om nødvendig hjelp, og terapeuten reagerer med ro eller likegyldighet fordi han forledes til å tro at det ikke er fare på ferde, der hvor det faktisk er det. Et annet eksempel kan være at terapeuten på grunn av et ubevisst ønske om å straffe pasienten unnlater å iverksette beskyttende tiltak, for eksempel ved ikke å etterkomme ønske om en innleggelse, også hvor dette er et nødvendig tiltak.

Maltsberger og Buie (1974) har skrevet om det de kaller motoverføringshatet i møte med suicidale pasienter. Dette beskrives som en blanding av «aversion and malice» (aversjon og ondskapsfullhet, min oversettelse). De beskriver at det er essensielt at terapeuten blir bevisst disse følelsene slik at de kan bearbeides, heller enn at de fører til utageringer fra en terapeut som ikke er

bevisst sine motoverføringer. Slike følelser kan være svært vanskelig for terapeuter å erkjenne, da vi som terapeuter ofte har behov for å se på oss selv som gode og omsorgsfulle i møte med pasienter. For å bevare selvbildet som «den gode hjelper» kan terapeuter forsøke å undertrykke følelser som avsky, sadisme og avvissende holdninger (Maltsberger & Buie, 1974). Ifølge forfatterne vil ikke-erkjent aversjon være følelsen som kan føre til farligst utfall, fordi den gjerne vil utageres i form av å forlate pasienten, å avslutte behandlingen. Den delen av motoverføringshatet som beskrives som ondskap, kan føre til vanskelige behandlingsforhold, men er likevel å foretrekke framfor at terapeuten på grunn av egne følelser avviser pasienten, som er det de framholder som noe som kan være utløsende for selvmord. De skriver:

(...) it is the aversive impulse that tempts the therapist to abandon the patient. The therapist's malicious impulses, on the other hand, imply a preservation of the relationship, for the exercise of cruelty requires an object (...) To live out one's countertransference malice in relation to a patient is antitherapeutic and unacceptable. But even more undesirable is the living out of one's aversion, because then a suicide is likely to be precipitated (Maltsberger & Buie, 1974, s. 626).

De beskriver at mange pasienter med selvmordsatferd har en tendens til å vekke sadistiske følelser i andre og har gjerne kun evne til å opprettholde relasjoner som er i sadomasochistisk modus, andre typer relasjoner blir oppløst. Selv om sadomasochistiske relasjoner er vonde og destruktive, er de likevel bedre enn ingen relasjon i det hele tatt. En av oppgavene til terapeuten blir å akseptere og romme sine motoverføringsfølelser. På denne måten kan på sikt pasientens relasjonelle mønster bli arbeidet med gjennom tolkning og gjenomarbeiding, i stedet for at mønsteret blir gjentatt i den terapeutiske relasjonen (Maltsberger & Buie, 1974).

Et problem terapeuter kan støte på i arbeidet med pasienter med selvmordsproblematikk, er at det kan oppleves vanskelig å overholde grenser og rammer. En ser seg nødt til å gjøre unntak fra profesjonelle normer og gjøre seg mer tilgjengelig for pasienten for å «redde liv» (Larsen, 2011), for eksempel ved å gi pasienten ekstra timer, gi ut privat telefonnummer eller lignende. Dette kan føre til en ond sirkel hvor det blir vanskelig å holde på rammene også i andre situasjoner, og terapeuten kan uten å ha vært seg det bevisst plutselig befinne seg i en situasjon hvor en gjør flere grenseoverskridelser fra de vanlige terapeutiske rammene. Det som blir ekstra utfordrende, er at det i

noen tilfeller vil være riktig å iverksette tiltak som er utover den vanlige rammen, for eksempel å tilby pasienten ekstra timer, mens det samme tiltaket i andre tilfeller kan være uttrykk for en agering fra terapeutens side, der terapeutens egen frykt eller andre følelser styrer intervensjonene. Dette viser hvor vanskelig det kan være å gjøre disse vurderingene. Et tiltak som i en situasjon kan være nødvendig og riktig, kan i en annen være en utagering fra terapeuten. Det kan som nevnt dreie seg om utspilling av motoverføringshat som kan føre til en sadistisk, straffende utagering. I andre tilfeller kan det handle om terapeutens egen angst, for eksempel på grunn av at en tidligere har opplevd at en pasient har tatt livet sitt, og en iverksetter unødvendig omfattende beskyttelsestiltak i et forsøk på å forhindre å oppleve lignende smertefulle situasjon igjen.

Litman (1994) skriver om terapeuters dilemma når man vurderer inngripen i pasienters liv på grunn av bekymring for selvmordsrisiko. Sentrale mål i psykoanalytisk psykoterapi er at pasienten skal oppnå økt autonomi og ta ansvar for egne følelser, handlinger og avgjørelser. Disse målene står i sterk kontrast til å gå inn og kontrollere en pasients liv med for eksempel en tvangsinnleggelse. Pasientens liv og sikkerhet er viktigere enn andre terapimål, og en tvangsinnleggelse vil i noen tilfeller vil være nødvendig for å forhindre selvmord. Samtidig er det viktig å veie argumentene for og imot, fordi det å overstyre pasientens egne ønsker også kan ha potensielt svært skadelig utfall. En intervensjon som hadde til hensikt å beskytte pasienten, kan resultere i økt risiko gjennom at det kan true pasientens selvbilde og gi en opplevelse av kontrolltap som oppleves svært negativt og kan også være traumatiserende (Litman, 1994). Det finnes imidlertid fallgruver på begge sider. Terapeuter kan også gjøre feilvurderinger ved å legge for mye vekt på å unngå å bli styrt av egne motoverføringsreaksjoner. En kan med andre ord erkjenne sine egne motoverføringsreaksjoner som for eksempel redsel, og derfor la være å gripe inn med tvangsinnleggelse, fordi en frykter at det er en agering på egen motoverføring. I noen tilfeller er imidlertid terapeutens redsel en helt adekvat reaksjon på at det faktisk er fare for pasientens liv, men terapeuten kan bli så opptatt av ikke å bli styrt av egne følelser at en undervurderer at pasienten er i reell fare for å skade seg selv (Maltsberger & Buie, 1974). Dette kan naturligvis få alvorlige konsekvenser. Her kreves det at terapeuter tolererer å stå i svært utfordrende vurderinger hvor en gjerne først i etterkant kan vite hva som var riktig og galt å gjøre, og en kan først da forsøke å tenke om og analysere hva som har utspilt seg mellom pasient og terapeut.

Avslutning

I denne artikkelen har jeg tatt for meg problematiske aspekter ved skjemabaserte selvmordsrisikovurderinger, og sett på hvordan et psykodynamisk perspektiv kan utvide vår forståelse av kompleksiteten i selvmordstanker og –atferd. En sjekklister som tar for seg risikofaktorer kan være en nyttig del av en vurdering, men klarer ikke å favne enkeltmenneskets kompleksitet. I tillegg er det viktig når man bruker slike skjema å forholde seg til at statistiske risikofaktorer på gruppenivå ikke kan overføres til enkeltindivider. Å få til en behandlingsrelasjon hvor det er rom for å utforske den enkelte pasients ønsker om både å leve og å dø, tenkes å ha avgjørende betydning for å skape mening i en psykoterapeutisk prosess. Jeg har videre sett på viktigheten av at terapeuter som arbeider med suicidale pasienter anstrenger seg for å få tak i om selvmordsforebyggende tiltak iverksettes på grunn av motoverføringsreaksjoner, eller om dette er nødvendige tiltak for å hindre at pasienten tar sitt liv. Dette er komplekse vurderinger hvor en må tolerere å være usikker, og det krever arbeid fra terapeutens side å få kontakt med og erkjenne egne følelser. Dette kan være av spesielt stor betydning i arbeid med pasienter som kan vekke så mye angst, sinne og redsel, og hvor faren for avvisning og relasjonsbrudd er stor.

Takk til Kjartan Thu og Lars Ravn Øhlckers for å ha lest og gitt innspill.

Referanser

- Akhtar, S. (1992). *Broken structures. Severe personality disorders and their treatment*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Anderson, R. (2000). Assessing the risk of self-harm in adolescents: A psychoanalytical perspective. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 14, 9-21.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide*. London: Oxford University Press.
- Bell, D. (2001). Who is killing what or whom? Some notes on the internal phenomenology of suicide. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 15, 21-37.
- Berglund, A., Frøysaa, C. & Siqveland, J. (2015). Behandling ved kronisk suicidalitet- Retningslinjer og realiteter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52, 872-877.
- Briggs, S. (2006). «Consenting to its own destruction”: A reassessment of Freud’s development of a theory of suicide. *Psychoanalytic Review*, 93, 541-564.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Boston: Harvard University Press.
- Casement, P. (1985). *On learning from the patient*. New York: Routledge.
- Folkehelseinstituttet, (2015, 12. november). *Selvmord og selvmordsforsøk - faktaark med helsestatistikk*. Hentet 22. januar 2016, fra Folkehelseinstituttet <http://www.fhi.no/ar>

- tikler/?id=70808
- Folkehelseinstituttet (2015, 04. november). *Dødsårsaksregisteret - statistikkbank. D10 Selvmord etter kjønn, alder og dødsårsak*. Hentet 21. januar 2016, fra Folkehelseinstituttet <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *Standard Edition XIV*, 243-258.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Heller, M., Haynal-Reymond, V., Haynal, A. & Archinard, M. (2001). Can faces reveal suicide risk? I M. Heller (red.), *The flesh of the of the soul: The body we work with* (s.243-269). Bern: Peter Lang.
- Helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015, 25. mars). *Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger*. Hentet 14. desember 2015, fra Pasientsikkerhetsprogrammet <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/forebygging-av-selvmord-i-akuttpsykiatriske-d%C3%B8gnavdelinger>
- Johansen, R. (2012). *Psykoterapi og hjernen*. I R. Ulberg, A.G. Hersoug og T. Knutsen (red.), *Psykoterapi i utvikling* (s. 217-233). Oslo: Akademika Forlag.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (2000). «Mourning and melancholia» eighty years later. I P. Fonagy, R. Michels og J. Sandler (red.), *Changing ideas in a changing world: The revolution in psychoanalysis. Essays in honour of Arnold Cooper* (s. 95-102). London: Karnac.
- Kernberg, O.F. (2009a). The concept of the death drive: A clinical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 90 (5), 1009-1023.
- Kernberg, O.F. (2009b). An integrated theory of depression. *Neuropsychoanalysis*, 11, 76-80.
- Larsen, K. (2011). «Bare gå og heng deg, din jævla dritt!» Motoverføring og suicidalitet. *Suicidologi*, 16, No.1, 18-24.
- Larsen, K. & Teigen, K.H. (2015). Hvorfor misforstå forskning om selvmord? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52, 606-612.
- Litman, R.E. (1994). The dilemma of suicide in psychoanalytic practice. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 22, 273-281.
- Maltsberger, J.T. & Buie, D.H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 625-633.
- Maltsberger, J.T. (2008). Self break-up and the descent into suicide. I S. Briggs, A. Lemma og W. Crouch (red.), *Relating to self-harm and suicide* (s. 38-44). London: Routledge.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis. Understanding personality structure in the clinical process*. 2nd ed. New York: The Guilford Press.
- Racker, H. (1957). The meaning and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, No. 8, 939-948.

Abstract

Recent years have seen the increased implementation of structured interview tools to assess risk of suicide in mental health services in Norway. These tools are often felt by clinicians to offer a cursory and reductionistic means of handling the complexity that suicidal themes represent in therapy. In this article, the author attempts to illustrate psychodynamic theoretical contributions that can enrich the way that suicidal themes are understood and negotiated in therapy.

Keywords: Suicide risk, countertransference, suicide, suicide assessment.