

PSYKOTERAPEUTEN SOM SELVMORDSFØREBYGGER

Tekst: Line Hou

Som psykoterapeuter kan vi være med til at forebygge selvmordshandlinger ved at reagere på de faresignaler, vi opfanger, og sætte ind med den rette intervention. Jeg har valgt at sætte fokus på tre typiske målgrupper i selvmordsforebyggelse: almindelige klienter, der søger vores hjælp med forskellige problematikker, klienter, der er pårørende til en nær, der er selvmordstruet og/eller har haft selvmordsforsøg samt klienter, der er efterladte til selvmord. For disse tre målgrupper skal vi se på, hvilke faktorer der øger chancen for selvmordshandlinger, og hvilke der beskytter. Til sidst ser vi på det psykoterapeutiske perspektiv, dels den faglige indsats, som at benytte samtalemodellen psykisk førstehjælp, og dels, hvordan vi passer på os selv i mødet med selvmord og død.

Jeg vil ikke berøre de målgrupper, der er i øget selvmordsrisiko, da disse grupper typisk er i berøring med behandlersystemet.

SELMORDSFØREBYGGELSE MED ALMINDELIGE KLIENTER

Vi har klienter i vores praksis, der kommer af anden årsag end problematikken at have selvmordstanker, og vi kan let overse, at der kan være en klient, der har selvmordstanker og/eller adfærd.

Der er en del af de klienter, der søger hjælp, som er i livskrise. De har tanker og følelser, der er domineret af meningsløshed, mismod og opgivelse. Her ser vi risikofaktorer på selvmordsfare.

Klienten er ofte indirekte i sin kommunikation omkring sine selvmordstanker. De fleste, der har tanker om egen død, isolerer sig, er tavse og føler sig alene heri.

Deres tanker og følelser er ofte diffuse og uklare for dem selv, og de er ikke altid bevidste om alvoren heraf. Det er her, vi skal være vågne og skærpe vores opmærksomhed. Vi skal tage disse signaler alvorligt og handle.

Min erfaring er, at klienten sjældent har oplevet at blive spurgt ind til disse tanker og følelser. Mange går alene med selvmordstanker, og nogle har også haft selvmordsforsøg. For en dels vedkommende er der ingen i netværket, der har kendskab til dette. Klienten har ofte et sparsomt sprog og erkendelse af disse tilstande.

Jeg oplever ofte, når jeg spørger ind til selvmordstanker, at reaktionen hos klienten typisk er en let overraskelse. Men den primære følelse er lettelse og villighed til at fortælle.

Intervention ved almindelige klienter

Når vi opfanger faresignaler, skal vi tage initiativet. Vi skal kende risiko- og beskyttelsesfaktorerne, kunne

HANDLINGER	FØLELSESMÆSSIGT	FYSISK	KOMMUNIKATION
Giver ejendele væk	Trist, mismod, opgivelse	Manglende interesse for udseendet	Jeg kan ikke mere
Trækker sig	Sårbar, labil	Usiogneret	Hvis ikke, så ...
Mister interessen	Hård, lukket	Søvnforstyrrelser	Mine problemer er snart ovre
Misbrug af enhver art	Afvisende, uimodtagelig	Over-/underspisning	Der er ikke plads til mig
Ændret adfærd	Angst, frygt, bekymring	Alvorlig sygdom	Ingen kan hjælpe mig
	Hjælpeløs	Kroniske smerter	De får det bedre uden mig
			Tavshed

Figur 1. Eksempler på faresignaler.

afdække grad af selvmordsfare – lav, middel eller høj risiko, og i dialog føre klienten i sikkerhed. Som en del af terapisesionen yder terapeuten psykisk førstehjælp, hvor grad af selvmordsfare afdækkes, og der interverneres.

SELMORDSFOREBYGGELSE, HVOR KLIENTEN ER PÅRØRENDE

Definitionen på at være pårørende er at være i relation med en person, der har tanker, ønsker om egen død og/eller har haft et eller flere selvmordsforsøg. Pårørende lever et liv tæt på døden hver dag. I perioder meget intenst og i andre perioder er der pauser, men de er altid mere eller mindre mobiliserede. De pårørende er ofte udmattede, trætte, føler håbløshed og føler usikkerhed på fremtiden. Så vi har med klienter at gøre, der skal forholde sig konstant til at prioritere deres energi og tid på en ekstrem måde.

Eksempel på klient, der er pårørende

Lone har søgt rådgivning, da hendes søster har haft et alvorligt selvmordsforsøg. Lillesøster på 21 år er indlagt på psykiatrisk afdeling. De har en tæt relation, og som Lone udtrykker det, vi kender hinanden ud og

ind. Lillesøster har været psykisk sårbar i flere år, med mørke tanker og selvskadende adfærd. Hun har tidligere haft et selvmordsforsøg, som familien kender til. Lone er rastløs, føler stor forvirring om, hvordan hun skal forholde sig, da søsteren snart udskrives til eget hjem. Moren ringer ofte til Lone, tjekker hvor hun er, og hvad hun laver. Lones hududslæt er blusset op, hendes humør skifter mellem at skælde ud på kæresteren og trække sig ind i sig selv. Lone har svært ved at passe sit studie, er en del hos lillesøsteren og ser serier for at finde ro.

Intervention ved klienter, der er pårørende

Det dobbelte blik må mestres i selvmordsforebyggelsen for pårørende. Der er behov for at kunne skelne mellem rådgivning og terapi, for begge metoder benyttes.

I ovenstående eksempel kunne det være:

1. Lone rådgives og oplyses om, hvordan hun bedst hjælper lillesøsteren, hvis hun bliver selvmordstruet. Igennem Lone afdækkes søsterens grad af selvmordsrisiko, og der rådgives om, hvordan Lone bedst hjælper. Vi giver viden og fakta inden for området og oplyser om henvisningsmuligheder for rette hjælp til søsteren.
2. Lone går i et forløb, og psykoterapien har fokus på

at skabe bevidsthed på egen rolle som pårørende og de automatiserede reaktioner og mønstre, der dræner og begrænser hende. Chokket ved lillesøsterens selvmordsforsøg bearbejdes, blandt andet ved regulering af nervesystemet.

3. Opbygning af resiliens, så Lone kan mestre et liv som pårørende, med fokus på at mærke egne grænser og skabe plads til hendes eget liv.

SELMORDSFØREBYGGELSE, HVOR KLIENTEN ER EFTERLADT

Definitionen på at være efterladt er at have mistet en nær, der har taget sit eget liv. Det er et kæmpe chok at opleve en kær, der tager sit liv. For mange opleves det som om, at fundamentet bliver revet væk under dem. Familier tømres sammen, og andre familier fragmenteres. Konflikter kan opstå og hemmeligheder afsløres, og nyt syn på familiestrukturen kan opstå. Familie-medlemmerne opfatter sorgen forskelligt og har forskellige behov, det kan skabe utryghed og forvirring. Det er overvældende oven i chokket og sorgen.

Især i den akutte tid oplever mange, at der også aktiveres tanker om døden, som for eksempel:

- et ønske om at blive forenet med den afdøde,
- lyst til at forsvinde fra smerten, døden er en udvej,
- frygt for hvem af mine nære, der nu kan finde på at tage sit liv,
- jeg kommer aldrig igennem dette, jeg har mistet mit liv, alt er forandret uden jeg ønsker det.

Efterladte, der søger hjælp, henvender sig på meget forskellige tidspunkter i forhold til deres tab, og de har også forskellige problematikker og udfordringer. Det kræver, at vi sætter ind med en tilpasset intervention.

Eksempler på klienter, der er efterladte

En bror har pludseligt og uventet mistet sin søster på 38 år til selvmord efter kort tids sygdom. Broren oplever flere angstanfald og fysiske symptomer, der ligner søsterens sygdomssymptomer. Broren kan ikke kontrollere sin angst, og der er kommet tanker om egen død. Han

udtrykker frygt for, om han, ligesom søsteren, pludselig kan få kraftige impulser til at tage sit eget liv.

En ung mand, henvender sig for hjælp. Han har mistet sin bedste ven, ikke ved selvmord, men et alvorligt selvmordsforsøg, der har betydet, at venen er blevet hjerneskadet og helt forandret. Den unge mand fortæller, at da han var ti år gammel, tog hans farfar sit liv. Han har boet i bofællesskab, hvor en roomie tog sit liv. Han er lige kommet hjem fra en ferie med kæresten, hvor han fik selvmordsimpulser, da han stod på altanen på fjerde sal. Der kører tankeloop som, der er tre, der dør, og jeg er den tredje.

Anna henvender sig, da hun er bange for, om hun pludselig kan finde på at tage sit eget liv. Hendes far tog sit liv som 60-årig og farfaren som 62-årig. Anna er 55 år og udtrykker, jeg bliver nok ikke ældre end 60 år, skal jeg forlige mig med det?

Intervention af efterladte

Vi har fokus på at hjælpe klienten i den nuværende præsente situation, samtidig må vi have fokus på at selvmordsforebygge. Det gør vi ved at til afdække eventuelle risikofaktorer og bearbejde gamle mønstre, der kan aktivere selvmordsrisiko.

Efterladte efter selvmord er i øget selvmordsrisiko (Ranning et al. 2022). Tit bearbejdes oplevelsen ikke, og ofte er der tavshed om hændelsen i familien, og så er der familier, hvor hændelsen åbner op for nye samtaler.

Oplevelsen forsvinder ikke ved tavshed. Chokket er lagret og overføres til de næste generationer (Wolynn 2019). Den øgede selvmordsrisiko ligger blandt andet i, at når en far tager sit liv, bliver det for børnene en erfaret løsningsmodel. Selvmord bliver en løsningsmodel til håndtering af vanskelige følelser, høj frustration og at føle sig fanget og fastlåst.

Det er lidt forskelligt, hvilket fokus og intervention jeg benytter mig af. Det afhænger af, hvor klienten er i sin proces. Fokus kan for eksempel være:

- Kort efter dødsfaldet er klienten i chok, og her fokuserer jeg på at hjælpe klienten igennem den første tid.
- Jeg har opmærksomhed på om, sorgprocessen er i sund udvikling, eller om sorgprocessen er fastlåst.
- Jeg risikovurderer altid. Jeg oplyser den efterladte om risikofaktorer, og jeg inviterer klienten til at uddybe familiehistorien. Sammen afdækker vi, hvad der har været af selvmordsadfærd, handlinger og håndteringsstrategier i familien.

Der er et forhold, der øger kompleksiteten i forhold til gruppen af efterladte. Vi kan opleve, at terapien går i tomgang uden progression, og forklaringen kan være, at klienten i sit procesarbejde træder ind og ud flere roller.

Der er ofte en forhistorie, hvor den efterladte har været i rollen som pårørende igennem mange år. Det betyder, at vi terapeuter skal navigere med klarhed på, hvilken intervention vi vælger, og tilpasse den til, hvilken rolle klienten befinder sig i. Vi bevidstgør klienten om, at de kan være i forskellige roller.

RISIKO- OG BESKYTTELSESAKTØRER

Når vi risikovurderer, undersøger vi, hvilke faktorer der øger klientens selvmordsrisiko. Men vi er også optaget af at afdække, synliggøre og styrke de beskyttelsesfaktorer, som klienten har i sit liv – ressourcer. Sætter vi fokus på beskyttelsesfaktorerne for tidligt, når vi risikovurderer, kan vi komme til at vende os mod det positive for tidligt. Gør vi det, risikerer vi at miste klientens tillid. Vi skal blive i nysgerrighed og udforske tanker, følelser, planer og handlinger omkring tegn på selvmordsadfærd.

Vi vil fokusere på vendepunktet, og når vi har fundet det, er det tid til at undersøge og udfolde beskyttelsesfaktorerne. På den måde kan vi skubbe hen imod og styrke klientens egen mestring og bevidsthed på, at der er ressourcer at trække på. Som en del af risikovurderingen afklarer vi grad af risiko, om der er lav,

middel eller høj selvmordsrisiko (Livsvigtigt 2022). Herfra har vi et klart billede af, hvad vores næste intervention er.

Risikofaktorerne

Nedenfor har jeg skitseret de gængse risikofaktorer, der opereres med i flere regioners selvmordsrisikovurdering (Region Midt 2022). Der findes flere faktorer hos særligt udsatte grupper som for eksempel mennesker, der har autisme, ADHD og LGBT+ personer (DRISP, Center for selvmordsforskning).

Psykiatriske lidelser: Depression, skizofreni, psykose, alkohol- og medicinmisbrug.

Misbrug: Alkohol, stoffer.

Særlige symptomer: Tomhedsfølelse, impulsivitet, angst, misbrug, håbløshed, søvnforstyrrelser, oplevelse af fremmedstyring, pludseligt ændret adfærd.

Ensomhed: Grad, type og håndtering af ensomhed, isolerer sig.

Familieforhold: Familiær disposition for psykiske lidelser, specielt depression og selvmordsadfærd.

Stress: Ydmygelse, skam, afmagt, relationsbrud, overgreb, isolation, udnyttelse.

Behandlingsændring: Udskrivelse fra psykiatrisk eller somatisk afdeling.

Kronisk tilbagevendende selvmordstanker eller -adfærd er historisk set en grundlæggende risiko.

Bemærk, at risikofaktorer forstærker hinanden.

Beskyttelsesfaktorer

I opposition til risikofaktorer, er der heldigvis også en række beskyttelsesfaktorer, vi skal have fokus på. Se figur 2 næste side.

DET PSYKOTERAPEUTISKE PERSPEKTIV

Vi skal være opmærksomme på, at vi kan fare vild. Vi kan blive forvirrede i rollen som selvmordsforebygger, kompleksiteten kan variere og til tider være høj. Det hjælper os at have et landkort, et fagligt fundament inden for selvmordsforebyggelsesområdet.

KOGNITIV STIL OG PERSONLIGHED	FAMILIEMØNSTRE	KULTURELLE OG SOCIALE FAKTORER	MILJØMÆSSIGE FAKTORER
<ul style="list-style-type: none"> - En oplevelse af personlig værdi - Tillid til sig selv og sin egen situation og resultater - Søger hjælp hos andre - Søger råd ved store beslutninger - Åbenhed over for andres oplevelser og løsninger - Åbenhed over for at lære - Evne til at kommunikere familiemønstre 	<ul style="list-style-type: none"> - Gode familierelationer - Støtte fra familien - Gode mestringsstrategier - Gode modstandsevner for udfordringer 	<ul style="list-style-type: none"> - Tilegnelse af specifikke kulturelle værdier og traditioner - Gode relationer til venner, arbejdskolleger, naboer - Støtte fra relevante personer - Social integration, fx gennem arbejde, deltagelse i sportsaktiviteter, klubber, kirke osv. - En oplevelse af formål med ens liv - Religion 	<ul style="list-style-type: none"> - God kost - Tilstækkelig nattesøvn - Sollys - Motion - Røg- og stoffrit miljø

Figur 2. Eksempler på beskyttelsesfaktorer.

Et redskab, jeg benytter, er samtalemødel for psykisk førstehjælp, jeg har udviklet med en kollega, inspireret af LivingWorks (2011). Samtalemødellet består af seks trin:

1. Tag initiativ ved faresignaler
2. Etablere kontakt
3. Identificere og undersøge yderligere
4. Forståelse af situationen, find vendepunkt
5. Risikovurdering og niveau
6. Handleplan og iværksættelse

I det personlige perspektiv er det krævende at arbejde med mennesker, der er tæt på liv og død. Klienter, der er ramte, rystede og knuste dybt ind i deres inderste, påvirker os. Det kræver, at vi har de rette redskaber.

Når vi arbejder med mennesker, der er traumatiserede eller belastede på anden måde, er vi i højrisiko for belastningsskader (Isdal 2018). Vi bliver skubbet omkuld nu og da, og det er ubehageligt og kan gøre ondt og åbne for usikkerhed på egen rolle og evne. Jeg tror vi alle kender til det.

FRA UBEHAG OG USIKKERHED TIL MOBILISERING AF MOD

Vi skal mobilisere modet til at tale med klienten om tanker, ønsker og planer om at tage sit liv. Være villige til at åbne ind til mørke rum. Vi skal tage klienten i hånden og sammen undersøge steder, hvor hverken vi eller klienten har været før. Dette er et vigtigt element i at være aktiv selvmordsforebygger. Det stiller store krav til os, personligt som fagligt.

Jeg har selv igen og igen taget nye skridt ind i dette mørke. Jeg har oplevet tidspunkter, hvor jeg ikke kunne finde vej, følt usikkerhed, mindreværd. Fået idéer og følelser af, at jeg ikke er dygtig nok. Jeg har stået i situationer, hvor jeg måtte slippe og overgive mig til processen i tillid til visdommen i mig og i klienten. Når vi befinder os i dette grænseland, og når vi trigges, er det, at supervision viser sin styrke som forebyggende praksis.

FØLELSKRAEVENDE ARBEJDE

At holde til arbejdet som psykoterapeut kræver, at vi til stadighed har opmærksomhed på at holde vores egen balance. Den polyvagale teori (Porges 2011) kan med fordel benyttes som model. Modellen er et landkort over, hvordan vi kan regulere vores nervesystem og genfinde ventral vagus (ibid.). Derudover er supervision også med til at forebygge belastningsskader. I relation til selvmordsforebyggende arbejde anbefaler jeg mine kolleger at være opmærksomme på både rådgivnings- og interventionsdelen samt at tage vare på sig selv.

Konkrete elementer, som supervisionen arbejder med, hvor delen af selvmordsforebyggelse har fokus:

- klarhed på egen rolle som terapeut, hvilken rolle klienten er i og metodevalg
- bearbejdning af når vi rammes og rystes
- rådgivning i at yde psykisk førstehjælp og generelle forhold omkring selvmordsforebyggelse.

ROLLEFOKUS

Jeg har med afsæt i tre klienttyper forsøgt at afdække, hvordan psykoterapeuten, udover at kunne differentiere psykoterapien, også skal mestre, at klienten kan være i forskellige roller. Det betyder, at psykoterapeuten skal være bevidst om at skifte mellem rollerne terapeut og rådgiver.

Jeg har givet en oversigt over risiko- og beskyttelsesfaktorer samt over de seks trin i samtalemødelen, som benyttes, når vi yder psykisk første hjælp.

Vi skal anerkende, at vi kommer på overarbejde, vi bliver ramt, samt at vi kan fare vild i det komplekse landskab af roller, relationer og metoder. Det er en invitation til, at vi forholder os til os selv og vores trivsel og anerkender, at der i vores arbejde er risiko for belastningsskader. En risiko, som kan forebygges ved hjælp af blandt andet supervision med fokus på det personlige, det faglige og roller.

KILDER

- Bedre Psykiatri: Pårørendebelastning. <https://bedrepsykiatri.dk/viden/paaroerende-belastning>. Set 15.12.2022.
- Danish Research Institute for Suicide Prevention. <https://drisp.dk>. Set 15.12.2022.
- Fleischer, E & G Jessen (2007). *Når tavsheden taler*. GPO Forlag.
- Fleischer, E & LH Kragh (2019). *I selvmordets kølvand*. Eksistensen.
- Isdal, P (2018). *Medfølelsens pris*. Akademisk Forlag.
- LivingWorks. *Saving Lives from Suicide*. www.livingworks.net/saving-lives. Set 15.12.2022.
- Livsvigtigt Aps. *Risikovurderingsguide for fagprofessionelle*. <https://livsvigtigt.dk/guide-til-vurdering-af-selvmondsrisiko>. Set 15.12.2022.
- Porges, SW (2011). *The Polyvagal Theori*. WW Norton & Co.
- Ranning, A, T Madsen, K Hawtorn, M Nordentoft & A Erlangsen (2022). *Transgenerational concordance in parent-to-child transmission of suicidal behavior*. [www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(22\)00042-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(22)00042-6/fulltext). Set 27.3.2022.
- Region Midt. *Lømmekort til retningslinje for selvmordsrisikovurdering*. www.fagperson.psykiatrien.rm.dk/om-os/kvalitet/patientsikkerhed/retningslinje-for-selvmondsrisikovurdering. Set 15.12.2022.
- Wolynn, M (2019). *Du er ikke bare dig*. Wibolt.



Line Hou. Psykoterapeut MPF, rådgiver og konsulent. Underviser fagpersoner i psykisk førstehjælp og til trivselsgruppeløder. Familierådgiver. Rådgiver i NE-FOS. Gruppeløder for samtalegrupper for efterladte pårørende til selvmord. Oplærer frivillige rådgivere inden for selvmordsrådgivning. Faciliteret leder i det personlige lederskab.