

Suicidalitet som 180 graders mord?

En studie av aggresjon og suicidalitet

Aina Terese Lohne



Masteroppgave i psykososialt arbeid – Selvmord, rus, vold og traumer. Institutt for klinisk medisin. Det medisinske fakultet.

UNIVERSITETET I OSLO

1. April 2014

Suicidalitet som 180 graders mord?

En studie av aggresjon og suicidalitet

"It is this sadism alone that solves the riddle of the tendency to suicide which makes melancholia so interesting and so dangerous.. We have long known it is true that no neurotic harbours thoughts of suicide which he has not turned back upon himself from murderous impulses against others." Freud, 1917, s.252

Copyright Forfatter

År 2014

Tittel: Suicidalitet som 180 graders mord? En studie av aggresjon og suicidalitet.

Forfatter: Aina Terese Lohne

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Oppgavens teoretiske fundament er det psykoanalytiske perspektivet på suicidalitet som aggresjon vendt innover. Det psykoanalytiske perspektivet har i stor grad bidratt til dagens forståelse av suicidalitet selv om dreiningen innen fagfeltet suicidologi i dag er mer kognitivt rettet. Et mål for oppgaven er å gi et innblikk i klinikers refleksjoner på et område innen suicidologien som er lite forsket på i nyere tid, ved problemstillingen: *hvordan reflekteres psykoanalytisk forståelse av suicidalitet som aggresjon vendt innover i klinisk praksis?*

Oppgaven er både teoretisk og empirisk. Gjennomgang av litteratur og forskning utgjør en sentral del og er benyttet for å utvikle en bredere teoretisk innsikt. Oppgavens empiriske datamateriale er hentet fra kvalitative intervjuer med seks erfarne klinikere. En tematisk tverrgående analyse ble benyttet for å finne de forståelsesmåter og refleksjoner som kom frem av datamaterialet.

Resultatene viser at aggresjon beskrives som et intrapsykisk fenomen, en kraft og drift, i sammenheng med suicidalitet. Tilstander som innebærer sterke negative og destruktive selvrettede emosjoner, ofte som følge av tapsopplevelse, reflekteres som tilstander hvor det foreligger en aggressiv komponent. Hevnespektet trekkes også frem og sammen med handlekraft reflekteres dette som faktorer som gir klinikere en følelse av uro for pasientens liv. Aggresjon betegnes også som atferd rettet mot andre, når begrepet brukes om selvmordstrusler med hensikt å kontrollere eller påføre andre mennesker frykt.

En gjennomgang av nyere psykologisk litteratur og forskning innen suicidologien gav et inntrykk av dreiningen innen faget og et manglende fokus på aggresjon som en av de grunnleggende emosjoner ved suicidalitet.

Resultatene fra undersøkelsen gir et lite innblikk i et komplekst område innen suicidologien. Refleksjoner fra klinisk praksis sammen med teoretisk gjennomgang kan være et bidrag til klinikers forståelse av sammenhengen mellom aggresjon og suicidalitet. Analysen viser at det psykodynamiske perspektivet har en sentral plass i klinisk praksis. Det er behov for utvidede studier som undersøker perspektivet på suicidalitet som aggresjon vendt innover.

Forord

Denne oppgaven setter punktum for tre års studier ved UiO. Det har vært en spennende, utfordrende og ikke minst lærerik prosess. Det er mange som har bidratt gjennom prosessen og som skal takkes.

Først en stor takk til informantene som tok seg tid i en hektisk hverdag og delte av sine tanker og erfaringer. Jeg har lært noe av hver eneste informant!

Jeg er takknemlig til alle mine gode kolleger ved ARA poliklinikk. Linn Sandland må takkes for gjennomlesing av oppgaven og konstruktive tilbakemeldinger. Christina Salthaug, har besvart spørsmål som jeg har kommet med i tide og utide. Min leder Reidun Åsland har gjennom hele prosessen oppmuntret og lagt til rette for å gjennomføre masteroppgaven ved siden av jobb.

Mine venner har gitt meg nødvendige kaffepauser, vært engasjerte og positive. Vil takke Linda Esperaas som har bidratt med mange gode faglige innspill. Hilde Hefte har vært en motivasjon både gjennom sitt vennskap og gjennom sin musikk. Jeg vil også nevne forfatter Arild Borgen (1932-2013) som viste stor interesse for oppgaven og kom med innspill fra den skjønnlitterære sjangeren, om temaet selvmord.

En stor takk til min familie. Lillesøster Inger Marie Lohne har delt sine kloke refleksjoner og har gjennom hele studiet vært en uvurderlig støtte. Min samboer har heldigvis holdt meg oppdatert på West Ham, når det ikke ble tid til å se fotballkamper.

Forsker Latha Nrugham var til god hjelp med sortering og konkretisering på et tidlig og forvirrende stadium av skriveprosessen. Sist men ikke minst en stor takk til min veileder Kim Larsen som har motivert meg gjennom hele prosessen. Han har delt av sin kunnskap, inspirert, korrigert og bidratt til at jeg nå har en utvidet faglig forståelse og interesse.

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Oppgavens inndeling	2
Begrepsavklaring	2
Oppgavens relevans	7
Valg av teoretisk perspektiv	8
Det psykoanalytiske perspektiv	9
"The aim of life is death"	11
"Man against himself"	12
Nyere psykodynamisk forståelse av suicidalitet	13
Mord-selv mord	16
Andre psykologiske perspektiver	17
Forskning på aggresjon og suicidalitet	20
Metode	26
Kvalitativ Metode	26
Strategisk utvalg	27
Semistrukturert Intervju.....	28
Validitet og reliabilitet.....	30
Etiske refleksjoner	30
Tematisk analyse.....	31
Presentasjon av funn	35
Aggresjon som begrep	36
Aggresjon vendt innover	38
Andre	39
Selv.....	40
Klinisk ekspertise	42
"Selvmord som vold"	43
Selv mordstankenes terapeutiske funksjon	45
Drøfting	47
Aggresjon som intrapsykisk fenomen	48
Selv følelsens betydning	50
Klinisk ekspertise	51
"Selvmord som vold"	53
Intrapsykisk dynamikk	55
Validitet og reliabilitet	56
Oppsummering	60
Litteraturliste	62
Vedlegg / Appendiks	72

Innledning

Selvordsproblematikk har store konsekvenser for vedkommende det gjelder, for de pårørende og for klinikere som møter den selvmordsnære. I Norge tar 500-600 mennesker sitt eget liv hvert år og det er minst 5000 etterlatte etter selvmord hvert år (Mehlum, 2005).

Nesten alle klinikere møter pasienter som har suicidale tanker, fantasier eller planer. I vurdering og behandling av suicidale pasienter er det behov for en forståelse av både personlige, psykologiske og kontekstuelle faktorer for å bidra til forebygging av selvmord (Huprich, 2004). Et av innsatsområdene for selvmordsforebyggende arbeid er tidlig identifikasjon av selvmordsrisiko (Mehlum, 2005). Kunnskap om intrapsykiske risikofaktorer er en viktig del av det selvmordsforebyggende arbeidet (Dieserud, 2006).

Det psykoanalytiske perspektivet har i stor grad bidratt til dagens forståelse av suicidalitet og beskriver selvmord og selvmordsatferd som aggresjon vendt innover mot personen selv. En gjennomgang av nyere litteratur og forskning viser at dagens perspektiv på suicidalitet har endret seg til å være mer kognitivt rettet. Dette kan imidlertid føre til at en mister informasjon om viktige intrapsykiske emosjonelle prosesser og det enkelte individs underliggende motiver og fantasier. På bakgrunn av dette er denne oppgavens teoretiske fundament det psykoanalytiske perspektivet på suicidalitet, som aggresjon vendt innover.

Jeg har valgt følgende problemstilling: *Hvordan reflekteres psykoanalytisk forståelse av suicidalitet som aggresjon vendt innover i klinisk praksis?*

Oppgaven er i hovedsak rettet mot klinikere som møter suicidale pasienter og refleksjonen rundt egne funn kan være et bidrag til selvmordsforebygging i klinisk praksis. Flere forfattere hevder at psykoanalytiske og psykodynamiske faglige ståsted er nyttige i klinisk praksis og dette ønsker jeg å undersøke nærmere ved bruk av kvalitative intervjuer. En målsetting er at oppgaven skal gi et innblikk i klinikers refleksjoner på et område innen suicidologien som er lite forsket på i nyere tid. Oppgaven er både teoretisk og empirisk. Gjennomgang av litteratur og forskning utgjør en sentral del og er benyttet for å utvikle en bredere teoretisk innsikt og for å få en indikasjon på begrensninger og muligheter innen det feltet jeg studerer. Oppgaven har også en empirisk del hvor kvalitative data analyseres i lys av funn fra den teoretiske gjennomgangen og fra overordnet teoretisk referanseramme.

Oppgavens inndeling

Innledningen inneholder en presentasjon av problemstillingen, målsettingen med oppgaven og avklaring av sentrale begreper. Jeg vil deretter gi en kort oversikt over hva som er kjent innen litteraturen for å vise oppgavens relevans. I teorikapittelet vil jeg først beskrive bakgrunnen for valg av teoretisk perspektiv for deretter å gi en mer inngående beskrivelse av det psykoanalytiske perspektivet. Jeg tar utgangspunkt i sentrale teoretikere og beskriver hovedtrekk i utviklingen fra 1910 til dagens psykodynamiske perspektiver. Et kapittel om mord-selv mord er inkludert for å belyse temaet for oppgaven. Andre psykologiske retninger innen suicidologien omtales kort, for å gi et innblikk i dreiningen innen psykologiske perspektiv på suicidalitet. I kapittelet som omhandler forskning på aggresjon og suicidalitet, beskriver jeg først hvordan litteratursøket er utført og deretter aktuelle inklusjons og eksklusjonskriterier. Jeg gjengir resultater fra både kvalitativ og kvantitativ forskning. Noen av begrepene som gjengis fra forskningen er ikke oversatt fra engelsk til norsk, dette er fordi jeg ikke har funnet dekkende norske oversettelser.

Metodekapittelet inneholder en redegjørelse for valg av metode, hva som kjennetegner metoden, utvalget av informanter og hvilken fremgangsmåte som har vært hensiktsmessig å benytte i analysen. Videre er oppgaven delt inn i to kapitler for å presentere og for å drøfte funn. Mine refleksjoner rundt studiens validitet og reliabilitet beskrives i drøftingen. Avslutningsvis oppsummeres oppgaven, med forslag til implikasjoner for praksis. Det empiriske datamaterialet som ligger til grunn for oppgaven er hentet fra kvalitative intervjuer med erfarne klinikere. Jeg har analysert de forståelsesmåter, refleksjoner og erfaringer som kom til uttrykk i intervjuene om temaet aggresjon og suicidalitet. Under diskusjonskapittelet vil teorigrunnet tas frem for å finne ut om eget empiriske materiale utdyper eller utfordrer det andre har tenkt.

Begrepsavklaring

Jeg vil beskrive hovedbegreper som benyttes i oppgaven. Flere av begrepene er beskrevet med mer enn en enkelt definisjon fordi det i litteraturen finnes ulike måter å definere begrepene på. Sentrale begreper er uthevet i kursiv. Komponentene i Freuds teori om personlighet omtales kort ettersom denne teorien inneholder flere sentrale begreper.

Med *suicidal atferd* menes i denne oppgaven *suicidforsøk* (selvmordsforsøk): ”En bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og som individet ikke kunne være helt sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden” (Retterstøl, Ekeberg & Mehlum, 2002, s.13). *Suicid* (selvmord) defineres som ”en bevisst og villet handling som individet foretar for å skade seg selv og hvor skadene har ført til døden” (Retterstøl et al., 2002, s.12).

Med *suicidalitet* menes et bredt spektrum av suicidale fenomener som suicidale tanker og planer, suicidforsøk og gjennomførte suicid (Ahrens, Linden, Zäske, & Berzewski, 2000). Freud mente at suicid representerte ubevisst aggresjon rettet mot egen indre representasjon av et kjærlighetsobjekt som vedkommende har sterke, blandede følelser for (Freud, 1917), en forklaringsmodell som beskrives mer inngående i teorikapittelet.

Fenomenet *aggresjon* forstås på ulike måter innen ulike psykologiske retninger, med et hovedskille mellom å forstå aggresjon som intrapsykiske prosesser og aggresjon som observerbar atferd (Bjørkly, 2001). Aggresjonsbegrepet kan betegne flere ulike tilstander og handlinger og er derfor vanskelig å definere. Jeg vil gjengi Bjørklys (1997) beskrivelser av hvordan aggresjon defineres i instinktteorier, driftsteorier og læringsteorier. I følge *instinktteorier* er aggresjon medfødt. Når vi driver med en aktivitet så skyldes det at vi har samlet opp energi som er rettet mot å utføre denne aktiviteten. Freuds teorier, som er beskrevet i oppgaven, står sentralt i instinktteoriene. I *driftsteorier* sees aggresjon som et resultat av miljøutløst aktivering (”arousal”) av en drift i mennesket for å skade andre. En sentral teoretiker er John Dollard som utformet frustrasjons-aggresjons hypotesen. Hypotesen innebærer at frustrasjon alltid aktiverer aggresjon og aggresjon stammer alltid fra frustrasjon. Et sentralt prinsipp i *læringsteorier* er at aggressiv atferd tilegnes og opprettholdes på samme måte som annen atferd. Individets aggresjon er avhengig av foranledning og har man lært at aggressiv atferd virker, øker sannsynligheten for aggresjon i tilsvarende situasjon. Aggresjon kan i følge denne modellen opprettholdes både av positiv forsterkning, negativ forsterkning og aggresjon kan være en primær forsterker som ved sadisme. En sentral teoretiker er Albert Bandura. Læringsteorier om aggresjon vies mindre oppmerksomhet i oppgaven ettersom det å påføre seg selv skade inkluderes i instinktteorier og driftsteorier men ikke i læringsteorier (Bjørkly, 1997).

I litteraturen beskrives ulike dimensjoner av aggresjon. Man skiller mellom overveid og impulsiv aggresjon. Overveid, instrumentell aggresjon er planlagt, instinktiv og følelseskald, er ikke forbundet med frustrasjon og ledsages ikke av autonom aktivering. Denne dimensjonen av aggresjon vises hos personer med redusert eller manglende empati. Impulsiv aggresjon, også omtalt som reaktiv aggressiv atferd, ledsages av autonom aktivering, utløses av frustrerende hendelser og forbindes med følelse av sinne og frykt (Karterud, Wilber & Urnes, 2010; Hart, 2011).

Fokuset i oppgavens empiriske undersøkelse vil være aggresjon som *indre psykologisk faktor*. Når hovedvekten legges på indre psykologiske prosesser åpnes det for bruk av indirekte mål og tolkning av personens antatte motivasjon og handlingspotensiale for aggresjon (Bjørkly, 1997). I Laplanche og Pontalis (1973) beskrivelser av psykoanalytiske begreper, defineres aggresjon som en oppsamling av tendenser som uttrykkes i atferd eller i fantasi, som har til hensikt å skade, ødelegge, forhindre eller ydmyke andre mennesker. I følge Harding (2006) kan aggresjon sett i et psykoanalytisk perspektiv, også ha en positiv funksjon, som det å være ambisiøs og konkurranseinnstilt. Freud brukte uttrykket aggressivt instinkt ("aggressionstrieb") og begrepet referer til både aggressiv handling og aggressiv tilstand (Laplanche & Pontalis, 1973).

Dødsinstinktet er i følge Freud en motsetning til livsinstinktet og streber etter å bringe det levende tilbake til en inorganisk tilstand (Laplanche & Pontalis, 1973). Livet starter, ifølge Freud, fra en inorganisk materie og en del av mennesket lengter tilbake til denne tilstanden, en tilstand hvor en ikke må kjempe om behovstilfredstillelse (Hergenhahn, 1997).

Betegnelsen *psykodynamisk* benyttes for å beskrive at menneskers psyke i tillegg til bevissthet, også inneholder impulser som vi ikke har umiddelbar tilgang til; underbevisstheten (Thorvik, 2005). I en psykodynamisk tradisjon, som bygger på psykoanalysens grunnelementer, omtales ubevisste aggresjonsprosesser. Det innebærer at aggresjon som undertrykkes kommer til uttrykk i "forkledning" (Mehlum, 2005). I nyere tid er termen "psykoanalytisk" i stor grad erstattet med den bredere betegnelsen "psykodynamisk" (Thorvik, 2008).

Instinkt / Drift: Fra tysk "trieb", betegner en dynamisk prosess som innebærer en energi som fører organismen mot et mål (Laplanche & Pontalis, 1973).

Med *selvet* hos mennesker menes ”det selvreflekterende selvet”. Det forholdet vi forstår med selvet er jeget og megets gjensidige avhengighet av hverandre (Karterud et al., 2010). Ved økt selvforståelse forandrer selvet seg. For å beskrive begrepet *selvet* på en bredere måte, tar jeg også med en beskrivelse av personlighet. Beskrivelser av begrepene selvet og personlighet er hentet fra Karterud et al. (2010). Med *personlighet* menes bestandige egenskaper og individets tendens til å reagere på bestemte måter i gitte situasjoner, altså gjentakelser, det typiske. Freud mente at menneskers dyriske instinkter for seksuell aktivitet og aggresjon var de grunnleggende kreftene i vår personlighet (Hergenhahn, 1997). Personen som helhet influeres av andre ting enn sin personlighet. *Selvet* er både det kreative, det vurderende og det velgende jeget som kan gå utenfor det vanemessige og typiske. Selvet er noe som forholder seg til noe, både seg selv men også annet enn seg selv.

Objektrepresentasjoner, som vi bærer med oss som indre forestillinger om andre, er med på å prege selvet. Objektrepresentasjoner som begrep omtales nærmere i teoridelen av oppgaven.

Ekman og Rosenberg (1997) beskriver menneskers *emosjoner* som et mønster av responser utviklet for å organisere ulike kroppslige systemer slik at en kan respondere effektivt til ytre kritiske hendelser. Emosjoner er altså fysiologiske reaksjoner på følelsesrelevante stimuli. Emosjoner oppleves vanligvis bevisst men kan også være ubevisste.

Følelser er bevissthet om emosjonelle fenomener og er dermed en reaksjon på noe (Karterud et al, 2010). Den engelsk språklige uttrykksformen ”affekter” er ofte den som benyttes i forskning og faglitteratur og betyr bevisste opplevelser av emosjoner.

Vold defineres som: ”enhver handling rettet mot en annen person som gjennom denne handlingen skader, smerter eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil” (Isdal, 2002, s.8). Vold er det fenomenet som i størst grad assosieres med aggresjon og sees som et komplisert psykologisk og psykososialt fenomen. Isdal (2002) bruker *avmaktsforståelse* på vold og aggresjon. Meloy (1997) hevder at voldshandlinger tar sikte på å gjenopprette psykisk balanse (”equilibrium”) på grunn av sinne og aggresjon som har bygget seg opp.

Begrepet *impulsivitet* brukes for å beskrive personlighetstrekk eller kognitiv stil karakterisert ved nedsatt vurderingsevne, en tendens til å handle umiddelbart som respons på indre og ytre stimuli (Carballo et al., 2006).

Komponentene i Freuds beskrivelser av personligheten omtales kort. Beskrivelsene er hentet fra Hergenhahn (1997). Freud differensierte mellom det bevisste, det førbevisste og det ubevisste, en modell han senere utvidet med begrepene id, ego og superego. *Id* er den drivende kraft i personligheten og inneholder alle instinkter/drifter. *Id* er ubevisst og drives av "the pleasure principle"; når et behov oppstår ønsker *id* umiddelbar tilfredsstillelse. Den samlede energi som assosieres med instinktene kalles "libido" og libidinal energi sørger for det meste av menneskets atferd ifølge Freud. Tilknyttet hvert instinkt finnes en kilde, et behov, et mål om å tilfredsstille behovet, et *objekt* som kan tilfredsstille behovet og en drivende kraft hvis styrke bestemmes av behovets intensitet. *Id* har to måter å tilfredsstille behovet på, enten ved automatisk refleks eller ved å oppfylle ønsket hvor *id* skaper et "bilde" av et objekt som kan tilfredsstille det aktuelle behovet. Aktiviteter i *id* skjer uavhengig av personlig erfaring, den er irrasjonell og foregår på det ubevisste nivå. Freud omtalte dette som *primærprosessen*. Denne prosessen kan tilfredsstille behov midlertidig, noe som gjør aspektet om ego nødvendig. *Ego* koordinerer behov fra *id* og fra miljøet og styres av realitets prinsippet. Når *ego* finner et objekt i miljøet som kan fylle et behov, investeres libidinal energi på dette objektet. Den realistiske aktiviteten i *ego* kalles sekundærprosessen og står i kontrast til primærprosessen. *Egos* oppgave er også å minimalisere angst når man handler på tvers av ens internaliserte verdier. For å forhindre angst utvikler *ego* forsvarsmekanismer. *Superego* skiller mennesker fra dyr og er den tredje instans i personligheten. Når barnet lærer hva som er rett og galt utvikles *superego*, det moralske aspekt. Når *superego* er utviklet styres barnets tanker og atferd av internaliserte verdier. *Egos* rolle blir nå mer kompleks ettersom *ego* finner objekter eller hendelser som tilfredsstiller behov fra *id* og samtidig er *ego* sanksjonert av *superego*.

"The poor ego has a still harder time of it; it has to serve three harsh masters, and it has to do it's best to reconcile the claims and demands of all three.. The three tyrants are the external world, the *superego* and the *id*." Sigmund Freud, 1932.

Oppgavens relevans

”Suicidal individuals are obviously profoundly aggressive” (Maltzberger, 1986, s.32)

I et psykoanalytisk perspektiv kan menneskers suicidalitet komme av aggresjon som har bygget seg opp og får utløp i form av at aggresjonen rettes innover (Bernstein, Stewart, Roy & Wickens, 1997). En gjennomgang av relevant suicidologisk litteratur viser at flere forfattere hevder at en psykoanalytisk forståelse er nyttig i klinisk praksis fordi det kan bidra til å finne de underliggende motiver for selvmordsatferd, enda det er vanskelig å dokumentere bruken av dette perspektivet i vurdering og behandling av suicidale individer (Leenaars, Maltzberger & Neimeyer, 1994; Hendin, 1986; Maltzberger, 1986). Flere forfattere har siden Freud beskrevet suicidalitet som aggresjon vendt innover. Goldblatt (2008) foreslår at suicid forekommer i en kontekst hvor utålelig fiendtlighet rettes mot selvet og den terapeutiske intervensjon bør ta sikte på å hjelpe pasienten med bevisstgjøring av den internaliserte aggresjon som rettes mot selvet. Den amerikanske psykiateren Herbert Hendin har flere publikasjoner om temaet ”the psychodynamics of suicide”. Han hevder at en suicidal handling kan være en respons på opplevelse av tap. Personen kan oppleve sinne og aggresjon som uttrykkes eller undertrykkes og vedkommende har et ønske om å straffe seg selv når han føler at han selv er ansvarlig for å ha blitt forlatt (Hendin, 1992). Jeg har ikke funnet studier som belyser temaet suicidalitet som aggresjon vendt innover gjennom intervju med klinikere.

Selv om det er vanskelig å måle de psykologiske konstruksjonene i psykoanalytiske teorier på en valid måte påpeker Seager (2008) at psykoanalytiske teoretikere bør være mer proaktive i å influere forskningen ved å utføre kvalitativ forskning som fokuserer på det subjektive. Leenaars (2002) mener at kompleksiteten i menneskers suicidalitet tilsier at forskningen ikke kan reduseres til en enkelt tilnærming, det er nødvendig med forskning som gjenspeiler denne kompleksiteten. Thorvik (2005) påpeker at suicidalitet er et fenomen med utgangspunkt i en beslutning på psykisk nivå hvilket tilsier at psykiske prosesser er betydningsfulle i forståelsen av suicidalitet. Det psykoanalytiske perspektivet er i følge Seager (2008), ikke tilstrekkelig benyttet i det selvmordsforebyggende arbeidet i klinisk praksis.

Valg av teoretisk perspektiv

Det teoretiske perspektivet er ”brillene” man har på under lesing av datamateriale og under identifikasjon av mønstre. Det omfatter modeller, teorier, begrepsapparat, definisjoner og fortolkningstradisjoner (Malterud, 2011). Teoretisk ståsted påvirker hvilke data som innhentes og hvordan data tolkes (Bjørkly, 2001).

Suicidologi som fagfelt er sammensatt av relatert kunnskap fra flere fagfelt og forståelsen av suicidalitet baseres på fagområder som biologi, medisin, psykiatri, psykologi, sosiologi, kultur, teologi og filosofi (Dieserud, 2006). Teoretisk referanseramme for oppgaven er det psykologiske perspektivet, hvor suicidalitet sees med bakgrunn i intrapsyriske variabler i samspill med omgivelsene. Suicid sees ikke kun som utslag av sinnslidelse men som en handling utført i en krise (Dieserud, 2006). En psykologisk forståelse av suicidalitet kan sammenlignes med stammen på et tre. Resten av treet symboliserer andre faglige tilnærminger (Shneidman, 1985).

Teorikapittelet har som utgangspunkt å gi en omtale av hovedlinjer på hvordan suicidalitet forstås innen den psykoanalytiske eller psykodynamiske tradisjon. Sigmund Freud og retningsgivende etterfølgere er vektlagt som forfattere. Teoriens betydning for oppgaven er både som inspirasjon og som innfallsvinkel til den kvalitative undersøkelsen. Egopsykologi og selvpsykologi har i liten grad bidratt til forståelsen av suicidalitet (Thorvik, 2005) og vies derfor ikke plass i denne oppgaven.

Etter først å ha beskrevet den psykoanalytiske forståelsen av suicidalitet i et historisk perspektiv vil jeg foreta en gjennomgang av et utvalg nyere psykoanalytiske og psykodynamiske teorier om temaet. Jeg vil også gi en beskrivelse av dreiningen innen psykologiske perspektiver på suicidalitet i akademiske miljøer. Dieserud (2001) påpeker at vi har en betydelig kognitiv psykologisk tradisjon innen suicidologien. Det er også verdt å merke seg at kognitiv psykologisk teori har, i følge Thorvik (2005), premisser som ligner den psykodynamiske forståelsen og kan være forenelig med denne.

Det psykoanalytiske perspektiv

”The psychoanalytic treatment of suicidal patients represents a significant contribution to the reduction of suicidality” (Briggs, Lemma & Crouch, 2008, s.6)

Når psykologi ble vitenskap var det basert på studier av bevisste opplevelser og senere på atferd. Når psykologien begynte å vektlegge det ubevisste kom dette fra den kliniske praksis, ikke fra det akademiske forskningsmiljøet. Betydningen av det ubevisste ble benyttet for å forstå psykisk sykdom og for å hjelpe psykisk syke (Hergenhahn, 1997). Den østerrikske legen Sigmund Freud (1856-1939) sitt bidrag til psykologien som fagfelt var hans fokus på det ubevisste som motivasjon og forståelsen av at normalatferd og psykopatologi kunne utgjøre et kontinuum. Freud bidro også til psykologiens relevans i de fleste områder av menneskers tilværelse (Hergenhahn, 1997). Historisk hadde Freud en unik innfallsvinkel til suicidalitet, selv om han aldri laget en samlet fremstilling, ved at han forsøkte å få tak i den enkelte pasients opplevelse av suicidalitetsproblematikken. Suicidalitet ble ikke sett som et etisk fenomen eller som direkte knyttet til diagnoser (Thorvik, 2008).

I 1901 gav Freud ut verket ”Dagliglivets psykopatologi” hvor han blant annet hevdet at det underbevisste kan inneholde selvdestruktive impulser som viser seg indirekte ved at mennesker har en tendens til å oppsøke risikofylte situasjoner (Thorvik, 2008). Wiens psykoanalytiske selskap holdt sine møter i Sigmund Freuds leilighet. Under møtene i april 1910 var ”turning against the self in hatred” et sentralt tema, hvor det ble hevdet at underliggende for suicidale og andre selvdestruktive handlinger er et angrep på selvet, et selv som identifiseres med et hatet objekt (Friedman, 1967). Skyld og selvbebreidelse over uakseptable tanker ble brukt som hypotese for forståelsen av suicid (Thorvik, 2011). I møtene debatterte deltakerne hvorvidt det østerrikske skolesystem hadde en direkte innvirkning på studenters suicid. Det var Wilhelm Stekel (1868-1940) som pekte på det aggressive aspektet og foreslo at ungdoms suicid kunne knyttes til et aggressivt angrep på foreldre (Friedman, 1967). Stekels kjente sitat fra møtet i 1910 lyder: ”The suicide is tormented by a deep sense of guilt; No one kills himself who did not want to kill another or at least, wish death to another. All the rest is only a precipitory factor”. Under samme møtet i april 1910 uttrykte Stekel også at: ”suicide is nothing but the final masturbatory act”. Freud oppsummerte møtet i 1910 ved å si at man enda ikke hadde en fullgod forståelse av suicidets dynamikk (Thorvik, 2008).

I 1917 gav Freud ut verket "Mourning and melancholia" ("Trauer & Melancholie") hvor han la frem en psykologisk forklaring på sorg og depresjon. I verket fokuserte Freud på likheter og forskjeller mellom normal sorg og melankoli. Melankoli er en alvorlig form for depresjon (Jørstad, 2002). Freud beskrev sorgprosesser som en psykisk energi, investert i en avdød eller tapt person som overføres til et indre bilde, en intrapsykisk objektrepresentasjon av den avdøde eller tapte (Freud, 1917). Freuds "Trauer & Melancholie" var et springbrett for videre psykoanalytiske studier av suicidalitet i flere land (Briggs et al., 2008). Det er verdt å merke seg at det kun er et avsnitt og dermed svært lite av innholdet i verket som eksplisitt handler om suicidalitet som fenomen.

"It is this sadism alone that solves the riddle of the tendency to suicide which makes melancholia so interesting and so dangerous.. We have long known it is true that no neurotic harbours thoughts of suicide which he has not turned back upon himself from murderous impulses against others." (Freud, 1917, s.252.)

Mange av de pasientkasuistikkene Freud omtalte i sin litteratur handlet om pasientenes suicidal fantasier. Et eksempel er kvinnen som ble omtalt som "den homoseksuelle unge kvinnen". Hun hadde forsøkt å ta sitt liv og Freud tolket det som en måte for kvinnen å straffe sine foreldre. I kasuistikken forstås suicid som en aggressiv handling rettet mot noen andre (Thorvik, 2005). I Freuds "The psychogenesis of a case of homosexuality in a woman" (1920) formuleres følgende: "Probably no one finds the mental energy to kill himself unless in the first place, in doing so, he is at the same time killing an object with whom he has identified himself and, in the second place, is turning against himself a death wish which had been directed against someone else" (Freud, 1920, s.162).

Freud mente altså at selvmord representerte ubevisst aggresjon rettet mot personens egen indre representasjon av et kjærlighetsobjekt som vedkommende har sterke, blandede følelser for. Freuds forklaringsmodell, ofte formulert som "agresjon vendt innover", beskrives av Jørstad (2002) på følgende måte: de ambivalente følelsene en person har for sin ektefelle eller annen nærstående person, rettes mot en tilsvarende indre objektrepresentasjon av vedkommende. Personen identifiserer seg med objektrepresentasjonen, noe som kalles narsissistisk identifikasjon. Man kan si at mennesket "tar inn" den andre personen ved den mest primitive identifikasjon (Jørstad, 2002). Aggresjonen som personen føler mot sin

ektefelle eller annen nærstående, blir rettet mot objektet som personen identifiserer seg med og vedkommende ser dermed seg selv som et foraktelig objekt. Freud mente at både skyldfølelse og aggresjon var avgjørende for å forstå suicidets intrapsykiske dynamikk og for å forstå psykiske lidelser (Thorvik, 2005).

”The aim of life is death”

Psykoanalytiker Sabina Spielrein la frem sin teori om dødsdriften 29. november 1911 i Wiens psykoanalytiske selskap (Nunberg & Federn, 1974). Spielrein så dødsdriften eller destruksjonsdriften, som en del av seksualdriften mens Freud lanserte en teori om to motsatte drifter (Larsen, 1997). Freud lanserte teorien om dødsdriften i sitt verk ”Beyond the pleasure principle” (1920), en teori som ble definert som en biologisk teori om aggresjon, ikke en klinisk teori (Gifford, 1969). Teorien bygger på at biologer observerte at organisk liv både bygges opp og brytes ned og den bygger på menneskets selvdestruktivitet (Thorvik, 2011). Freuds teori handlet om at dødsdriften står i spenningsfeltet til livsdriften (Eros) og atferd kommer av samspillet mellom disse driftene som ble ansett som medfødte. Freud anså begge drifter som fundamentale prinsipper for motivasjon og som bestemmende for symptomutvikling og ubevisste konflikter (Kernberg, 2009). I ”The Ego and the Id” (1923) beskrev Freud dødsdriften som en tendens som også finnes hos mennesker med narsissistisk personlighet. Når disse menneskene taper sin grandiositet ved et skamfullt nederlag, kan de oppleve en kompensatorisk overlegenhet ved suicid.

Det var Stekel som først brukte betegnelsen ”thanatos” som et uttrykk for menneskers dødsønske (Roazen, 1992). Stekel forlot det psykoanalytiske selskap i Wien etter uenigheter med Freud og denne uenigheten var angivelig årsaken til at Freud ikke brukte betegnelsen ”thanatos” i sin litteratur, men kun i samtaler. Stekel la vekt på døden som tema helt fra starten av sitt virke og han var den første som undersøkte symbolismen om død i drømmer (Roazen, 1992). Han skal også ha anklaget Freud for å bruke hans oppdagelser og selv ta æren for oppdagelsene. Stekel tok sitt eget liv 25 juni 1940.

Teorien om dødsdriften var og er kontroversiell. Freud påpekte selv at hans teori om dødsinstinkt var spekulasjoner men han hadde et håp om at biologien ville utvikles på en måte som gav hans teori en vitenskapelig validitet (Gifford, 1969). I følge Kernberg (2009) finnes betydelig klinisk evidens for alvorlig selvdestruktivitet i mange tilfeller ved

psykopatologi, noe som igjen støtter forestillingen om at det finnes en ”dødsdrift”. Han anser ikke dødsdriften som primærdrift men mener at den komplimenterer aggresjon som hovedmotivator. Aggresjon er i følge Kernberg (2009) alltid tilstede og baseres på menneskers integrering av negative affekter. Man kan snakke om en dødsdrift kun når denne aggresjonen blir dominerende. En terapeutiske implikasjon av Kernbergs ståsted, er at det er viktig å analysere utviklingen av selv-aggressive tendenser i overføringen, med særlig fokus på tendenser til å ødelegge det som tilbys av terapeuten. Freuds konsept om dødsdriften reflekterer kanskje ikke en medfødt disposisjon men er relevant i klinisk praksis i følge Kernberg (2009). Allikevel er det er i dag få teoretikere som bruker dødsdriften som forklaringsvariabel på det suicidale menneskets psykiske smerte (Retterstøl et al., 2002).

Freuds teorier kritiseres av flere grunner. I følge Hartmann (2000) vurderte Freud psykiatriske pasienter som avhengige, preget av umettelige drifter, med defekte forsvar og defekt ego og med motstand mot egen behandling. Freud kritiseres videre for metode og datainnsamling ved at han benyttet egne observasjoner av egen pasienter som for øvrig ikke representerte den generelle populasjon (Leenaars, 2002). Han brukte ikke-kvantifiserbare begreper og hans teori kan sies å gi forklaringer på enhver atferd, og ingen atferd vil motsi teorien (ikke falsifiserbar) (Hergenhahn, 1997). Enda Freuds teorier ikke kan forskes på eksperimentelt, refereres de fortsatt til som milepæler i historien og Hergenhahn (1997) påpeker at Freuds formuleringer gir mening på et intuitivt, personlig nivå. Kvale (2003) hevder at hovedaspekter ved det psykoanalytiske intervju kan bidra til ny kunnskap.

”Psychoanalysis has throughout the history of psychology contributed strongly to generating research, and its concepts have been assimilated into the mainstream of psychology and into the larger culture” (Kvale, 2003, s.276). Både aktiv lytting og observasjon av kroppsspråk er influert av det psykoanalytiske intervju.

”Man against himself”

Den amerikanske psykoanalytiker Karl Menninger (1893-1990) gav i 1938 ut ”Man against himself”, hans mest kjente verk innen suicidologi. Menninger prøvde å skissere en psykodynamisk forståelse av sine pasienters suicidforsøk og suicid, hvor mennesket var underlagt en ukontrollert intrapsykisk dynamikk. Han tok utgangspunkt i pasientkasuistikker, slik Freud gjorde, men til sammenligning er Menningers kasuistikker svært begrensede i omfang og innhold. Menninger (1938) beskrev suicidalitet som en kompleks handling som

følger av tre ønsker eller impulser: et ønske om å dø, et ønske om å bli drept og et ønske om å drepe. I følge Menninger var suicidale handlinger et uttrykk for aggresjon rettet mot pårørende eller andre. Alle elementer måtte være tilstede for at en person skulle ta sitt eget liv, både ønsket om å ødelegge en annen, et ønske om smerte ved et destruktivt angrep fra en annen og fantasier om døden. Ønsket om å drepe er lokalisert i ego-systemet og er et uttrykk for fiendtlig aggresjon som rettes mot selvet bort fra den personen vedkommende har et kjærlighet-hat forhold til (Goldblatt, 2008). Menninger brukte beskrivelsen "the death penalty self inflicted" for å beskrive den overveldende skyldfølelsen over et ønske om å drepe. Menninger (1938) analyserte de ulike aspekter ved selvdestruksjon og hevdet at mennesket drives av "dødsinstinktet" og destruerer seg selv både ved suicid, ved selvskaade og ved alkoholisme. I mange suicidale handlingers psykodynamikk er det mye aggresjon som rettes innover enda aggresjonen er skapt i samspill med en eller flere viktige andre personer (Menninger, 1938). Thorvik (2005) hevder at modellen som beskrives av Menninger er anvendelig for å belyse kliniske erfaringer, selv om den synes å være foreldet. Mennesker kan ha fantasier om døden uten å være suicidale. Modellen kan også brukes for å forstå pasienters ambivalens forbundet med suicidale tanker og planer (Torvik, 2005).

Nyere psykodynamisk forståelse av suicidalitet

"One may speculate that if tape recorders had been available in Vienna in Freuds time, there would have existed no powerful psychoanalytical theory today; instead there might perhaps remain a small sect of psychoanalytical researchers reading and categorizing their transcripts, and discussing their reliability rather than attentively listening to the multiple layers of meaning revealed in their embodied therapeutic interactions" (Kvale, 2003, s.288)

Antoon Lennaars og David Lester gav i 1996 ut boken "Suicide and the unconscious" hvor de utforsker underbevissthetens rolle i suicidal atferd. Forfatterne påpeker at den suicidale handling er bevisst men kreftene som ligger bak handlingen kan være resultatet av en ubevisst prosess. Sentralt i den moderne psykodynamiske forståelsen av suicidalitet, er blant annet sammenhengen mellom fortid og nåtid, ubevisst sårbarhet, tap og separasjon, krenkelse og aggresjon som vendes innover (Jørstad, 2002; Thorvik, 2008). Jeg vil gjengi forfattere som inkluderer perspektivet på suicidalitet som aggresjon og sinne som vendes innover.

Den britiske psykoanalytiker Robert Hale viderefører Freuds postulat om at aggresjon vendes innover og viser til kasuistikker hvor pasienter har sett sin egen kropp som et ondt objekt som må destrueres ("the assassination fantasy") (Thorvik, 2005). Hale (2008) påpeker det komplekse ved suicidale fantasier og den interne kontradiksjon som handler om ønsket om å leve og ønske om å dø. Hale (2008) definerer den suicidale handling som en bevisst eller ubevisst intensjon om å drepe selvets kropp. Han ser den suicidale handling som en kontrast til selvskade hvor intensjonen er å torturere kroppen. Suicid sees som en utagerende handling med et ubevisst mål om å reversere traumer fra barndommen. Pasienten spares dermed for et smertefullt minne og ved sin handling håndterer pasienten i nåtid noe som han passivt led seg gjennom i barndommen. Konflikten løses, om enn kortsiktig, ved å bruke kroppen på en destruktiv måte. Pasienten kjenner ingen annen måte å rømme fra sine indre konflikter enn ved å skape samme scenario i en ny setting. Freud (1920) kalte dette repetisjonstvang ("repetition compulsion"). Ved suicidalitet handler de ubevisste fantasier ofte om å vinne kamper i nåtid som ble tapt i barndommen. Pasienten repeterer samme destruktive atferd som kan være en ubevisst identifisering med traumets opphav (Hale, 2008; Kernberg, 2009). Konseptet repetisjonstvang gir ifølge Kernberg (2009) klinisk støtte til teorien om en selvdestruktiv motivasjon, altså en av kildene til dødsdriften.

I følge Robert Hale (2008) kan fantasiene som er underliggende for suicidal atferd handle om hevn, et ønske om å straffe seg selv, fantasi om mord eller en fantasi om gjenforening. Hale (2008) påpeker at det er den indre utløsende faktor som er betydningsfull i forståelsen av suicidalitet ettersom den utløsende faktoren kan ødelegge personens ego-kontroll og føre til fragmentering og forvirring. Forvirringstilstanden kan være et resultat av at personen overveldes av den aktuelle utløsende faktor, vedkommende klarer ikke å tolke situasjonen på en objektiv måte. Forvirring beskrives videre som en tilstand som kan føre til kontrolltap og suicidalitet eller vold. Hale (2008) mener at alkohol oppløser superego og dermed påvirker moral, samvittighet og egne grenser. Alkoholintoksikasjon kan påvirke egos evne til å skille mellom truende og ikke-farlige/truende krefter både på utsiden og fra innsiden. Det kan oppstå frykt som ego i en forvirret tilstand ikke klarer å holde separat eller evaluere på en realistisk måte. Når ego-forsvaret feiler blir det primitive refleksive forsvaret aktivert for å ta bort uakseptable tanker og følelser. Barrieren eller forsvaret mot å omsette voldelige fantasier til handling, brytes dermed. Er denne barrieren brutt en gang vil det bli enklere å senere omsette psykisk smerte til fysisk handling, noe som kan forklare repetisjonen man ser hos noen mennesker, av selvdestruktive handlinger.

”Suicide can be both the murder of an unbearable self because it is identified with a bad object and an escape from an unbearable torment. It is at one and the same time the ultimate attack and the ultimate defence” (Seager, 2008, s.212).

John Maltzberger (1986) nevner tre affektive tilstander som kan bli utålelige og føre til suicidalitet: ”aleness”, ”self-contempt” og ”murderous rage”. Når et morderisk raseri ikke kan tåles, vender vedkommende dette raseriet mot seg selv for å beskytte andre mot egne morderiske impulser. Personens kropp blir et substitutt for angrepet og den andres liv blir spart. Morderisk raseri beskrives som opplevelsen av ekstrem avmakt som kan føre til primitive ”fight-flight” responser (Maltzberger, 2008). Betegnelsen ”aleness” betyr i følge Maltzberger (1986) ikke det samme som ensomhet. Den suicidalen evner ikke å gjenkalle positive minner om interaksjoner, noe som kan føre til at personen tenker at han aldri har vært elsket og aldri kommer til å bli det, altså en følelse av å være ”levende død”. Det kan kalles en urealistisk tomhet, hvor mennesket opplever at tilstanden alltid har vært der og alltid vil bli der. Mange suicidalen ble oversett som barn, de har opplevd overgrep og har vært uten empatisk kontakt. Gjentatt deprivasjon av emosjonelle behov kan føre til at personen forblir sårbar for fiendtlige reaksjoner ved tapsopplevelser (Maltzberger, 1986).

”Suicide never takes place for the stated reason” (Bell, 2008, s.48)

Å utforske overføring og motoverføring gir terapeutisk forståelse av de ubevisste faktorer som fører til suicidalen impulser. Bell (2008) påpeker viktigheten av suicidalen pasienters overføringer. Pasientens indre konflikt, den intrapsykiske situasjon kan omdannes til en konflikt mellom pasient og personale og/eller terapeut. Matakas og Rohrbach (2008) mener at de som håndterer den suicidalen personen kan se de suicidalen truslene som aggresjon og selv reagere på en aggressiv måte, en motoverføringssituasjon. Det blir dermed en interpersonlig situasjon og flere blir ”rekruttert” som ansvarlige for pasientens liv. Faren ved dette er ifølge Bell (2008) at når flere individer tillater seg selv å bli ansvarlige for pasientens liv, desto mer vil pasienten distanseres fra ønsket om å leve. Ønsket om å leve blir lokalisert hos andre, noe som kan føre til at pasienten blir ytterligere oppslukt av sitt indre kaos (Bell, 2008). Motoverføring kan altså være destruktiv i den terapeutiske relasjon dersom den ikke adresseres (Ogden, 1979; Huprich, 2004; Larsen, 2011).

Mord-selv mord

Ved mord-selv mord er aggresjon av særlig betydning (Wik, Galta & Olsen, 2005). Jeg vil kort beskrive teorier og forskning på dette fenomenet, siden det kan være med på å belyse sammenhengen mellom aggresjon og suicidalitet.

Wik et al. (2005) beskriver mord-selv mord som en aggressiv handling og man kan forvente at personer som begår mord-selv mord ofte tilhører gruppen mennesker med for mye aggresjon. Aggressivitet betegnes som et personlighetstrekk som kan skape problemer når man har for lite eller for mye aggresjon. Forfatterne påpeker også at den synlige aggresjon kan tenkes å være mindre fremtredende hos personer som begår mord-selv mord.

Psykoanalysen ser både selvmord og mord som to ekstreme former for aggresjon, en form for aggresjon som rettes mot en selv og en som rettes mot en annen person. Henry og Short (1954) inkorporerte Freuds teori om id, ego og superego og postulerte at suicid var et resultat av et strengt superego eller en internalisert hemmende personlighet som forhindret et ytre uttrykk for aggresjon. Når en person med et strengt superego begår mord er suicid mer sannsynlig, ettersom suicid blir en selvstraff. Henry og Short (1954) hevdet at både mord og selvmord var alternative aggressive responser til frustrasjon. Offeret ble sett på som både en kilde til omsorg og en kilde til frustrasjon. Personens frustrasjon over å ha tapt et elsket objekt fører til at selvet blir målet for aggresjonen. Den psykoanalytiske tenkningen om emnet ble etter hvert dominert av tanken om at individet som begår suicid har undertrykt det som en morder uttrykker. Suicid og mord ble dermed antatt å reflektere motsatte typer av tilpasning (Liem, 2010).

En karakteristikk som man finner hos personer med morderisk atferd er en historie med gjentatte suicidforsøk (Gliatto, Caroff & Kaiser, 1999). Mange med tanker om mord har også suicidale tanker, en observasjon som tilsier en sammenheng mellom aggresjon som rettes mot seg selv og mot andre. Familiehistorien til voldelige pasienter inkluderer ofte aggresjon, suicidforsøk og suicid (Gliatto et al., 1999). Plutchik (2000) refererer til en amerikansk studie av Altman et al. (1971), der det konkluderes det med at suicidale tanker var den høyeste predikatoren for morderiske tanker, og motsatt. Mordere har en suicidrate som er hundre ganger høyere enn mennesker av samme kjønn, alder, som ikke har begått drap (Williams,

1997). Hammerlin (2009) har med et tallmateriale fra Norge 1990-2007 funnet at 10-15% av mennesker som har begått drap tok sitt eget liv umiddelbart etter drapshandlingen.

Liem (2010) har gjort en gjennomgang av teori om fenomenet mord-selv mord. Forfatteren oppsummerer med at den teoretiske forståelsen er svært begrenset, sammenlignet med studier som omhandler enten mord eller selvmord. Han påpeker også at selv om teoriene gir innsikt i ulike stadier av mord-selv mord prosessen så finnes det ikke en enkelt teori som gir en full forståelse av fenomenet (Liem, 2010).

Andre psykologiske perspektiver

Jeg vil gi en kort sammenfatning av psykologiske modeller som omhandler suicidalitet som fenomen og som har bidratt til fagfeltet suicidologi (Levkowitz & Apter, 2014). Som beskrevet vektlegger de psykoanalytiske og psykodynamiske perspektiver på suicidalitet, menneskers ubevisste prosesser, emosjoner og intrapsykiske faktorer. Suicidalitet i lys av kognitiv psykologi vektlegger tankeprosesser som hemmer aktiv problemløsning og overgeneralisert hukommelse. Kognisjon er tankeliv, hukommelse og læring, i motsetning til motivasjon og emosjon. Modellene jeg vil beskrive fokuserer på psykologiske mekanismer som sårbarhetsfaktorer, maladaptiv kognitiv stil, overgeneralisert minne og svekket problemløsningsevne.

Psykologen Edwin Shneidman (1918-2009) omtales som ”the father of contemporary suicidology” (Leenaars, 2010). Hans formuleringer om suicidalitet som problemløsning har dannet grunnlaget for flere andre psykologiske modeller, som Williams ”cry of pain” modell og Baumeisters ”escape theory” (Levkowitz & Apter, 2014). Shneidman (1985) utviklet en modell med ti psykologiske aspekter som oftest er tilstede ved selvmord og selvmordsforsøk (”commonalities”). Dieserud (2006, s.26) omtaler modellen som ”en av de mest sentrale psykologisk baserte modeller for å forstå suicidalitet”. Shneidman (1985) lister opp følgende sentrale aspekter ved suicidalitet: problemløsning, opphør av lidelse, reaksjon på uutholdelig psykisk smerte (”*psychache*”), dyp frustrasjon over utilfredsstilte psykologiske behov, hjelpeløshet-håpløshet, ambivalens, kognitiv innsnevring, flukt, livslange mestringsmønstre og det at de fleste suicidale individer varsler på en eller annen måte. I Shneidmans bok ”The suicidal mind” (1998) betegnet han ”hopelessness-helplessness” som den mest fremtredende emosjon i suicidalitet. Det psykoanalytiske perspektivet på suicidalitet kommenteres av

Shneidman på følgende måte: ”The early psychoanalytic formulation about suicide emphasized unconscious hostility, but today we suicidologists know that there are other deep basic emotions” (Shneidman, 1998, s.132). Shneidman er en av de ledende teoretikerne innen suicidologi og sitatet er beskrivende for utviklingen innen faget.

I følge Roy Baumeister (1990) sin ”escape theory” er menneskers hovedmotiv for suicidale handlinger å flykte fra en uutholdelig situasjon. Baumeister (1990) hevder at det vil foreligge en høy selvmordsrisiko dersom seks ulike stadier finner sted. Det første stadiet handler om en opplevelse av diskrepans mellom egne forventninger og realitet som fører til at personen i andre stadiet opplever en følelse av utilstrekkelighet og verdiløshet. Det tredje stadiet handler om personens overfokusering på det vedkommende ikke har oppnådd og sammenligninger med andre. Videre vil vedkommende i det fjerde stadiet oppleve smertefulle negative emosjoner. Det fører til det femte stadiet hvor personen forsøker å beskytte seg selv ved å flykte inn i en følelsesløs, nummen tilstand. På det endelige stadiet har personen en senket frustrasjonserskel, redusert kontroll over egen atferd og en desperasjon som gjør at selvmord kan bli ansett som den eneste utveg. Baumeister (1990) mener at suicidalitet kommer av redusert bevissthet og et ønske om å flykte fra psykologisk smerte, ikke som et angrep på selvet.

Mark Williams (1997) ”*cry of pain*” modell ser suicid som et resultat av at mennesket flykter fra følelsen av å ha tapt og følelsen av å være fanget. Modellen vektlegger interaksjonen mellom emosjoner og kognisjon, og integrerer både evolusjons og psykologiske faktorer (Levkowitz & Apter, 2014). Ydmykelse eller avvísning kan føre til at personen føler at han er fanget og når vedkommende mangler evnen til å finne løsninger, eller en utveg, kan suicid bli resultatet. Denne manglende evnen til å minnes fortiden for å finne mulige løsninger omtales som overgeneralisert autobiografisk hukommelse (Williams, 1997). Mennesker responderer på tapsopplevelser på ulike måter; ved å mobilisere atferd som sikrer gevinst på en annen måte, ved å endre fokus til alternative kilder for gevinst, eller ved å gi opp. Disse responser kan forstyrres på måter som fører til at mennesket tror at det er fanget (”entrapment”) og starter deretter en planlegging av hvordan de kan flykte. Entrapment definerer Williams (1997, s.149) som ”anything that stops an animal or human from getting away when it wants to flee”. Det er altså ikke tapsopplevelsen som fører til suicid men det å oppleve at man ikke har noen utveg. Å leve i en slik situasjon og det å føle seg fanget i situasjonen, kan i tillegg være en forlengelse av at personen har en oppvekst hvor vedkommende har opplevd lite

kontroll. Vedkommende kan ha lært på et tidlig stadium at det å overgi seg er eneste løsning. Konsekvensen av dette kan være at personen blir ekstra sensitiv for opplevd trussel og vedkommende lever i en situasjon hvor det finnes få handlingsalternativer. Dette fører til lang tids demobilisering, noe som også gir kjemiske endringer i hjernen. At bevisstheten i kritiske situasjoner fungerer på et lavere nivå, at mennesket har mindre evne til eller mangler evne til rasjonell tenkning, meta-perspektiv og tidsopplevelse ligner det Freud beskrev som ”primærprosessen”. Her er ikke psyken lenger bestemt av rasjonalitet men av det ubevisste, hvor destruktive impulser kan være dominerende (Thorvik, 2008).

Williams (1997) påpeker at et suicidforsøk ikke er en fiendtlig handling selv om pasienter med tidligere suicidforsøk har økt grad av sinne, fiendtlighet og irritasjon sammenlignet med ikke-suicidale. For en del mennesker er følelsen av sinne, særlig dersom den ikke kan kontrolleres, både smertefull og utålelig. I noen tilfeller er suicidal atferd et forsøk på å regulere følelsene eller som en distraksjon fra utholdelige følelser.

Antoon A. Leenaars (2004) psykologiske teori er en videreutvikling av Shneidmans modell. Leenaars legger vekt på at suicidalitet er både intrapsykisk og interpersonlig og han skisserer åtte psykologiske dimensjoner som er karakteristiske ved suicidalitet, både suicid og suicidforsøk: *Intrapsykiske aspekter*: Uutholdelig psykologisk smerte, kognitiv innsnevring, tilpasningsforstyrrelse og suicid som eneste løsning. *Interpersonlige aspekter* som listes opp er: uløselige interpersonlige relasjoner, identifisering-ambivalens (suicidale personer er ambivalente mot tapt eller avvisende person), hevn-aggresjon (aggresjon er en vanlig emosjon både i nåtid og i fortid. Personen snur morderiske impulser som var rettet mot andre, mot seg selv), identifisering-forsvinning (ved en historie med traumer, ønsker personen å flykte eller forsvinne). Leenaars (2004) fremhever at døden ikke alltid er intensjonen med suicidforsøket. Målet med selvmordshandlingen kan være å endre ens eget liv, kommunisere egen smerte eller et ønske om å endre atferden til andre mennesker.

I følge Plutchik (2000) sin to-steps modell, kan voldsatferd og suicidal atferd være aspekter av samme domene i livet. Begge deler er måter å regulere interpersonlige relasjoner og begge deler representerer forsøk på å tilpasse seg til kritiske situasjoner. Både suicidalitet og vold er uttrykk for den samme underliggende aggressive impuls og det er andre tilleggsvariabler som bestemmer hvilken retning aggresjonen tar (Plutchik, 2000).

De fleste psykologiske modeller er ikke tilstrekkelige for å forklare alle korrelerende faktorer ved suicidalitet. Flere modeller gir ikke klare definisjoner av hovedfaktorene og her kan Shneidmans ”psychache” nevnes som eksempel. Det kommer heller ikke klart frem hvordan hovedfaktorene interagerer med etablerte risikofaktorer som kan medføre økt risiko for suicid (Levkowitz & Apter, 2014). Flertallet av mennesker som opplever psykologisk smerte er ikke suicidale, spørsmålet er derfor hva som gjør at psykologisk smerte fører til suicid.

På bakgrunn av det faktum at det ikke er alle mennesker som opplever overveldende psykologisk smerte som utfører en dødelig selvdestruktiv handling har Thomas Joiner (2005) fokusert på hva som gjør at et suicidforsøk fører til døden. Joiner (2005) påpeker at menneskers frykt for døden ofte overgår annen motivasjon. Vårt overlevelsesinstinkt er utviklet over tusener av år så hva kan føre til at et individ reverserer dette og gjør et bevisst forsøk på å forårsake sin egen død? I følge Joiner (2005) må suicidalitet læres ved gjentatte selvdestruktive handlinger, slik at man mister den naturlige frykt for døden. En desensitisering kan også skje ved gjentatte suicidale tanker, suicidforsøk, å være vitne til vold og utsettes for traumer. Gjentatte suicidforsøk er den største enkelt prediktor for suicid og man ser ofte en økt dødelighet i suicidforsøkene (McKeon, 2009). Både et ønske om å dø og en kapasitet til gjennomføring må i følge Joiner (2005) være til stede for at et menneske skal ta sitt liv.

Forskning på aggresjon og suicidalitet

Litteratursøket bestod av et systematisk søk etter studier i databasene Embase, Medline og PsycINFO. Medline ble valgt fremfor PubMed som er gratisversjonen av Medline. Trunkering (*) ble benyttet for å søke på stammen av ord. På den måten inkluderes både entall og flertallsendelser og ulike varianter som begynner med det aktuelle søkeordet. Dette resulterte i søkeordene: *suicid**, *aggressi**, *violen**, *anger*, *psychoanaly**, *Freud*, *psychodyn**. Ordene *aggressi**, *violen** og *anger* ble kombinert med operatoren ”or” (gruppe 1), det samme med *psychoanaly**, *Freud* og *psychodyn** (gruppe 2). Deretter ble *suicid** kombinert med gruppe 1 og 2 ved operatoren ”and” (gruppe 3) deretter, for å finne review-artikler kombinerte jeg gruppe 3 med søk på *reviews* ved å bruke ”and”, et resultat som gav 116 treff. Samtlige databaser har jeg benyttet datering så langt tilbake som det var mulig å finne dokumenter, PsycInfo fra 1806 til 2013. For å finne ut om det er gjort nyere kvalitative studier om aggresjon og suicidalitet benyttet jeg søkeordene *suicid** or *aggressi** resultatet

ble kombinert med søkeordet *qualitative*. Årstall ble begrenset til 2000-2013. Søket gav 973 treff. Av de 973 fant jeg to studier som er relevante for oppgaven. Jeg har også gjort søk i relevante norske tidsskrifter med nevnte søkeord.

Studier av genetiske komponenter og sammenhengen med suicidal atferd er ekskludert. Studier av medikamentell behandling er ikke inkludert. Studier av pasienter med psykoselidelser er ekskludert. Det er ikke funnet noen sammenheng blant suicidale mennesker med psykoselidelser og aggressiv atferd (Gvion & Apter, 2011). Jeg har lagt vekt på gjennomganger ("reviews") av eksisterende forskning på aggresjon og suicidalitet.

I sin gjennomgang gir Hendin (1992) en beskrivelse av den psykodynamiske forståelsen av suicid og hvilke affektive og kognitive aspekter som ligger til grunn for den psykodynamiske forståelsen. Den subjektive mening med suicid kan organiseres i bevisste (kognitive) og ubevisste meninger. Meningen forstås ved å observere både den kognitive og den affektive komponenten. Hendin (1992) viser til kliniske studier av ungdom og funn som viser at suicidalitet kan være en måte å ta tilbake kontrollen for mennesker som føler avmakt overfor egne aggressive og morderiske impulser. Suicidalitet beskrives ofte som en flukt fra en utålelig affektiv tilstand. Intensiteten i affektene kan være en indikator på hvilke pasienter som har en økt risiko for suicid. Det kognitive aspektet, som innebærer bevissthet og tanker, hjelper å synliggjøre det affektive aspektet. Hendin (1992) påpeker at den subjektive mening ofte finnes på det ubevisste plan og flere pasienter beskriver at de føler at de allerede er emosjonelt døde og forsøker å begrave sitt sinne og sin fortvilelse. Hendin (1992) konkluderer med at Freuds innsikt i forholdet mellom det å bli forlatt, tapsopplevelser og suicid er meningsfull og fortsatt relevant.

Huprich (2004) hevder at et psykodynamisk perspektiv hvor suicidalitet sees som et produkt av både ubevisst og bevisst mental aktivitet er klinisk nyttig. Han bruker betegnelsen "aggressiv drift" og viser til at flere forfattere har foreslått at suicidalitet gir individet en mulighet til å uttrykke aggressive følelser for en person/objekt. Huprich (2004) har funnet at flere forfattere ekspanderer Freud og Menningers prinsipper, ofte ved å peke på de relasjonelle komponentene som foreligger ved suicidale impulser. Huprich (2004) viser til to studier, en av Chance et al., fra 1996 hvor 46 innlagte pasienter med suicidforsøk selvrapporterte mål på sinne rettet mot seg selv, depresjon, skam og skyld. De fant at suicidal intensjon var positiv korrelert med depresjon, tidligere suicidforsøk, dårligere differensiering

av selv og andre og mindre emosjonell investering i relasjoner. Videre var depresjon positivt korrelert med sinne rettet mot seg selv, skam, skyld og et maladaptivt forsvar. Grunnet lite utvalg og mangel på kontrollgruppe ble det i 1998 utført en oppfølgingsstudie av Kaslow, Revier, Chance, Rogers Hatcher og Wasserman. Utvalget bestod av 52 pasienter som var innlagt etter suicidforsøk, sammenlignet med 47 pasienter innlagt uten suicidforsøk. Funn fra denne studien viser at suicidforsøkere hadde et høyere antall tapsopplevelser, flere negative emosjoner i relasjoner og mindre emosjonell investering i relasjoner enn kontrollgruppen (Huprich, 2004). I sin gjennomgang konkluderer Huprich (2004) med at psykodynamisk tilnærming har mye å tilby klinikere i behandling av suicidale.

At suicidale handlinger skjer i en kontekst av menneskelige relasjoner, ekte eller fantaserte, påpekes av flere forfattere (Bell, 2008; Maltzberger, 2008; Hale, 2008; Hendin, 1986). Hendin (1986) mener at Freuds innblikk i forholdet mellom tap og suicid er meningsfull og har opprettholdt sin relevans gjennom tiden. Følelse av sinne og aggresjon som er undertrykt eller eksplisitt uttrykt kan komme av et opplevd tap. Å straffe seg selv kan være på grunn av en følelse av å være ansvarlig for tapet.

Arne Thorvik (2011) har i sin doktoravhandling utført kvalitative intervjuer hvor informantene blant annet får spørsmål om ledsagende følelser da de var selvmordstruet. Det som kommer frem i studien er at nederlagsfølelse, ensomhet og aggresjon i flere tilfeller er ledsagende følelser. Thorviks funn er således interessante for å belyse min problemstilling.

Innen mye av den kvantitative forskningen på aggresjon og suicidalitet defineres aggresjon som atferd og jeg vil vise til noen eksempler. En del forskning viser også en sammenheng mellom sinne og suicidalitet. I litteratursøket har jeg ekskludert søkeordene *psychoanaly**, *Freud* og *psychodyn**, for å finne forskning på suicidalitet og aggresjon. Jeg vil kort omtale forskningsresultater:

Sammenhengen mellom aggresjon og suicidalitet er blant annet påvist innen nevrobiologisk forskning. En av de mest repliserte funn er signifikant lavere nivå av 5-HIAA i cerebralspinalvæsken hos suicidale individer og hos individer med aggresjonsproblematikk (Joiner, Brown & Wingate, 2005; Hollander & Stein, 1995; Brady, 2006).

Gvion og Apter (2011) har foretatt en gjennomgang av litteraturen som omhandler selvmordsatferd, aggresjon og impulsivitet. Suicidal atferd defineres her som selv-initiert potensielt skadelig atferd med hensikt å dø men som ikke har et fatalt resultat. I studien påpeker de at mange personer som forsøker å ta sitt liv har signifikant høyere skåre for "trait aggression". Med "trait aggression" menes relativt stabile individuelle forskjeller i aggressiv atferd. Noen mennesker er predisponerte for å respondere aggressivt i visse situasjoner (Anderson & Bushman, 2002). Gvion og Apter (2011) fant at sinne, aggresjon og impulsivitet er psykologiske personlighetstrekk som assosieres med suicidforsøk, en sammenheng som er godt dokumentert både i forskning og i klinisk praksis på tvers av diagnoser. Forfatterne påpeker også at sammenhengen mellom utførte selvmord og aggresjon fortsatt er uklar.

Impulsivitet assosieres med suicidforsøk og impulsivitet er relatert til aggresjon, hovedsaklig aggresjon som forbindes med en impulsiv respons til det man oppfatter som en akutt stressor ("stress-responce") (Conner, Meldrum, Wiegzonek, Duberstein & Welte, 2004). Reaktiv aggresjon karakteriseres ved en hang til reflektivt sinne (Joiner et al., 2005). I en studie av ungdom fant Conner et al. (2004) en sammenheng mellom aggresjon og suicidforsøk og forfatterne foreslår at reaktiv aggresjon kan forklare sammenhengen mellom impulsivitet og suicidalitet.

Evren, Cinar, Evren og Celik (2011) fokuserer på *sinne* og suicidalitet. Sinne beskrives som en affektiv komponent som knytter den kognitive komponent av fiendtlighet til den atferdsmessige komponenten aggresjon. Forfatterne mener at terapi som fokuserer på sinnemestring kan redusere suicidforsøk. En studie av Hawkins og Coyle (2013) viser at både uttrykk for, og opplevelse av, sinne har en sammenheng med suicidalitet (tanker, planer og/eller forsøk) blant voksne. Forfatterne foreslår at sinne kan bidra til en progresjon fra suicidale tanker til planer og forsøk. Studien tar for seg et stort utvalg voksne (n=5692) og er populasjonsbasert til forskjell de fleste studier som tar for seg en klinisk populasjon. Funn fra undersøkelsen viser at problemer med både opplevelse og uttrykk for sinne, har en signifikant sammenheng med suicidalitet i løpet av livet. Denne studien inkluderes ettersom uttrykk for sinne måles som kontrolltap og handlinger i form av trusler, ødeleggelse og forsøk på å skade. Forskerne forklarer sammenhengen med at et høyt nivå av opplevd sinne kan medføre at ekstreme handlinger brukes for å flykte fra vonde følelser. I tillegg kan ekstreme handlinger reflektere impulsive tendenser, noe som øker selvmordsrisiko. I artikkelen

beskriver forskerne hvordan vold og habituering til smerte, kan redusere frykten for selvpåført smerte. Dette er sammenfallende med Joiner (2005) som tidligere nevnt hevder at ved gjentatte selvdestruktive handlinger mister mennesker den naturlige frykten for døden (desensitisering), mennesket tilegner seg evne og kapasitet til gjennomføring og risiko for suicid øker.

Gvion og Apter (2011) referer også i sin gjennomgang til studier av uttrykk for sinne og hvorvidt sinnet rettes mot seg selv eller andre. Det er funnet en sammenheng mellom depresjon og sinne som rettes innover. Busch (2009) påpeker at kognitiv og atferdspsykologiske tilnærminger ikke vektlegger sinne som en grunnleggende årsak til depresjon. Psykoanalytiske teoretikere har derimot sett sinne som en hovedårsak til konflikter som trigger skyld og selvforakt hos mennesker som er depressive (Busch, 2009).

Flere forskere foreslår at aggressive og impulsive personlighetstrekk gjør at noen mennesker er mer i risiko for suicidal atferd enn andre under påvirkning av alkohol (Conner et al., 2004; Joiner et al., 2005; Brady, 2006; Ganz & Sher, 2009; Evren et al., 2011). Sher (2006) beskriver sammenhengen mellom alkohol, suicidal atferd og aggresjon ved at den akutte effekten av alkohol øker aggresjon, den fører til økt følelse av avmakt og hindrer kognisjon som hemmer implementering av alternative mestringsstrategier. Samlet kan disse faktorer medføre at mennesker lettere agerer på suicidale tanker. Chachamovic, Ding og Turecki (2012) mener at å avdekke impulsive aggressive trekk tidlig i behandlingen av alkoholmisbrukere kan være et selvmordsforebyggende tiltak. I en psykologisk autopsistudie fant nevnte forfattere at nivå av aggresjon er et spesifikt karakteristika for alkoholrelaterte suicid.

Oppsummert kan man kort si om resultatene av litteratursøket at uansett hvordan aggresjon defineres –som psykiatrisk diagnose, som psykologisk konstruksjon eller som voldelig atferd, tilsier aggresjon en risiko for suicid.

Svakheter ved de aktuelle studiene kan være at målingen av alvorlig aggressiv atferd basert på pasientens egne rapporteringer kan være påvirket ("biased") på grunn av fenomenet sosial ønskverdighet. Med det menes at pasienter ikke beskriver egen aggressive atferd på en troverdig måte og at pasientens rapportering kan være preget av et ønske om å fremstå på en mer sosialt akseptabel måte, særlig siden aggresjon og vold er negativt ansett i samfunnet

(Bech & Mak, 1995). Skalaers validitet er vanligvis høy mens reliabiliteten er lav, noe Bech og Mak (1995) begrunner med at skåren er avhengig av "baseline" hos den som setter skåre. En kliniker som jobber med aggressive pasienter setter en lavere score enn en kliniker som har lite kontakt med aggressive pasienter. Dette omtales som en tendens til å undervurdere en dimensjon som er kjent for den som setter skårer på skjemaet. Et annet problem med selvrappoteringskjema som måler aggresjon er at de ikke gir informasjon om den faktiske utageringen. I tillegg er testene i stor grad kun tilpasset kognitivt kompetente pasienter (Bech & Mak, 1995). Spørreskjema basert på informantens introspeksjon kan altså kritiseres for fare for svekket pålitelighet til data. Informanten kan bevisst eller ubevisst fordreie, benekte eller maskere (Bjørkly, 2001). Begrensninger ved studier som baseres på selvrappoteringskjema kan også være informantenes mulige kognitive vansker som fører til redusert evne til å vurdere seg selv på en riktig måte. Begrensninger ved å utføre studier på pasientpopulasjoner er at man ikke kan generalisere funn til polikliniske pasienter, til det andre kjønn som er studert, eller til innsatte (Evren et al., 2011).

Psykologiske autopsistudier som metode har utviklet seg til å bli en av hovedtilnærmingene for å studere risikofaktorer for selvmord (Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Knizek & Leenaars, 2012). Psykologiske autopsistudier bygger ofte på informasjon fra informanter som i noen tilfeller har lite informasjon om avdøde (Hjelmeland et al., 2012). Det at informantene er i en sorgprosess kan medføre en overestimering av symptomene de mener å ha observert hos avdøde, i tillegg til at respondentenes personlige karakteristika influerer på informasjonen man får (Chachamovic et al., 2012).

Metode

I metodekapittelet redegjøres for de metodiske valg som er gjort og hvilken spesifikke metode det har vært hensiktsmessig å bruke. Det vil bli gitt en beskrivelse av fremgangsmåte i arbeidet med analysen og utfordringer som oppstod i løpet av prosessen.

Valg av metode i forskningen kan handle om epistemologisk ståsted, av pragmatiske faktorer som tidligere erfaring fra forskning eller med bakgrunn i problemstilling (Braun & Clarke, 2013). Valg av forskningsdesign for denne oppgavens empiriske undersøkelse er basert på hvilke data som bør samles inn og hvilke analyser som bør gjøres for å besvare problemstilling. Jeg har ingen erfaring med forskning, valg av metode har derfor ikke pragmatiske årsaker.

Kvalitativ Metode

Et kvalitativt forskningsdesign er en eksplorerende, fortolkende fremgangsmåte (Thagaard, 2009). Det som kjennetegner kvalitativ metode er at man gjennom refleksjon og tolkning forsøker å forstå menneskers erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2010). Hensikten med oppgavens empiriske undersøkelse er å belyse klinikerens erfaringer og refleksjoner rundt sammenhengen mellom fenomenene aggresjon og suicidalitet. Målet er å oppnå en forståelse ut fra deres erfaringer og beskrivelser hvilket tilsier at en kvalitativ tilnærming er den mest hensiktsmessige metoden.

Fenomenologi og hermeneutikk er to sentrale begreper innen den kvalitative tilnærmingen. *Fenomenologi* er en modell for å forstå mennesker og sosiale fenomener i lys av intensjonalitet, altså hvordan den enkelte opplever noe og hva som fremstår som meningsfylt for den enkelte (Thorvik, 2011). Man får et innblikk i menneskers opplevelse fra deres ståsted, ut fra en forståelse om at den virkeligheten som mennesker oppfatter er ”virkelig” for dem (Kvale & Brinkmann, 2009). Menneskets subjektive opplevelse står sentralt (Dalen, 2004). Denne oppgaven benytter forskningsstrategier som er inspirert av fenomenologisk metode. Dette anses som hensiktsmessig ettersom jeg studerer klinikerens erfaringer og refleksjoner omkring bestemte fenomener. I beskrivelsen av den tematiske analyse vil jeg vise hvordan det fenomenologiske er brukt i metoden.

Den *hermeneutiske* vitenskapstradisjon bygger på at mennesker lever i en nåtidig sammenheng som tilbyr et felles sett av symboler og begreper, det som utgjør vår virkelighet. Innenfor rammen av vår virkelighet fortolkes og forstås omverden (Olsson & Sørensen, 2003). En hermeneutisk tilnærming vektlegger at det ikke finnes noen ”sannhet”. Menneskets livsverden kan ikke reduseres ved et kvantifiserbart system, men fenomener kan forstås på ulike måter (Nilsen, 2012). Hensikten med et hermeneutisk forskningsperspektiv er å fange opplevelser og å uttrykke, fortolke og forstå sammenhenger. Vi setter oss inn i hva andre menneskers tanker handler om gjennom språket som medium for kommunikasjon (Olsson & Sørensen, 2003). Betegnelsen hermeneutiske sirkel, innebærer at budskapet forstås i lys av en helhet som fører til at man finner en dypere mening. Det vil være en vekselvirkning hvor helheten forstås ut fra delene og motsatt, samtidig som forskeren påvirker samspillet mellom tekst og forståelse (Dalen, 2004). For å forstå en del må man ha tilgang til helheten og delen forstås gjennom tidligere erfaring, forforståelse og kunnskaper (Olsson & Sørensen, 2003). Forståelse utvikles i en prosess mellom tolker og tekst og det kan stilles ulike spørsmål til teksten som gir ulike svar (Nilsen, 2012). Hermeneutisk forskning gir således rom for subjektivitet. Forståelsen i det psykoanalytiske intervju ligner den forståelsen som er utviklet i hermeneutisk filosofi. Viktigheten av fortolkning av mening fører psykoanalysen tett opp til den hermeneutiske tradisjon (Kvale, 2003).

Strategisk utvalg

Malterud (2011) gir en beskrivelse av strategiske utvalg i kvalitativ medisinsk forskning. Det viktigste skillet mellom kvalitative og kvantitative utvalgsprosedyrer i forskning er avgrensning og omfang. I kvalitative undersøkelser benyttes *strategiske utvalg*, noe som innebærer at informantene velges på en måte som anses som hensiktsmessig for å belyse problemstillingen. Utvalget bestemmer hva vi har grunnlag for å si noe om, hva dette er gyldig for og i hvilken sammenheng. Min forforståelse, problemstilling og teoretiske referanseramme bestemmer de hensyn jeg må ta for å få data som belyser problemet i tilstrekkelig dybde .

Når utvalget er begrenset er det særlig viktig med en god strategi for å finne informanter som kan gi relevant informasjon (Thagaard, 2009). Valg av informanter er basert på den kunnskap jeg ønsker å innhente og ettersom jeg etterspør beskrivelse og refleksjon om temaet suicidalitet som aggresjon vendt innover, har det vært naturlig å velge informanter som er

sertifiserte for selvmordsrisikovurdering og som foretar slike vurderinger i sin kliniske praksis. Jeg har valgt profesjonsutdannede klinikere med spesialisering innen sitt fagfelt, altså psykiatere og psykologspesialister. En spesialist har flere år med erfaring fra klinisk praksis, noe som har vært et kriterium for mitt utvalg. Utvalgsbias oppstår for eksempel dersom man henter data fra egne meningsfeller. Da kan man ikke forvente å få data som utfordrer forforståelsen. Teoretisk ståsted til de enkelte informanter var ukjent for meg før intervjuene ble gjennomført. En variasjonsbredde i utvalget er en målsetting i kvalitative studier siden et for likt utvalg gir få nyanser som igjen lite ny kunnskap (Malterud, 2011). Utvalget er begrenset til seks personer og variasjonsbredden er dermed begrenset. Variasjonen er innen profesjon, hvor halvparten av utvalget er psykiatere.

Thagaard (2009) påpeker at størrelsen på et utvalg vurderes opp mot et ”metningspunkt”, som innebærer at når flere enheter ikke gir ytterligere forståelse av fenomenene antas utvalget å være tilstrekkelig. Det grunnleggende i kvalitativ forskning er at kunnskap i sin natur er delvis, midlertidig og avhengig av forskerens perspektiv (Malterud, 2011). Metningspunktet er ikke en forestilling om at det finnes en endelig mengde data for å beskrive fenomenene man forsker på. Målet har vært å skaffe et adekvat utvalg som kan bidra med informasjonsrikdom fremfor å bestemme et bestemt antall. I arbeidet med oppgaven har tidsaspektet også vært en faktor som har medført at jeg ikke har et større utvalg.

Semistrukturert Intervju

Utformingen av et intervju kan ha ulik grad av struktur og ved høy grad av struktur i intervjuet har man større mulighet for sammenligninger. Et strukturert intervju har på forhånd utformede spørsmål med fastlagt rekkefølge. Et intervju med lite struktur benyttes når man ønsker å presisere et tema for bruk i videre undersøkelse. Delvis strukturert intervju har fastlagte tema men rekkefølgen på spørsmålene kan endres undervegs (Thagaard, 2009). I mitt intervju er jeg ute etter refleksjoner og beskrivelser av fenomener. Av den grunn anser jeg det som nyttig å benytte et semistrukturert intervju. En fordel ved å benytte et semistrukturert intervju er at forsker kan avdekke og undersøke nye ting underveis i prosessen. Spørsmålsformuleringen ber om beskrivelser, noe som gir mulighet til å identifisere motsetninger mellom intervjupersonene (Kvale & Brinkmann, 2009). Det åpnes for endring av rekkefølge av spørsmål under intervjuet.

Jeg vil gi en beskrivelse av *gjennomføring av intervjuene*. I forkant av intervjuene utformet jeg en intervjuguide med spørsmål og stikkord som jeg anså som relevante for å belyse problemstillingen. Intervjuguiden ble benyttet som en huskeliste, ikke som en fastlagt mal. Formålet for oppgaven ble beskrevet i et brev som ble sendt til de jeg ønsket å intervju, sammen med samtykkeskjema. Ved innledningen til intervjuet ble beskrivelsen av formålet utdypet nærmere for hver informant. Jeg fikk tillatelse til å benytte opptaker under intervjuene. Intervjuene ble gjort på mitt eller informantenes kontor, alt ettersom den enkelte informant ønsket. Det var viktig å finne et sted med minst mulig forstyrrelser men samtidig ha respekt for at intervjuet kunne bli avbrutt på grunn av informantenes ansvar som spesialister på sine arbeidssteder. Intervjuenes varighet varierte mellom 35 og 45 minutter.

Intervjuteknikker som beskrives av Kvale og Brinkmann (2009) som det å stille åpne spørsmål, vite når man skal stille oppfølgende spørsmål og å ha en åpen holdning for å lære av den intervjuede har en del til felles med motiverende intervju (Millner & Rollnick, 2002). Dette er en samtaleteknikk som benyttes i terapi. Jeg har ingen erfaring med å utføre forskningsintervjuer men jeg har noen års erfaring som terapeut, noe som kan være nyttig i gjennomføring av intervjuer. Kvale (2003) vektlegger det å mestre "håndverket" i en intervjusituasjon ettersom det er en mellommenneskelig interaksjon. I gjennomføring av intervjuene har jeg brukt korte spørsmål og oppfølging av spørsmål for å få en klargjøring av informantenes svar. Jeg har også i noen tilfeller etterspurt en meningsavklaring av begreper som informantene har benyttet under intervjuene. Ved å stille oppfølgingsspørsmål blir det enklere å validere fortolkninger (Kvale & Brinkmann, 2009).

Noen av informantene fortalte at de ikke hadde lest noe i forkant av intervjuet og hadde en tanke om at de måtte "vite mye om" psykoanalytisk teori. Jeg har ved innledning til intervjuene informert samtlige informanter om at det ikke er et ønske eller krav fra min side at de skal ha lest eller forberedt noe. Jeg har ønsket informantenes refleksjoner som har dukket opp underveis. Av den grunn har jeg forsøkt å unngå spørsmålsformuleringer som implisitt tilsier at en bestemt teori skal være "friskt i minnet". En styrke for pålitelighet ved data er at samme person har utført alle intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). Hvert intervju ble transkribert dagen etter at intervjuet ble utført og opptaket ble deretter slettet. Alle navn og andre opplysninger som kunne bidra til at informanten kunne gjenkjennes ble utelatt i transkripsjonen. Å utføre transkripsjonen selv har bidratt til å sette i gang det som i fenomenologisk tradisjon omtales som den hermeneutiske sirkel (Malterud, 2011).

Validitet og reliabilitet

Med *validitet*, et begrep som innen kvalitativ forskning ofte erstattes med *troverdighet*, menes holdbarhet, gyldighet i begreper, metoder og funn (Kvale & Brinkmann, 2009). En målsetting for kvalitative studier er at den teoretiske forståelsen som har kommet frem kan ha relevans for andre (generaliserbarhet). Validitet handler om i hvilken grad resultatene er troverdige (intern validitet) og i hvilken grad resultatene kan anvendes for andre grupper enn dem som ble undersøkt i den aktuelle studien (ekstern validitet) (Dalen, 2004). Rammene for validitet i kvalitativ forskning er et vellykket strategisk utvalg, variert materiale, at det i analysen åpnes for alternative versjoner og tolkningsmuligheter og forståelse for betingelser og forutsetninger for funn (Malterud, 2011). *Overførbarhet* handler om ekstern validitet og er en forutsetning for kunnskap som deles med andre, hvorvidt resultatene fra intervjuundersøkelsen kun er av interesse i den konteksten hvor undersøkelsen er utført, eller om resultatene kan overføres til å være relevante i andre situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette vil jeg komme tilbake til i drøftingen av funn. I denne oppgaven prøver jeg ikke å fastslå at funn er sanne men å vise at jeg overveier rekkevidden av overførbarhet.

Reliabilitet er vektlagt i en positivistisk forskningstradisjon og forutsetter at fremgangsmåten skal kunne etterprøves nøyaktig av andre, et krav som er vanskelig å stille i kvalitativ forskning (Dalen, 2004). Begrepet reliabilitet er ofte erstattet med *pålitelighet* i kvalitativ forskning. I fenomenologisk tradisjon pekes det på at det er vanskelig å repetere en intervjustudie og få samme resultat, ettersom intervjusituasjoner aldri er like og fordi intervjuer påvirkes av respondent (Thorvik, 2011). For at leser skal ha mest mulig tillit til utførelsen av den empiriske undersøkelsen (pålitelighet) har jeg forsøkt å gi en beskrivelse av intervjusituasjon/kontekst, under kapittelet som omhandler utførelse av intervjuer. Min relasjon til informantene og hvilken betydning egne erfaringer kan ha for forskningsdata, vil jeg beskrive i drøftingskapittelet.

Etiske refleksjoner

På ethvert stadium av oppgaveskrivingsprosessen finner man etiske problemstillinger. Jeg vil gjengi noen etiske problemstillinger som beskrives av Kvale og Brinkmann (2009). Tema og formål for forskningen bør diskuteres ut ifra potensiell forbedring av den menneskelige situasjon som utforskes samt hvilken vitenskapelig verdi man har som formål. I planlegging

og intervjusituasjon må man innhente informert samtykke, sikre konfidensialitet og vurdere konsekvenser for intervjupersonene. I analysering av datamaterialet vurderer man hvorvidt intervjupersonene skal delta, hvor dypt og kritisk intervjuene skal analyseres. Forsker har et etisk ansvar for å rapportere kunnskap som er så sikker og verifisert som mulig. Under rapportering møter man igjen konfidensialitets-prinsippet i tillegg til at man må vurdere hvilke konsekvenser rapporten har for intervjupersoner og institusjonene de representerer.

Anonymisering av data er et viktig prinsipp i forskningspraksis (Thagaard, 2009). Personer som intervjues skal ikke kunne identifiseres ved at det brukes detaljer som kan avsløre hvem intervjupersonen er. I denne oppgaven er dette ivarettatt ved at intervjupersoner nummereres i transkriberingen. Informantenes utdanning, arbeidssted og kjønn spesifiseres ikke. Bruk av sitater kan medføre en svekkelse av anonymitet (Thagaard, 2009). Sitater med kjennetegn som kan identifisere informant er utelatt, som for eksempel dialekt. Jeg har transkribert på bokmål. Jeg har informantenes tillatelse til å bruke sitater og informantene har signert informert samtykke til intervjuundersøkelsen. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ble skriftlig orientert om oppgaven og dens design men oppgaven ble ikke vurdert som meldepliktig.

Tematisk analyse

Analysen skal bygge en bro mellom det empiriske materialet og de presenterte resultater (Malterud, 2011). Jeg vil gi en beskrivelse av prinsippene som er brukt for gruppering og redigering av resultatene. Målet er ikke å presentere det hele men å løfte frem funn som gir bidrar til nye refleksjoner. Jeg benytter en tematisk analyse i seks faser som beskrevet av Braun og Clarke (2006). Analysen egner seg for tverrgående analyse av fenomener, det vil si at informasjon sammenfattes fra flere informanter (Malterud, 2011).

En beslutning i prosessen er på hvilket nivå temaer skal identifiseres, om det er på et eksplisitt eller et latent nivå. Ved en eksplisitt eller semantisk tilnærming vil temaer identifiseres i det eksplisitte. Det innebærer overflatemeningen i data hvor forskeren ikke leter etter det som ligger bak det sagte, det latente (Braun & Clarke, 2006). Jeg leter ikke etter hva som ligger bak det som blir sagt og har dermed en eksplisitt tilnærming.

Jeg har ikke laget et klart skille mellom induktiv og deduktiv tilnærming ettersom oppgaven representerer en blanding. Malterud (2011) bruker betegnelsen ”top-down” om *deduktiv* tilnærming hvor man går fra det generelle til det spesielle/spesifikke. Tilnærmingen er teorigyrt ved at man tar utgangspunkt i foreliggende teorier, begreper og kategorier for så gå ned i materialet for å finne svar og plassere fenomener der de hører til (Malterud, 2011; Braun & Clarke, 2013). *Induktiv* tilnærming har motsatt rekkefølge, den går fra det spesielle til det generelle. Man bruker kunnskap fra det enkelte tilfelle for å si noe om et høyere nivå. Denne oppgaven har sitt tyngdepunkt i den deduktive tilnærmingen. Braun og Clarke (2006) beskriver det som teoretisk tematisk analyse, som drives av forskers teoretiske interesse for tema og er dermed mer eksplisitt analytiker-drevet.

Dersom analysen ikke brukes innen en eksisterende teoretisk ramme vil det bli en begrensning i tolkningsstyrke (Braun & Clarke, 2013). I denne studien vil det foreligge en teoretisk ramme som data analyseres og tolkes ut fra, noe som gjør bruk av denne tematiske analysen egnet. Gjennom transkribering blir man kjent med datamaterialet på en annen måte enn kun ved lesing av ferdig transkriberte intervjuer. Under transkribering har jeg vært oppmerksom på å få med all informasjon jeg trenger slik at datamaterialet i stor grad reflekterer informantenes ord og mening (er mest mulig ”sann”). Analysen innebærer å ha kategorier, perspektiver og tema som karakteriseres som funn. Forsker tar da frem teoriene igjen som blir det analytiske og fortolkende rammeverk som hjelper forsker å forklare betydningen av deltakernes fortelling (Nilsen, 2012). Et tema fanger opp noe viktig om data og representerer et mønster av responser eller mening i datasettet (Braun & Clarke, 2006). Hva som er i tilstrekkelig størrelsesorden til å kunne kategoriseres som et tema er et spørsmål om forekomst i datamaterialet. I tråd med den fenomenologiske metoden tar jeg utgangspunkt i konkrete beskrivelser fra informantene og resultatene er en sekundær beskrivelse av essensen eller strukturen av fenomenet (Giorgi & Giorgi, 2003).

Jeg vil gi en beskrivelse av de ulike stadiene i analysen, på bakgrunn av litteratur fra Braun og Clarke (2006) om tematisk analyse.

Etter å ha samlet inn data har jeg repetert lesing av de transkriberte intervjuene. I tråd med det fenomenologiske perspektiv er hele datamaterialet gjennomlest før analysen ble påbegynt, for å få en overordnet oversikt. I denne fasen har jeg gjort notater og skrevet ned ideer for koder.

Koding er organisering av data i meningsfulle grupperinger og er i denne oppgaven utført manuelt. Det har vært viktig å kode så mange potensielle temaer som mulig. Koding av data ekstrakter har inkludert setninger før og etter for å få sammenhengen. Utsagn som avviker fra eller viser kontraster ble ikke ignorert i kodingen. På det neste stadiet hadde jeg fokus på et bredere nivå av temaer, snarere enn koder. Det betyr at koder ble sortert i potensielle temaer og relevant kodet data ble plassert inn i de identifiserte temaer. Jeg stod igjen med en samling av temaer og sub-temaer og alle ekstrakter av data var kodet i henhold til temaene. Data innen et tema bør høre sammen på en meningsfull måte og det skal være klare distinksjoner mellom ulike temaer (Braun & Clarke, 2006). Jeg har gjennomgått alle samlede dataekstrakter for hvert tema for finne ut om det dannet et mønster. Deretter har jeg vurdert hvorvidt temaet i seg selv er problematisk på noen måte. Eksempelvis om noen data ikke passer inn. Formål med denne fasen er å få en oversikt over hva de enkelte temaer er og hvordan de passer sammen.

For hvert tema har jeg gjort en analyse og forsøkt å identifisere hvilken ”historie” hvert tema forteller. Jeg har også vurdert hvordan hvert tema relateres til forskningsspørsmålet. I følge Braun og Clarke (2006) er det viktig i denne fasen å klart definere hva de enkelte temaer er og hva de ikke er. Jeg har funnet utsagn som støttet de sentrale temaene. Malterud (2011) kaller dette meningsbærende enheter, det kan være flere setninger eller et avsnitt av datamaterialet. Informantene har ofte snakket om og nyansert et tema flere ganger i løpet av intervjuet. I en fenomenologisk analyse skal man finne meningen med erfaringene. Man må anerkjenne at det ikke finnes noen objektiv meningsenhet men at enhetene korrelerer med forskers perspektiv (Giorgio & Giorgio, 2003).

Avslutningsvis i den tematiske analysen har jeg forsøkt å fortelle historien på en måte som viser validiteten av analysen. Braun og Clarke (2006) påpeker viktigheten av at analysen skal være konsis, sammenhengende, logisk og ikke-repeterende. Man skal vise at det finnes nok data til å demonstrere utbredelsen av et tema.

Jeg tar utgangspunkt i Evans (2000) formulering om vitenskap i psykologien, som sier at refleksjon kan fungere som metode, som et middel til innhenting av nye data. Evans (2000) begrunner sitt ståsted med at svært mange psykologiske prosesser er vanskelig tilgjengelig for observasjon og at vi har bedre tilgang til dem i ettertid. I våre tilbakeblikk kan vi beskrive

vår tenkemåte med forutsetning om at vi har en prosess som bringer oss videre i forståelsen. Denne prosessen fører til utvikling. Kjernen i slike prosesser er nettopp refleksjon. Refleksjon forstås som et tilbakeskuende forsøk på å forstå et psykologisk hendelsesforløp. Det kan dreie seg om egne reaksjoner eller andres, med vurdering av tilgjengelige observasjoner, fundering over mulige forklaringer og analyse av hva forklaringene vil bety for forståelsen av hendelsesforløp og overordnet teori (Evans, 2000).

Presentasjon av funn

Under innsamling og analyse av data kan man vektlegge tolkning eller beskrivelse. Dersom man inntar en tolkende posisjon brukes empiri for å finne en bakenforliggende mening mens dersom man inntar en beskrivende holdning skal informantene representeres så lojalt som mulig, minst mulig influert av egen forforståelse (Malterud, 2011). Jeg forsøker i denne studien å la informantenes beskrivelser representeres så lojalt som mulig og jeg forsøker å forstå informantene fra deres ståsted. En forståelsesform hvor menneskets erfaring regnes som gyldig kunnskap finnes i et fenomenologisk perspektiv. (Malterud, 2011). Begrensninger ved kvalitative studier er at studiene kan åpne for mange tolkninger (Leenaars, 2002). For å unngå å bruke datamaterialet for å underbygge egen påstand må man på en kritisk måte evaluere alternative forklaringer (Leenaars, 2002). Før jeg begynte arbeidet med analysen hadde jeg lest en mengde litteratur. I tillegg til å sette meg inn i det psykodynamiske perspektivet, har jeg også forsøkt å sette meg inn i andre psykologiske retninger innen suicidologi for å få et bredere perspektiv.

Denne studien tar for seg et teoretisk perspektiv og anvendelse av perspektivet i praksis. Med praksis menes kartlegging, vurdering og behandling av suicidale pasienter. Jeg går ikke inn på beskrivelser av behandlingsmodeller. Mitt fokus er ikke hvilken behandlingsmodell klinikere benytter men hvilket perspektiv de tar utgangspunkt i og hvilke refleksjoner de gjør seg omkring aggresjon og suicidalitet.

I dette kapittelet vil jeg presentere resultatene av analysearbeidet med det empiriske materialet. Det har kommet frem sammenhenger mellom ulike tema, noe som gir oppgaven en indre struktur og som samsvarer med fenomenologiens mål om beskrivelse av en essens (Thorvik, 2011). Jeg hadde hovedfokus på temaer som samsvarte med problemstillingen men var i tillegg åpen for at nye temaer kunne komme frem. Ved å gjengi sitater fra informantene utdypes det som har kommet frem og som jeg ønsker å formidle i analysen. Sitatene brukes som eksempler, ikke for å bevise at funn er sanne. Informantene gav utfyllende svar på spørsmål fra intervjuer og i noen tilfeller lar jeg sitater være forklarende uten å komme med egne kommentarer. Jeg har som nevnt benyttet en tverrgående tematisk analyse hvor informasjon sammenfattes fra flere informanter. Dette har vært relevant i mitt datamateriale, hvor det ikke har kommet frem store kontraster eller motsigelser mellom informantene. Jeg har valgt å ikke nummerere respondentene ettersom de utsagn jeg har valgt å gjengi, er

sammenhengende i forståelsen de gir uttrykk for. For at leser skal kunne skille klart mellom respondentenes sitater og mine kommentarer, er informantens sitater markert i kursiv. Jeg har valgt temaer ut fra forekomst i data, samtidig har jeg gjennom analysen vært åpen for å få frem perspektiv som ikke har høy forekomst men som bidrar til å belyse problemstillingen.

Innledningsvis vil jeg si noe om hvordan informantene beskrev aggresjon som begrep. På grunnlag av at informantens teoretiske ståsted var ukjent, var det viktig å finne ut hvordan de definerte aggresjon og hva de la i begrepet når det ble beskrevet i sammenheng med suicidalitet. Hovedtemaet er ”aggresjon vendt innover” med underkategoriene ”andre” og ”selv”. Her gjengis informantens perspektiv på suicidalitet som aggresjon vendt innover. I følge Braun og Clarke (2006) skal det være klare distinksjoner mellom temaer. I min fremstilling vil det være overganger innen underkategoriene ”andre” og ”selv” men det vil også komme frem klare distinksjoner. Temaet ”klinisk ekspertise” er valgt på bakgrunn av informantens vektlegging av den kliniske erfaring og i hvilke tilfeller de opplevde uro for pasientens suicidalitet. Temaet ”selvmord som vold”, som omhandler selvmordstrusler som et forsøk på å få makt over eller endre på andre, er valgt fordi samtlige informanter delte refleksjoner omkring dette temaet. Avslutningsvis har jeg valgt temaet ”selvmordstankenes terapeutiske funksjon” som omhandler møtet med den suicidal pasienten, noe samtlige informanter delte sine tanker og erfaring om. Mine funn er organisert på en måte som viser beskrivelser av begrep, hvordan sammenhengen mellom aggresjon og suicidalitet beskrives og hva klinikere vektlegger i møtet med suicidal individer.

Aggresjon som begrep

Når informantene snakker om fenomenet aggresjon i sammenheng med suicidalitet, blir begrepet brukt i en bred forståelsesramme. Det blir sagt at aggresjon ”*ikke er et enkelt begrep*”, noe følgende sitater illustrerer:

”Det kan berøre ulike dimensjoner. Man kan forstå det som en biologisk handling som trigges av utenforstående faktorer, kanskje, som instinkt, som en overlevelsesstrategi,.. en konstruktiv egenskap ved endring av suicidal atferd”

” Som en driv eller drift, energi, kraft, men også en motivator.”

”Jeg forstår aggresjon på mange måter. Det kan være en sosialisert aggresjon, det kan være instinktiv aggresjon, det er selvrettet, vold som er et annet begrep, vold er vel en underfaktor av aggresjon som begrep”.

”Aggresjon kan være en makt noen har. De kan ha sluttet med vold men hele stilen kan være latent vold”.

” Aggresjon tenker jeg er et sinne, en energi som ikke nødvendigvis er rettet mot noen. Et sterkt signal, om at de ønsker endring på noe. Kan også være positivt. Jeg skiller mellom sinne og aggresjon, aggresjon er mer destruktivt”.

”Det kan være en drivkraft, gi initiativ. Man ser på det atferdsmessige når det rettes mot andre men tar man det intrapsykiske så er det lettere å se den innadrettede”.

”Ikke som drift men som en form for mestringsstrategi som de har lært. De har problemer med trygghet og tilknytning, det å skade seg, det å ta livet av seg eller true med det blir en måte å mestre. Noe de ellers ikke har strategier for”.

Samme informant påpeker også at *”Aggresjon kan være positivt hvis det fører til endring, en aggressiv energi. Hvis det fører til at man bryter ut av noe, tør å si ifra, får en til å handle, gir handlekraft”.*

Aggresjon omtales i hovedsak som et intrapsykisk fenomen. Som det fremgår av sitatene så vektlegges også den positive siden ved aggresjon. Forståelsen informantene har av aggresjon som fenomen kan komplisere funn i denne oppgaven siden jeg ikke har knyttet beskrivelser av begrepet til de enkelte utsag som omhandler suicidalitet og aggresjon. Dette har jeg unnlatt å gjøre for å sikre konfidensialitet når jeg gjengir sitater. Jeg vil i stedet gi en beskrivelse som sammenfatter det informantene beskriver slik at leser kan få en forståelse av hvordan aggresjon forstås. Samme informant kan i løpet av intervjuet omtale aggresjon som både en energi og som atferd, avhengig av hvilken kontekst informanten snakker om.

De ulike betegnelsene som brukes er ”intenderte, impulsstyrte handlinger”, ”et sterkt signal”, ”en drift”, ”makt”, ”en kraft”, ”en energi”, ”et instinkt”, ”et uttrykk”, ”en følelse, sinne”, ”en handling og et uttrykk”. Energi og kraft er betegnelser som har høy forekomst i datamaterialet.

Aggresjon vendt innover

Temaet ”aggresjon vendt innover”, som er hentet fra problemstillingen, har jeg valgt å dele inn i underkategorier for å vise hvordan informantene beskriver det psykoanalytiske perspektivets relevans for hva man tenker om suicidalitet. I problemstillingen etterspør jeg ”hvordan” dette perspektivet reflekteres i praksis og ved valgte inndeling vil jeg vise i hvilke tilfeller informantene anser perspektivet som relevant.

Informantene snakker ofte om flere faktorer som henger sammen og som fører til at pasienter blir suicidale. Av den grunn er det vanskelig å velge kategorier som handler om et enkelt fenomen. Følgende sitat illustrerer at det relasjonelle og selvrettede emosjoner blir ansett som tett sammenkoblet: *”I en krise, med selvforakt og handlekraft og selvmordstanker, samlivsbrudd, krenkelser, tap.. det er en person jeg vil være obs på.”*

Dødsdriften slik den beskrives av Freud, angis ikke som et gjennomgående relevant perspektiv i forståelsen av suicidalitet. En informant sier at *”selv om det er en aggressiv komponent så tenker jeg ikke at det er to motpoler hvor den ene vinner over den andre”*. En annen informant sitt utsagn viser at intrapsykiske konflikter kan være et relevant perspektiv *”vi strever med å finne mening i tilværelsen og meningen med livet, den konflikten til enhver tid, hvilke krefter er det som vinner frem hos oss”*. Utsagnene representerer ikke motpoler men ulike oppfatninger.

I hvor stor grad den innovervendte aggresjonen anses som et relevant perspektiv i forståelsen av suicidalitet variere noe mellom informantene. Følgende sitater illustrerer dette:

”Enhver selvdestruktiv eller enhver selvmordshandling definerer jeg som en aggressiv handling. Når jeg begynte å sette det ordet på det eller forstå det som en aggressiv handling så gav det mer mening, i arbeidet, både i å forstå selvmordsforsøk og det å forstå gjennomførte selvmord. Det jeg har tenkt, når det er så riktig å koble de to begrepene, så handler det om en klinisk praksis, som jeg ikke helt kan sette ord på”.

”Det å ta livet av noen inkludert seg selv, må jo være en aggressiv komponent. Intuitivt så tenker jeg at det er en aggressiv komponent i det. Mange vil si at man ligger og vipper mellom en innadrettet og en utadrettet aggresjon når man velger å ta sitt liv og at dette er

tilstede i mange tilfeller. Men handlingen som sådan, da må man jo ha en sterk aggresjon mot seg selv.”

Andre

Kategorien handler om tap av relasjoner og om hevn som knyttes til det aggressive aspektet ved suicidalitet. Jeg bruker overskriften ”andre” som indikerer at det i hovedsak handler om det relasjonelle ved at aggresjonen i utgangspunktet er rettet mot noen. Samtlige informanter nevner relasjonstap som en viktig faktor som videre knyttes til aggresjon som vendes innover.

”Det er ikke tvil, jeg har lest om og hørt om og snakket med personer, hvor de virkelig sier, jeg hater, jeg vil ta hevn. Dette er jo kjent historisk og ikke minst fra litteraturen, men ..i møte med pasienten, hvis de blir oppmerksom på det at dette er egentlig et sinne og kanskje er denne personen som er så krenket, ja ofte så er de jo krenket, lav terskel for å bli krenket, mitt syn er at ofte slike personer som nettopp bli eksponenter for slike handlinger basert på aggresjon, rettet mot de selv, men samtidig rettet mot den andre personen for de vil ta hevn.”

”Motivasjonen bak kan dreie seg om hevmotiv eller selvforakt eller hat”

”I mange selvmord ligger det vel en blanding av utadrettet og innadrettet aggresjon, for noen selvmord har jo et hevnaspekt”. Informanten påpeker det relasjonelle ved at noen mennesker gjør suicidale handlinger ”for å vise andre hvor stygge de har vært”.

”Man ser det særlig ved hevn etter å ha blitt forlatt. De føler seg krenket”, sier en av informantene om fenomenet aggresjon vendt innover.

”Enhver som tar sitt liv har omtrent 6 pårørende som blir berørt og sitter igjen med skyldfølelse, ubearbeidede følelser og uavklarte spørsmål, som vil oppfatte det som en aggressiv handling, uten at de setter det ordet på det” uttrykker en av informantene om pårørende sine reaksjoner.

”De har ofte en aggressiv komponent, de uttrykker aggresjon mot en eller annen i nettverket rundt de, det synes jeg ofte man ser. Ved personlighetsproblematikk, der er det en sterk

aggressiv komponent og der kan ting snu dersom de blir møtt eller får en betydningsfull relasjon”.

En av informanten trekker frem mannlige pasienter som har en depresjon og et sinne som de retter mot seg selv. *”I stedet for å få ut skuffelse og frustrasjon så går det innover”.* *”jeg synes at mange av dem vi møter er i en livskrise, er deprimerte, de har ofte skuffelse, avvísning, krenkelse i relasjoner og så retter de det mot seg selv..”*

Det er flere sitater som knytter sammen det relasjonelle, hevnaspektet og selvforakt.

”Selv om man kan forstå motivasjonen bak handlingen så er det like fullt en aggressiv handling. Og motivasjonen bak kan dreie seg om hevmotiv eller selvforakt eller hat eller manglende tro på endring eller bevegelse. Men selve handlingen er alltid en aggressiv handling. -vi kan ikke forstå det separat”

”Hvis noen har mer handlingspotensiale, kan man bli mer bekymret. De ser ikke løsningen, de har ikke tro på at noe annet kan fungere, det er også et inntrykk av at de vil straffe andre, vise hvor ille det er”.

Som det fremgår av funn er ”handlingspotensiale” hos pasienten bemerket av flertallet av informanter, som sammen med andre faktorer, utgjør en risiko for suicid.

Selv

Kategorien handler om depresjon og håpløshet som fører til sinne, om selvforakt, lavt selvbilde og skam. Det å dyrke negative tanker om seg selv nevnes av flere informanter og pasienters selvforakt er et gjennomgående tema i intervjuene.

”Når håpløshet går over i aggresjon, de blir sinte, de får ikke hjelp, da blir jeg mer urolig enn om de er mer apatiske. Pasienten kan vise en måte å kommunisere aggresjon, det er håpløsheten de har vist og det ligger en vitalitet bak det. Håpløshet kan føre til sinne og de kan ikke mobilisere sinne og det fører til noe annet”

Sitatet viser også klinikers uro ved pasienters handlekraft.

”Perspektivet aggresjon vendt innover er relevant ved lavt selvbilde, hvordan de opplever egenverdi, som mennesket. Det er grunnlaget for problemer. Der kan det være sterke negative og aggressive tanker om seg selv.”

Følgende sitat illustrerer selvverdets betydning for suicidalitet, selv om det ikke knyttes direkte til aggresjon: *”ofte er verdiløshet en følelse, en opplevelse som går igjen. Det behøver ikke være det som er grunnen til at de vil ta selvmord men det er vel ofte et kjennetegn markert som et symptom eller selvpoplevelse av som de ofte formilder i den sammenheng. Å ikke føle seg verdt er ofte et gjennomgående tema ved selvmordstanker”.*

En av informantene nevner pasienter som har mange negative tanker om seg selv og tolker alt i negativ retning. *”..Mener at han ikke er verdt noe og like gjerne kan ta sitt liv, det er ingen vits i å leve. Det er noe selvskadende ved tankene. Det er viktig å sjekke ut hvilke tanker de har om seg selv, hvilke verdi, om de har liten opplevd egenverdi.”*

Samme informant sier videre: *”det å ha negative tanker, å dyrke negative tanker, å ha negative leveregler. Mange deprimerte opprettholder det, det er noe aggressivt overfor seg selv. Det er selvskadende tanker som gir en viss mening, for det er slik de forstår seg selv og sin rolle i tilværelsen. Når man får ting i perspektiv så kan folk snu, men man blir vant til å tenke negativt, destruktivt, aggressivt.”*

”I denne omgang, når han blir alene, reagerer han ikke aggressivt men reagerer med en voldsom selvforakt, ikke med vold, utagering, men med en selvforakt som definitivt er aggressivt.”

”Det er en aggressiv komponent i det med forakt. I møte med pasienter, du merker det er en nerve, det er kraft i det, det er handlekraft. Det tenker jeg er noe av det skumleste for selvmordsrisiko”. Sitatet forteller om pasienters selvforakt etter å ha blitt forlatt.

Ved opplevelse av skam, mener tre av informantene at man finner en innadrettet aggresjon. Pasienten kan være overveldet av raseri, fortvilelse, selvfordømmelse og selvkritikk med tanker om at det ikke vil være mulig å oppnå selvaktelse.

”Menn som jeg blir sterkt bekymret for og hvor jeg tenker det er en sterk aggressiv undertone er folk i akutte kriser eller de som får situasjonen veltet om og ikke lenger har noe verktøy å

forholde seg til. Det eneste som dukker opp er en selvforakt, aggresjon eller situasjonsbetinget aggresjon rettet utover”.

Flertallet av informanter nevner pasienters depresjon og håpløshet som grunnlag for sinne og/eller aggresjon som pasientene retter mot seg selv. En av informantene uttrykker mer uro for de pasienter som er egoistiske, oppslukt av seg selv, fremfor de som tenker over hvordan det vil oppleves for andre, de har større evne til empati. *”Jo mer relasjonsevne og empati de har, dess mindre bekymret er jeg”.*

Klinisk ekspertise

Kategorien omhandler hva som gir klinikere en følelse av uro i møte med pasienter samt vektleggingen av det intuitive og klinisk erfaring. Informantene påpeker viktigheten av et utvidet fokus i møte med suicidale pasienter, som ikke kun baseres på sjekklister.

Jeg vil gi noen eksempler ved å benytte sitater fra intervjuene. Mitt spørsmål til informantene har handlet om viktige perspektiv i møte med suicidale pasienter. Informantene var opptatt av det som ble kommunisert av pasientene, som ikke står på ”listen” og når vurderinger blir vanskelige fordi *”man blir satt på sidelinjen”*. Pasienters unnvikelse, at de fremstår tildekkende og bagatelliserende nevnes av flere informanter som viktige faktorer som gir en uro for pasientens suicidalitet. *”Det som ikke sies og man har et inntrykk av at pasienten kommer med hentydninger som er åpen for tolkning”*. Noen informanter påpeker at retningslinjene har liten verdi når pasienten ikke gir uttrykk for selvmordstanker eller planer. Med skjema og retningslinjer refereres det til Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern (2008).

”Det er vanskelig bare å se på sjekklister, man må møte pasienten og se hva som skjer der. Ting som man ikke kan beskrive, hvordan er intuisjonen, kroppsspråk, hvordan de presenterer historien, er det ekte, henger det sammen med følelser. Det er viktig å bruke god tid, gå gjennom alt nøye”.

”Vi kan fylle ut hundre skjemaer men vi må ikke glemme intuisjon og erfaring og hva vi opplever i samspillet”.

”Det nytter ikke bare med sjekklister. Vi må forstå, for å få en samtale som er trygg og utviklende nok til å kunne bidra til endring”.

Sitatene viser også at informantene vektlegger relasjonen mellom pasient og behandler.

”Det går på det intuitive, det går på diagnostikk. For å fange det opp så må man ha sett det en gang eller to eller tre” sier en av informantene om det å gjøre vurderinger av pasienter som ikke gir eksplisitt uttrykk for suicidale tanker.

”Men dersom de unnviker spørsmål, i tillegg til lite kontakt, lite håp og negativt selvbilde, da blir jeg bekymret. Jeg vil vite hvor jeg har de. Kanskje er det en passiv aggresjon det å ikke ville gi noe til behandler. Gi en bekymring men ikke være åpne om det. En indirekte trussel, en aggresjon tenker jeg det er”.

”Det som gjør meg urolig er der hvor det er en hentydning som er åpen for tolkning, man lurere på hva det er. Det gjør vurderinger vanskelige, da blir man satt på sidelinjen”.

”Hvis noen har mer handlingspotensiale, kan man bli mer bekymret. De ser ikke løsningen, de har ikke tro på at noe annet kan fungere”.

Flertallet av informanter nevner også at den aggressive komponent gir uro og påpeker viktigheten av intuisjon for å fange opp det underliggende aggressive hos pasienten.

”Selvmord som vold”

Suicidalitet omtales i noen tilfeller som ”selvmordstrusler”. Det er i de tilfeller hvor klinikere tenker at pasienten har til hensikt å endre andres atferd, ved ønske om å oppnå noe.

Overskriften ”selvmord som vold” er valgt på bakgrunn av et utsagn fra en av informantene. Det vi snakket om i intervjuet var vurderinger av de personer som har en uttalt aggresjon, har utøvet vold og hvorvidt denne gruppen gav klinikere en følelse av uro for suicid. Det refereres til klinikers vurderinger av innsatte i fengsel, vurderinger av pasienter som er innlagt ved psykiatrisk avdeling og til polikliniske samtaler. Intervjuguiden inkluderer ikke dette som spørsmål men det har vært et oppfølgingsspørsmål i samtlige intervjuer.

Informantenes svar viser entydig at de opplever at noen personer benytter suicidalitet som et

middel for å oppnå noe og at dette ikke gir den uro som er gjengitt i tidligere tema. Jeg vil gjengi sitater fra samtlige informanter for å belyse dette temaet:

”Noen har suicidalitet som væremåte, de bruker det som atferd for å oppnå noe, men jeg må forholde meg til det og vurdere om dette er ekte eller om det er uttrykk for noe annet”.

”Det er personer hvor vold og aggresjon er del av bildet. Lang historie med vold. Det er ikke mange ganger jeg har vært veldig bekymret, hvor den magefølelsen har vært der. Jeg kjenner meg sjeldent bekymret ved selvmordstrusler. Tema kan godt være der, og kanskje i rammen av selvførakt og depresjon men det er ikke de jeg er mest bekymret for. De har et verktøy for å løse problemene, slik at problemet løses før de behøver å ta det inn over seg”.

”Jeg har hatt tanke om at det er for å slippe fengsel, ikke et reelt ønske om å dø, -måten de uttrykker seg på og hva som kommer frem, -det blir et middel, det er bildet som dannes”

”Voldsutøvere kan ha følt seg som dårlige mennesker fordi de har brukt vold og føler de er lite verdt og må straffe seg selv, -de ser på sett og vis at de har et ansvar men det de ikke ser er at de igjen er oppslukt i seg selv, de ser ikke hvilken skade det igjen vil gjøre, for relasjonen. De er oppslukt av egne behov. Noen bruker selvmord som trussel, -selvmord som vold. De vet at det skaper frykt og får utrolig mye makt over folk hvis du gir uttrykk for selvmordstanker. Folk blir redde og det ligger en kraft i det. De får en posisjon og makt over folk.”

”De ofte har en personlighetsstruktur med et eksternaliserende forsvar, noe som gjør at de ikke er en pasientgruppe som gir stor uro”.

”Mange er veldig truende, men mange har gjort det i affekt, for å slippe fengsel. Jeg har sjeldent vært bekymret over de. Ofte er de vant til å true, være voldelige, det er det mønsteret de har. De kan være dramatiske i stilen, men man vet at de har holdt på i årevis, de har sagt det mange ganger. De forsøker å påvirke og få kontroll over andre. De bruker selvmordstrusler for å oppnå noe, kontrollere, det er strategien de har og mange ganger funker det.”

Gjennomgangen av datamaterialet belyser kompleksiteten i spørsmålet om hvorvidt selvmordstrusler i noen tilfeller kan betegnes som vold. Spørsmålet stilles på bakgrunn av hypotesen om at slike trusler i noen tilfeller kan ha til hensikt å endre andres atferd fremfor å reflektere et reelt ønske om å dø. Informantenes svar tyder imidlertid på at dette ikke er gjensidig ekskluderende faktorer og flere påpeker at også voldsutøvere tar sitt eget liv. Dette er dermed en gruppe som er vanskelig å vurdere med tanke på selvmordsfare.

Selvmordstankenes terapeutiske funksjon

”Man endrer ikke seg selv hvis man ikke forstår hva man holder på med”.

Flertallet av informanter hadde fokus på pasienters relasjon til behandler. I samtale med suicidale pasienter påpeker informantene viktigheten av å gi innsikt, bruke tid sammen, komme til kjernen av problemene og å finne mening. I lys av det som er beskrevet under temaene ”selv” og ”andre” beskriver informantene at i samtale med pasientene mener de det er viktig å hjelpe pasienter med å utvide fokuset, fra å være selvsentrert til det relasjonelle og empatiske. Flere informanter er også opptatt av hvordan pasientene kan oppnå selvverd når de er preget av skyld, skam og aggresjon mot seg selv og mot andre.

”Å finne kjernen for pasientens følelse av oppgitthet og verdiløshet. Det krever tid”.

”Ofte kommer det frem hva som er kjernen i livet, det blir ofte en eksistensiell samtale som kan være fine og nyttige terapeutisk. Man kommer inn i kjernen av ting, de er i en krise og da er de ofte veldig åpne. Ofte handler det om en fortvilelse. I en krise er det endringspotensiale”.

”Det fører ikke til så mye å konfrontere pas med det aggressive aspektet. Jeg ville ha jobbet med å få de til å kjenne etter hva de føler, hva som er vanskelig”.

”Det man ser ved selvmordsforsøk er hva det gjør i relasjoner, faren for å skyve folk fra seg, såre, skremme, det kan man ta opp på en omsorgsfull måte, hvor man får pasienten til å se hvordan andre kan oppfatte de. Både hvordan de selv opplever og tenker men også andres perspektiv. Få de til å se på konsekvenser av atferd”.

”..om de har et håp for fremtiden, om det er noe som er viktig, noe de lever for, noen de er betydningsfulle for”.

”Selvmordstruede befinner seg i en eksistensiell krise. Hva gir mennesket mening? Hva gir håp? Mening med symptomene og mening i livet”.

”En god relasjon til behandler er viktig. Veiledet og rettet på en god måte, kan være med på å opprettholde ego-konsistens”. Vedkommende beskriver relasjoner som det grunnleggende i terapisammenheng og snakker om hvordan relasjon til behandler i mange tilfeller også har en selvmordsforebyggende effekt.

Drøfting

Oppgavens formål har vært å belyse problemstillingen *hvordan psykoanalytisk forståelse av suicidalitet som aggresjon vendt innover reflekteres i klinisk praksis*. Jeg har ikke lyktes i å finne tilsvarende studier basert på samtaler med klinikere som reflekterte omkring den aggressive komponenten i suicidalitet.

Thorvik (2008) skriver at det suicidologiske fagfeltet har hatt en omfattende utvikling siden Freuds tid. Kognitive tradisjoner har de siste tiår fått en mer fremtredende plass. Thorvik (2008, s.9) stiller spørsmålet ”i hvilken grad er Freuds teoridannelse fortsatt relevant i suicidologisk sammenheng?” Dette er et spørsmål som er relevant for drøftingen i denne oppgaven.

I dette kapittelet vil jeg drøfte sentrale aspekter ved analysen av datamaterialet. Jeg tar utgangspunkt i de beskrevne tema fra analysen og presenterer disse funn i lys av aktuell teori. Under arbeidet med analysen har nye perspektiver kommet frem, noe som har ført til at jeg har funnet frem til litteratur som bidrar til å belyse disse perspektivene. At rammeverket ikke nødvendigvis er den teorien eller perspektivet som brukes i drøftingen er en naturlig konsekvens av at den som fortolker ikke alltid forstår verden på samme måte som informantene (Nilsen, 2012). Tolkningen består av en bevegelse mellom helhet og deler, mellom det som tolkes og forståelse (den hermeneutiske sirkel).

De aktuelle temaene er: *aggresjon som begrep, aggresjon vendt innover*, med underkategoriene *andre* og *selv, klinisk ekspertise, ”selvmord som vold”* og *selvmordstankenes terapeutiske funksjon*. Jeg har valgt å drøfte disse temaene ved å bruke kategoriene: *aggresjon som intrapsykisk fenomen, selvfølelsens betydning, klinisk ekspertise, ”selvmord som vold”* og *intrapsykisk dynamikk*. Relevant litteratur fra andre psykologiske retninger vil benyttes for å belyse forskjeller i de teoretiske perspektivene på suicidalitet.

Kortfattet oppsummert viser analysen at aggresjon som begrep i hovedsak beskrives som et intrapsykisk fenomen i sammenheng med suicidalitet men betegnes også som atferd når begrepet brukes om annen kontekst eller andre fenomener. Suicidalitet som aggresjon vendt innover beskrives i sammenheng med de pasienter som har sterke negative tanker om seg selv, selvforakt som følge av en tapsopplevelse og ved et ønske om hevn. Det som gir

klirikere uro for pasientens liv er både når det i tillegg til nevnte faktorer foreligger en handlekraft eller når pasienten unnviker ved å være tildekkende. Klinisk ekspertise trekkes frem som essensiell i vurderinger av pasienter hvor det ikke kommer frem eksplisitte tanker og planer om suicid. Det som også kommer frem i analysen av data er når det aggressive aspektet i suicidale trusler er rettet mot andre og/eller klinikere som et ønske om å kontrollere, endre andres atferd og å påføre frykt, og hvordan dette vanskeliggjør vurderinger.

Aggresjon som intrapsykisk fenomen

Når aggresjonsbegrepet brukes om både tilstander og handlinger blir det vanskelig å definere og det blir vanskelig å komme frem til reliable og valide operasjonaliseringer (Bjørkly, 2001). I flere studier kan man stille spørsmål ved hvordan aggresjon konseptualiseres og måles (Conner et al., 2004). En operasjonell definisjon gir kriterier på at en gitt atferd kan klassifiseres som aggressiv atferd og kan skilles fra annen type atferd. En operasjonell definisjon av aggresjon kan være: ”aggresjon er et samlebegrep for atferd som et individet med hensikt utfører eller gir eksplisitt verbalt og fysisk uttrykk for å ville utføre, for at et annet individ skal påføres fysisk skade, smerte eller kroppslig krenkelse.” (Bjørkly, 2001). Slik det fremgår av Bjørklys definisjon anses aggresjon som rettet mot et annet individ. Bjørkly (2001) påpeker at flere anser aggresjonsbegrepet som lite anvendelig i kliniske sammenhenger siden det er så påvirket av subjektive antakelser i innen klinisk psykologisk forskning.

Analysen bringer ingen klarhet i bruken av begrepet aggresjon og mine funn viser at aggresjonsbegrepet i denne undersøkelsen ikke gir klare kjennetegn og er vanskelig å differensiere. I litteraturen for øvrig brukes begrepet om tilstander og handlinger, som både noe positivt og negativt. Betegnelser som *kraft*, *energi* og *drift*, om aggresjon som intrapsykisk fenomen har høy forekomst i datamaterialet. Dersom man går tilbake til begrepsavklaringene i oppgavens innledning viser analysen at informantenes beskrivelser av aggresjon som fenomen kan knyttes til den psykodynamiske tradisjonens betegnelse av ubevisste aggresjonsprosesser og undertrykt aggresjon som viser seg i ”forkledning”. Informantene snakker også om en kapasitet for gjennomføring av suicid som knyttes til den aggressive komponent. Som beskrevet i teorikapittelet vektlegger Freud den *mentale energi* for å ta sitt eget liv og han mener at ingen finner denne energien dersom vedkommende ikke

har et samtidig ønske om å drepe et objekt. Freud knytter denne energien direkte til aggresjon som vendes innover.

”Suicidal individuals are obviously profoundly aggressive”

(Maltzberger, 1986, s.32)

Perspektiver på den aggressive komponenten ved suicidalitet kan, som vist i analysen, omhandle det relasjonelle (andre) og det kan handle om en selv. Freuds teorier kan sies å omhandle et samtidig selv og andre, ved at han postulerte at suicidalitet handlet om aggresjon mot internaliserte objekter (Freud, 1917). Menninger (1938) så suicidalitet som aggresjon som rettes både ut mot andre og inn mot en selv (et ønske om å drepe, et ønske om å dø og et ønske om å bli drept). Flere informanter beskriver et kontinuum hvor tap av en nær person fører til opplevelse av krenkelse og et ønske om hevn, hvor dette fører til at aggresjon vendes innover. Basert på retrospektive psykologiske autopsistudier hevdet Shneidman (1985) følgende om relasjonelle aspekter ved suicid: ”it is a sad and paradoxical thing to note that the common interpersonal act of suicide is not hostility, not rage or destruction, not even the kind of withdrawal that does not have its own intended message, but communication of intention” (Shneidman, 1985, s.144). Shneidman (1985) betegnet det som er en vanlig og mine funn avviser ikke påstanden ettersom jeg ikke har etterspurt hva klinikere anser som vanlig ved suicidalitet. Mine funn viser derimot at det i flere interpersonlige situasjoner handler om sinne og hevn hos den suicidal person og at suicidalitet kan være en måte å kommunisere aggresjonen som er rettet mot noen andre.

En forfatter som gir beskrivelser som i stor grad er sammenfallende med mine funn, er Herbert Hendin. Som beskrevet i teorikapittelet hevder Hendin (1986) at forholdet mellom tap og suicid, slik det skisseres av Freud, er meningsfullt og relevant. Dette er basert på en gjennomgang av forskning på psykodynamiske perspektiv på suicidalitet. Hendin (1986) fant at sinne og aggresjon, både når det er undertrykt eller eksplisitt uttrykt, kan ha sin opprinnelse i tapsopplevelser. Å straffe seg selv kan komme av en følelse av å være ansvarlig for tapet. Tap og separasjon, som rammer selvfølelsen og selvbildet er et av de vanligste utløsende traumer ved selvmord og en trussel om å bli forlatt kan være nok til å utløse selvmordstanker eller handlinger (Jørstad, 2002). Jørstad (2002, s.8) påpeker at ”vi vet at det i mange suicidale handlingers psykodynamikk er mye aggresjon som blir rettet innover, selv om den er skapt i

samspeilet med en eller flere andre viktige personer”. Dette utsagnet er sammenfallende med funn fra analysen.

Som det fremgår av teorigapittelet, påpekes det blant annet av Huprich (2004) og av Bell (2008) at motoverføring kan være destruktiv i den terapeutiske relasjon og pasientens indre konflikt kan overføres til en konflikt mellom pasient og terapeut dersom motoverføringer ikke adresseres. Jørstad (2002) definerer motoverføring som bevisste og ubevisste følelser som behandler kan få i kontakten med pasienten. Ofte er det mye raseri, hjelpeløshet og sadistisk aggresjon hos den suicidalen som projiseres på behandleren (Ogden, 1979; Jørstad, 2002). Kernberg (2009) hevder at overføringer i den terapeutiske relasjon og pasientenes tendens til å ødelegge det som tilbys av terapeuten, er et uttrykk for aggresjon. Analysen viser at tildekking og bagatellisering hos pasienten gir uro hos terapeuten. Sett i lys av Kernbergs (2009) formuleringer kan dette være selv-aggressive tendenser hos pasienten.

Selvfølelsens betydning

Selvmondsprosessen som forståelsesmodell, beskriver utviklingen av suicidalitet fra tanke til handling som inkluderer både observerbar atferd og ikke observerbare bevisste og ubevisste tanker, impulser og planer (Retterstøl, 1993). Jørstad (2002, s.8) påpeker at det er avgjørende å ta hensyn til betydningen av selvfølelsen i selvmondsprosessen: ”det er når selvfølelsen er svak og synker drastisk som ved tap, eller blir alvorlig krenket, at risikoen for selvmord øker”. Mine funn viser at den aggressive komponent i pasienters suicidalitet i stor grad knyttes til det å ha sterke negative tanker om seg selv og en følelse av krenkelse og selvforakt. Aggresjon knyttes til depresjon, til håpløshetsfølelse og betegnes som en indre tilstand som forsterkes av opplevelse av lavt selvverd.

Forskning som er gjengitt i teorigapittelet indikerer at depresjon er knyttet til selvrettet sinne, et resultat som er relevant i sammenheng med analysen av datamaterialet. I sin artikkel skriver Busch (2009) ”both expressed and suppressed anger can be a source of conflict and become self-directed”. Huprich (2004) sin gjennomgang av forskning viser at suicidal pasienter som er preget av depresjon, skam og skyld, har rapportert om sinne som rettes mot seg selv.

Dersom man ser på Baumeister (1990) sin psykologiske modell om suicid som en flukt fra selvet, som også er gjengitt i teorikapittelet, hevder han at selvmordet er en flukt fra aversiv og smertefull selv-opplevelse. Individet blir oppmerksom på sine tilkortkommenheter hvilket genererer negative affekter. Dette fører til at vedkommende prøver å flykte fra selvopplevelsen og den tilhørende negative affekt. Forfatteren påpeker videre at teorien om flukt i mange tilfeller er oversett, noe han eksemplifiserer ved å vise til Freud og Menninger hvor suicidalitet beskrives som aggresjon vendt innover. I følge Baumeister (1990) inkluderes ikke flukt-aspektet i den psykoanalytiske teorien. Baumeister på sin side bruker begrepet "negativ affekt" og knytter det til å klandre seg selv, å se selvet som inkompetent, uattraktivt og skyldig. Baumeister hevder at et negativt syn på seg selv har sammenheng med suicidal atferd. Dette er i tråd med det min analyse viser. Et negativt syn på seg selv inkluderer skyld, lav selvfølelse, selvforakt, lavt selvverd og manglende tro på egen mestring. Baumeister (1990) hevder at suicidale mennesker i stor grad er preget av et selvfokus og begrunner dette med både direkte og indirekte evidens som for eksempel suicidater i samfunn med stort fokus på selvfokuserende emosjoner som stolthet og skyld og ved depresjoner som også medfører et innovervendt fokus. Baumeister refererer også til at sinne er en av hovedaffektene som er en forløper for suicidalitet. Det er flere utsagn i datamaterialet som kan knyttes til Baumeisters modell men et skille ligger i at modellen vektlegger det passive ved suicidale ønsker og at egen tilkortkommenhet sees som årsak. Aggresjonstolkningen derimot, vektlegger en aktiv rolle og at det i stor grad er aggressive impulser mot andre som vendes mot seg selv. Informantene legger vekt på at suicidale menneskers lave selvfølelse, selvverd, og krenkelse er en risikofaktor men flere legger også til at det er en handlekraft som gir uro og det vektlegges dermed også en mer aktiv rolle. Dersom man også ser på temaet "andre" snakker også flere informanter om hevn, noe som indikerer at de anser perspektivet "impulser mot andre" som relevant i flere tilfeller.

Klinisk ekspertise

Betegnelsen "klinisk ekspertise" i en evidensbasert praksis innebærer å foreta vurderinger, formulere diagnostiske konklusjoner og å ta kliniske avgjørelser (Rønnestad, 2008).

Evidensbasert praksis kan beskrives med at man integrerer ens kliniske ekspertise med klinisk evidens fra systematisk forskning (Pompili & Tatarelli, 2011). Betydningen som tillegges klinisk ekspertise i en evidensbasert psykologisk praksis kan forstås som et uttrykk for betydningen av det kliniske resonnement og kompleksiteten i resonnementene,

skjønnsutøvelsen og betydningen av høy interpersonlig og kommunikativ kompetanse (Rønnestad, 2008). Jeg skal ikke gå inn på debatten om evidensbasert praksis men viser til Grimen og Terum (2009) hvor ulike perspektiver på evidensbasert profesjonsutøvelse blir skissert. Mine funn viser at den kliniske ekspertise anses som essensiell. Samtlige informanter snakker om intuisjon og viktigheten av klinisk erfaring for å gjøre gode vurderinger av pasienters suicidalitet.

Datamaterialet gir et interessant innblikk i klinikerens refleksjoner om utførelse av selvmordsrisikovurderinger. Det som kommer frem er at det i flere tilfeller gir klinikere uro når pasientene er tildekkende. Klinikerne gir uttrykk for at det finnes tilfeller hvor ”sjekklister” ikke kan brukes fordi pasientene ikke gir uttrykk for selvmordstanker eller planer. Nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging i psykisk helsevern (2008) skiller mellom kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. En kartlegging innebærer å spørre alle pasienter om de har eller har hatt selvmordstanker, planer eller om de noen gang har gjort selvmordsforsøk. Dersom en slik kartlegging gir grunn til mistanke om selvmordsrisiko tilsier forsvarlighetskravet at pasienten følges opp med vurdering og eventuelt iverksetting av adekvate selvmordsforebyggende tiltak og behandling. I prosedyrene for kartlegging står det i retningslinjene at hvis man i samtale med pasienten identifiserer at pasienten har selvmordstanker og/eller planer må dette vurderes ut fra kjente risikofaktorer i pasientens sykehistorie og deretter kontakte kvalifisert helsepersonell for å foreta en vurdering av selvmordsrisiko.

Edwin Shneidman (1985) anslår at omtrent 80% av selvmord er varslet. Shneidman (1985) hevder videre at varslingen imidlertid kan være så indirekte og innpakket at verken terapeut eller pårørende kan gjøre en korrekt vurdering av suicidalfaren. Siden suicidale tanker og planer anses som sterkere risikofaktorer så kan man tenke at det å benekte suicidale tanker og planer medfører lav risiko. Dette kan synes logisk å konkludere med men det er ikke alltid slik. En pasient som har bestemt seg for å ta sitt liv, kan benekte suicidale planer. Isometsa (1995) viser til 100 suicid som fant sted samme dag som pasientene hadde vært hos sin psykiater. Kun 22% av pasientene fortalte sin psykiater om selvmordstanker og planer under sitt siste besøk. Et lignende funn er gjort av Busch, Fawcett og Jacobs (2003). De har gjort en studie av journalnotater etter 76 pasienter som tok sitt eget liv under innleggelse ved psykiatrisk avdeling. 78% av pasientene benektet suicidale tanker og planer i sin siste samtale med personalet på avdelingen. Av de 76 pasientene ble 34% vurdert til å være i lav risiko for

suicid og vurderingene som var gjort, var i tråd med de risikofaktorene som nevnes i litteraturen. Forskerne påpeker at det å benekte suicidalitet ikke kan vektlegges fordi det ikke er et pålitelig grunnlag for å vurdere selvmordsrisiko når andre kliniske risikofaktorer er tilstede. I artikkelen sies at data som gir støtte til kriterier for selvmordsrisikovurderinger i stor grad er retrospektive, noe som gjør det vanskelig å skille akutt og kronisk risiko. Vurderinger og intervensjoner i klinisk praksis blir dermed vanskelige. I den samme studien er det også funnet at 79% av pasientene som hadde tatt sitt eget liv viste alvorlig angst og agitasjon i uken før de døde. Opplevelse av og uttrykk for sinne blir sjeldent kartlagt i selvmordsrisikovurderinger (Busch et al., 2003). Hawkins og Cogle (2013) foreslår at en kartlegging av de grunnleggende prosessene, sinne og agitasjon, bør inkluderes i selvmordsrisikovurderinger. Samtidig, som Busch (2009) påpeker, må en terapeut være oppmerksom på at følelsen av sinne ofte fornektet fordi følelsen ikke tolereres.

Wand (2012) har undersøkt tilgjengelig evidens for hvor effektivt man reduserer risiko for å skade seg selv og andre ved å foreta risikovurderinger. Han påpeker at mye forskning har et lavt nivå av evidens og stiller spørsmål ved bruk av risikovurderinger. Er bruk av risikovurdering en form for nervøs paternalisme? Handler klinikere på bakgrunn av egen frykt for å feile og på bekostning av pasientens velvære? Wand (2012) påpeker viktigheten av å kartlegge beskyttende faktorer og å fokusere på behovskartlegging på lik linje med risikovurdering.

”Selvmord som vold”

Jeg velger å inkludere perspektivet selvmordstrusler som aggresjon og vold på bakgrunn av forekomsten i mine funn. Informantene nevner både pasienter og innsatte, voldsutøvere og pasienter som ikke har en voldshistorie, hvor informantene får en opplevelse av at selvmordstrusler brukes som vold. Informantene omtaler dette som en gruppe hvor følelsen av uro for suicid ikke er like fremtredende. Slik det fremgår av analysen brukes aggresjonsbegrepet i denne konteksten om aggressiv atferd og det passer derfor inn i læringsteoretiske prinsipper. Funn viser at det i noen tilfeller oppfattes som at noen personer benytter trusler om suicid for å endre andres atferd, få kontroll og makt eller som en hevn. Følgende sitat fra en av informantene gir en god beskrivelse: *”De forsøker å påvirke og få kontroll over andre. De bruker selvmordstrusler for å oppnå noe, kontrollere, det er strategien de har og mange ganger funker det”*. Betegnelsen ”latent vold” finnes også i

datamaterialet. Som vi ser av informantenes utsagn, kan trusler om selvmord knyttes til Isdals definisjon av vold: ”enhver handling rettet mot en annen person som gjennom denne handlingen skader, smerter eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil” (Isdal, 2002. s,8).

Jeg vil belyse noen ulikheter i perspektiver som kommer frem i litteraturen og vise hvordan egne funn kan relateres til litteraturen.

Larsen (2011) omtaler selvmordsforsøkets kommunikative aspekt og viser til suicidologisk litteratur fra 1950-1980 tallet hvor appellfunksjonen i større grad ble vektlagt. Suicidalitet ble ansett som et forsøk på å oppnå forandringer og dels også som manipulativt. Larsen påpeker videre den betydelige endringen i suicidologiens tidsånd, hvor det nå ikke anses som legitimt å påpeke den appellerende eller manipulative funksjon. Faren ved dette er at klinikere uintentert kan risikere å benekte egne vanskelige emosjonelle reaksjoner (motoverføring) som videre kan føre til overdrevne tiltak, umyndiggjøring av pasienten og ansvarsfraskrivelse (Larsen, 2011).

Alternativ til Vold (ATV) er et behandlings- og kompetansesenter på voldsproblematikk. I intervjuguiden for menn i terapi (kartleggingspakke utviklet i 2007) finnes en del som omhandler vold mot nåværende eller tidligere partner. Det blir listet opp ulike typer vold, både fysisk, psykisk, materiell, og seksualisert vold med kommentaren ”noe av dette har du kanskje ikke selv kalt vold men har av andre blitt opplevd som vold eller maktbruk”. I denne listen finner man ”å true med selvmord”. ATV har dermed inkludert selvmordstrusler som vold, en betegnelse som kan anses som ”ukorrekt” i dagens suicidologiske tidsånd.

Siden flere av informantene refererer til erfaringer med vurderinger av innsatte i fengsel har det vært relevant å finne litteratur og forskning på suicidalitet blant innsatte. I Norge er sosiolog Yngve Hammerlin en sentral forsker som skriver om selvmord i norske fengsler (2009). I sin litteratur bruker Hammerlin betegnelsen ”dødsvirksomhet” om villet egenskade med antatt alvorlig utfall enten målet er å dø eller ikke. ”Dødsvirksomhet” deles videre inn i underkategoriene ”den ambivalente dødsvirksomhet” og ”den appellerende dødsvirksomhet”. Sistnevnte karakteriseres ved at målet ikke er døden, men det å tydeliggjøre noe, markere og rette oppmerksomheten mot noe som må forandres. Døden markeres som en mulighet og i noen tilfeller fører det til at vedkommende dør (Hammerlin, 2009). En dansk undersøkelse

utført av Benjaminsen og Erichsen (2002) bruker en psykologisk forståelsesramme og viser til karakteristiske trekk ved suicidale innsatte: flukt fra psykisk forpinthet, håpløshetsfølelse, ambivalens, dårlig problemløsning, impulsivitet, manipulering, aggressivitet, innskrenkning av erkjennelse og suicidalitet som kommunikasjon. Aggresjon blir forklart ved at på tross av at selvmordsatferd ofte oppfattes som en aggressiv handling rettet mot individet selv, er det ofte aggresjon rettet mot andre som straff eller for at andre skal føle skyld. Ansvar for selvmordshandlingen legges over på andre. Forfatterne hevder at ved gjentatte selvmordstrusler er det manipulative elementet tydelig og mener videre at dersom andre tar ansvaret for personen som ytrer selvmordstrusler, øker risikoen for en selvmordshandling. Ansvar må legges på individet selv (Benjamin & Erichsen, 2002). Hammerlin (2009) på sin side advarer mot bagatellisering og ”tankeslapphet” i beredskapen overfor innsatte som har gjentatt selvskading og ofte truer med å ta sitt eget liv. ”I en slik situasjon fokuserer man ikke på mennesket som sliter men ser det som en brysom manipulator” (Hammerlin, 2009. s,111). Dette viser ulikheter i perspektiver på ”selvmordstrusler”.

Baumeister (1990) hevder at dersom kriser og tap håndteres ved eksternalisering, eller dersom personen ikke anerkjenner eller har innsikt, vil prosessen ikke føre til suicidforsøk. Dette er i tråd med det informantene nevner om voldsutøveres eksternaliserende forsvar. Jeg vil også nevne i denne sammenhengen at det i følge Joiner et al.(2005) ikke er påvist en sammenheng mellom følelseløs, overlatt aggressiv atferd og suicidalitet.

Intrapsykisk dynamikk

”Turn your eyes inward, look into your own depths, learn first to know yourself” (Freud, 1917, p.143)

Beskrivelser av suicidale pasienters intrapsykiske dynamikk er en overskrift som fanger opp et gjennomgående tema i oppgaven. Det intrapsykiske er, som beskrevet i teoridelen, det som skjer i menneskets sinn. En intrapsykisk konflikt er således en interaksjon mellom indre psykiske faktorer som antagelser, behov, drifter og som gir fastlåste negative fortolkninger. Freuds tenkning kan på et overordnet nivå sies å omhandle menneskers drifter som indre stimuli som søker spenningsreduksjon (motivasjonsteori) (Binder, Vøllestal, Holgersen & Schanche, 2006). Bell (2008) hevder det pasientene betegner som en utløsende faktor for suicidalitet, ofte er en rasjonalisering som kun gir en overfladisk forklaring. Mine funn viser

at aggresjon anses å være en del av noen suicidale pasienters intrapsykiske dynamikk eller konflikt. Aggresjon kan i noen tilfeller være ubevisst for pasienten men gi seg uttrykk i andre emosjoner. Også Menninger (1938) beskriver en intrapsykisk dynamikk med aggresjon som er skapt i samspill med andre, som hos noen mennesker rettes innover. Når det er slik at det i noen tilfeller ikke handler om umiddelbart tilgjengelige emosjoner, det ubevisste, som utgjør en risiko for suicid hos pasienter, blir den kliniske ekspertise essensiell. I sammenheng med funn som viser at klinikere er urolige ved tildekkende, bagatelliserende pasienter vil jeg også nevne Jørstad (2002) som i en artikkel om psykodynamiske perspektiver på selvmordsprosessen hevder at utviklingen fra tanke til handling kan være skjult for omgivelsene og ofte også ubevisst for personen selv.

Som det fremgår av temaet ”selvmordstankenes terapeutiske funksjon”, legges det vekt på å gi pasienten korrigerende erfaringer, nye fortolkninger som kan gi økt innsikt og bedre kontroll. Informantene anser det som viktig å finne meningen med selvmordstanker og handlinger, å få pasienten til å kjenne etter hva de føler og å finne kjernen.

Funn fra undersøkelsen viser entydig at klinikere har fokus på at samtalene med suicidale pasienter kan være nyttige terapeutisk og at det er viktig å finne mening, håp, gi innsikt og skape en god relasjon. Jørstad (2002) skriver om hva behandler kan bidra med for å bryte pasientens selvmordsprosess og flere av de viktige momentene i Jørstads artikkel er sammenfallende med mine funn fra intervjuundersøkelsen. Det er avgjørende å etablere en tillitsfull kontakt, snakke om tap og krenkelser, peke på de destruktive konsekvenser av suicid, både for vedkommende selv og andre. Forfatteren påpeker at terapeutisk erfaring viser at det er viktig å snakke direkte og åpent om suicidale fantasier og som terapeut å kunne ”bære” de projektive overføringene. Jørstad (2002) påpeker videre at behandling og håndtering av den suicidale pasienten forutsetter psykodynamisk forståelse og erfaring. Mangler dette så vil behandlingen ”i beste fall bli mangelfull, i verste fall risikabel”.

Validitet og reliabilitet

Jeg vil drøfte oppgavens validitet med hovedvekt på ekstern validitet og overførbarhet. Den interne validitet fremgår av analysen og drøfting ved at jeg trekker frem problemstillingen for å sikre at mitt valg av metode undersøker det jeg har til hensikt å finne ut. For å styrke oppgavens reliabilitet vil jeg gi en beskrivelse av egen rolle som forsker og av kontekst. En

beskrivelse av utvalg, metoder for innsamling og analyse, som bidrar til å styrke reliabilitet, fremgår av metodekapittelet.

I kvalitative studier ser man på utvalgets egenart og betydningen for overførbarhet (Malterud, 2011). Målet er altså ikke overføring til populasjonsnivå. Det øker studiens validitet/ troverdighet at leser kan etterspore og vurdere om resultatene kan overføres til egen kontekst. Min studie kan si noe om refleksjoner på et gitt tidspunkt, i en gitt kontekst, men tolkningene kan videreutvikles i nye undersøkelser. Det at samtlige informanter visste om temaet aggresjon og suicidalitet på forhånd kan føre til at den aggressive komponenten vektlegges i større grad enn den ellers kanskje ville ha gjort på generelle spørsmål om perspektiv på suicidalitet, noe som kan være en svakhet i arbeidet med analysen. Samtlige informanter jobber i klinikk for psykisk helse men noen av dem har også jobbet andre steder, for eksempel i kommunal og privat virksomhet. Undersøkelsen baserer seg på den enkelte klinikers refleksjoner over sine erfaringer med pasienter og funn vil derfor innebære refleksjoner over en bredere kontekst enn sykehus og psykiatriske avdelinger. Mine funn kan kun si noe om hvordan aggresjon og suicidalitet beskrives av et relativt lite utvalg. Oppgaven gir således et innblikk i klinikerens refleksjoner, men ikke noen dekkende beskrivelse av alle aspekter ved et tema som er svært omfattende.

Forskning i en fenomenologisk tradisjon baseres på at den som forsker forsøker å få innsikt i egen forforståelse (Thorvik, 2011) noe som innebærer at det er viktig å reflektere over egen subjektivitet. Subjektivitet betyr at vi forstår vår identitet og erfaring ut fra den kontekst vi eksisterer i (Braun & Clarke, 2013). En kollega og jeg utførte en kartlegging av voldsutøvelse blant pasienter for omtrent tre år siden. Det er derfor kjent blant kolleger at jeg som fagperson er opptatt av vold og aggresjonsproblematikk i klinisk praksis. Dette kan potensielt påvirke resultatet av intervjuundersøkelsen. I følge Thagaard (2009) er det en fordel at intervjuer kjenner miljøet som studeres og kan vekke tillitt. Videre påpeker Thagaard (2009) at det ikke bør være for stor sosial avstand mellom intervjuer og informant da det kan medføre skepsis hos informant, noe som får konsekvenser for intervjuets kvalitet. I lys av dette kan det sies at mine informanter er profesjonsutdannede og har høyere faglig status enn jeg som intervjuer, noe som ikke medfører sosial avstand i retning av at intervjuer har høyere status. Kvale & Brinkmann (2009) bruker betegnelsen ”elitepersoner” og påpeker at det som i utgangspunktet kan være et asymmetrisk maktforhold, oppveies av elitepersonenes maktstilling. Tilknytning til gruppen som studeres kan føre til at forsker vektlegger noen resultater på bekostning av en

nøytral undersøkelse (Kvale & Brinkmann, 2009) men i kvalitative studier er nærhet også en styrke. For å få innsidekunnskap forsøker forskere å minimere avstand til informantene og noen har en dobbeltrolle da de forsker i egen kontekst (Nilsen, 2012). Egen tilknytning til informantene baseres på at jeg jobber innen samme klinikk men flertallet av informanter jobber i andre avdelinger. Noen av informantene er nåværende eller tidligere kolleger men alle tilhører andre yrkesgrupper enn den jeg selv tilhører. Rik kontekstkunnskap kan være en hjelp i tolkningen men det kan også representere en risiko for å miste ”forskersynet”. Det er viktig for forskere å arbeide bevisst med egen subjektivitet ved kontinuerlig *refleksivitet* for ikke å miste forskerperspektivet (Braun & Clarke, 2013). De spørsmål man må stille seg om egen forforståelse, for å unngå ”skylapper” er ifølge Malterud (2011) om erfaringer, forventninger og forskningstradisjon. Gjennom refleksivitet synliggjøres subjektivitet og valg som danner grunnlag for analysen (Nilsen, 2012), på den måten kan leser bedre gjøre en vurdering av tolkningen (Thagaard, 2009). Det er en fordel at en annen forsker har gjennomgått data, noe som er en svakhet for reliabiliteten ved denne oppgaven. Arbeid i forskergrupper og det å få andres synspunkt på forskningsprosessen har ikke vært praktisk mulig å gjennomføre.

Refleksivitet innebærer også å innse at all kvalitativ forskning er verdiladet og påvirket av forskers individuelle teorier (Nilsen, 2012), altså en anerkjennelse av at ”et åpent sinn ikke er det samme som et tomt hode” (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s.28). Jeg har kontinuerlig stilt meg spørsmål hvordan prosessen påvirkes av eget ståsted til min problemstilling. Forforståelsen er basert på sosialfaglig og psykososial utdanning og på erfaring innen psykiatri som fagfelt. Jeg jobber som terapeut i poliklinikk innen fagfeltet rus og avhengighetsbehandling. Jeg er ikke profesjonsutdannet som psykolog eller psykiater og har dermed ikke ansvar for selvmordsrisikovurderinger, men jeg utfører kartlegging av suicidalitet ved innkomstsamtaler og behandler pasienter med suicidale tendenser. Jeg har liten erfaring med og hadde kun overfladisk kjennskap til psykoanalysen. Det har medført at jeg i anledning denne oppgaven har forsøkt å sette meg inn i hva dette perspektivet innebærer. Intern validitet kan i følge Malterud (2011) styrkes når forsker har utført et grundig teoretisk forarbeide. Ved et annet faggrunnlag, som for eksempel i psykologi, ville jeg kanskje ha større grunnlag til å stille spørsmål som ville ha utdypet problemstillingen ytterligere. Jeg har reflektert over egne forventninger og har kommet frem til at ved oppstart av intervjuene forsøkte jeg å ha en åpen holdning til hva jeg ville finne.

Oppsummering

I denne oppgaven har målsettingen vært å øke forståelsen for sammenhengen mellom fenomenene aggresjon og suicidalitet. Historisk har jeg fokusert på dreiningen innen psykologiske perspektiv på suicidalitet og med utgangspunkt i psykoanalysen forsøkt å vise endringer i hvordan aggresjon som fenomen vektlegges, fra tidlig på 1900 tallet frem til i dag. Som vist i teorikapittelet finnes det en mengde forskning som knytter aggressiv atferd til suicidalitet. Mitt fokus har vært aggresjon som intrapsykisk fenomen og hvorvidt suicidalitet kan anses å handle om menneskers aggressive motiver. Etersom jeg benyttet en ikke operasjonaliserbar beskrivelse av aggresjon vil dette vanskelig la seg forske på ved kvantitative metoder. Jeg intervjuet erfarne klinikere for å belyse hvorvidt de vektlegger det psykoanalytiske perspektivet på suicidalitet som aggresjon vendt innover. Ønsket mitt for denne oppgaven er at resultatene kan være et bidrag til klinikere i forståelsen av sammenhengen mellom aggresjon og suicidalitet.

Et sentralt funn fra analysen som jeg vil trekke frem er hvordan aggresjon som begrep blir definert når det omtales i sammenheng med suicidalitet. I lys av den teoretiske dreiningen innen suicidologien kan det synes overraskende at aggresjon omtales som ”drift”, ”energi” og ”kraft” i sammenheng med suicidalitet. Aggresjon knyttes i stor grad til handlekraft og energi som i tillegg til pasienters negative selvretnede emosjoner og/eller et hevnaspekt, gir en uro for økt selvmordsrisiko. Jeg vil gjengi et sitat som sammenfatter funn fra analysen: *”Det er en aggressiv komponent i det med forakt. I møte med pasienter, du merker det er en nerve, det er kraft i det, det er handlekraft. Det tenker jeg er noe av det skumleste for selvmordsrisiko”*.

Den kliniske ekspertise trekkes frem av informantene som essensiell under utførelsen av selvmordsrisikovurderinger, særlig siden pasienter kan fremstå som tildekkende og bagatelliserende. Kanskje kan man tenke at det å benekte suicidalitet bør kartlegges som en nøytral faktor som må sees i sammenheng med øvrig historie og klinisk status presens i en kartlegging av risiko for suicid?

Jeg vil også trekke frem funn som viser at selvmordstrusler i noen tilfeller omtales som vold ved at det oppfattes som at pasienten har et ønske om å endre eller kontrollere andre. Kanskje er dette et underkommunisert aspekt innen suicidologien som fagfelt? Faren ved dette er at

usynliggjøring av vold kan være en voldsoppretholdende faktor og på bakgrunn av informantenes utsagn kan man tenke at dette vil få negative konsekvenser for de pårørende. I behandlingsstiftelsen ATV legges det vekt på at det er viktig å kalle vold for vold, på den måten unngår man at volden blir reformulert og bagatellisert.

Min studie har flere begrensninger, som jeg har beskrevet i drøftingen av studiens validitet og reliabilitet. Temaet for oppgaven er komplekst og ved oppstart av skriveprosessen hadde jeg begrenset kunnskap om psykoanalysens perspektiver på suicidalitet. Når jeg nå har mer kunnskap om hvordan begrepet aggresjon blir brukt i praksis ville jeg ha nyansert spørsmålene ytterligere med utgangspunkt i mine nåværende funn. Utvalget er lite og resultatene fra analysen gir kun et innblikk i klinikers refleksjoner på aggresjon og suicidalitet men resultatene fra undersøkelsen kan videreutvikles i studier med et større utvalg. Det er fortsatt behov for en bredere tilnærming for å øke vår forståelse av suicidalitet som aggresjon vendt innover.

Jeg har forsøkt å gjøre noen sammenligninger med andre relevante psykologiske perspektiver for å belyse vektleggingen av, eller snarere den manglende vektleggingen av, aggresjonen som en av de grunnleggende emosjoner hos suicidale individer. Man kan kanskje konkludere med at selv om den suicidologiske litteraturen nå har et hovedfokus på kognitive perspektiver, fremtrer det psykodynamiske perspektiv som sentralt i klinisk praksis.

Litteraturliste

Anderson, C.A. & Bushman, B.J. (2002). Human aggression. *Annual review of psychology*, 53, 27-51.

Ahrens, B., Linden, M., Zäske, H. & Berzewski, H. (2000). Suicidal behavior - symptom or disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 116-121.

Baumeister, R.F. (1990). Suicide as Escape from self. *Psychological Review*, 97, 90-113.

Bech, P. & Mak, M. (1995). Measurements of impulsivity and aggression. I: E. Hollander & D. J. Stein. (Red.), *Impulsivity and aggression*. (s. 25–41). Chichester: Wiley.

Bell, D. (2008). Who is killing what or whom? I: S. Briggs, A. Lemma, W. & Crouch (Red.), *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*. (s.45-60). New York: Routledge.

Benjaminsen, S. & Erichsen, B. (2002). *Selvmondsatferd blant indsatte*. København: Kriminalforsorgens uddannelsescenter.

Bernstein, D. A., Stewart, A.C., Roy, E.J. & Wickens, C.D. (1997). *Psychology* (4.ed.), New York: Houghton Mifflin.

Binder, P.E., Nielsen, G.H., Vøllestal, J., Holgersen, H. & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiv på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 899-908.

Bjørkly, S. (2001). *Aggresjonens psykologi: Psykologiske perspektiver på aggresjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bjørkly, S. (1997). *Aggresjon og vold: teori analyse og terapi*. Oslo: Cappelen Akademiske.

Brady, J. (2006). The association between alcohol misuse and suicidal behavior. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 473-478.

Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research*. London: Sage.

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77-101.

Briggs, S., Lemma, A. & Crouch, W. (Red.), (2008). *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*. New York: Routledge.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder: empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Busch, F.N. (2009). Anger and depression. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 271-278.

Busch, K.A., Fawcett, J. & Jacobs, D.G. (2003). Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of clinical psychiatry*, 64, 14-19.

Carballo, J.J., Oquendo, M.A., Giner, L., Zalsman, G., Roche, A.M. & Sher, L. (2006). Impulsive aggressive traits and suicidal adolescents and young adults with alcoholism. *International journal of adolescent mental health*, 18(1), 15-9

Chachamovich, E., Ding, Y. & Turecki, G. (2012). Levels of aggressiveness are higher among alcohol-related suicides: Results from a psychological autopsy study. *Alcohol*, 46, 529-536.

Conner, K.R., Meldrum, S., Wiegzorek, W.F., Duberstein, P.R. & Welte, J.W. (2004). The association of irritability and impulsivity with suicidal ideation among 15- to 20 year old males. *Suicide and life threatening behavior*, 34(4).

Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode- en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Dieserud, G. (2006). Psykologisk perspektiv på selvmordsatferd. *Impuls*, 1, 23-31.
- Dieserud, G. (2001). Hva er virksomme psykoterapeutiske faktorer ved suicidalitet? *Suicidologi*, 6, 17-18.
- Ekman, P. & Rosenberg, E.L. (Red.). (1997). *What the face reveals: basic and applied studies* (2.ed.). New York: Oxford University Press.
- Evans, T.D. (2000). Om psykologi, myter og vitenskap. I: A. Holte, M.H. Rønnestad & G.H. Nielsen (Red.). *Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Evren, C., Cinar, O., Evren, B. & Celik, S. (2011). History of suicide attempt in male substance-dependent inpatients and relationship to borderline personality features, anger, hostility and aggression. *Psychiatry Research*, 190, 126-131.
- Freud, S. (1901). *The psychopathology of everyday life*. I: J. Strachey. The standard edition of the works of Sigmund Freud, VI. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*. I: J. Strachey. The standard edition of the works of Sigmund Freud, XIV (s.237-258). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1920). *The psychogenesis of a case of homosexuality in a woman*. I: J. Strachey. The standard edition of the works of Sigmund Freud, XVIII, (s.147-172). London: Hogarth Press
- Freud, S. (1923/1960) .*The Ego and the Id*. New York: W.W. Norton Company.
- Freud, S. (1932). *New introductory lectures on psychoanalysis* (1933). London: Hogarth.
- Friedman, P. (1967). *On Suicide. With particular reference to suicide among young students*. International University Press.

Ganz, D. & Sher, L. (2009). Suicidal behavior in adolescents with comorbid depression and alcohol abuse. *Minerva Pediatrics*, 61, 333-347.

Gifford, S. (1969). Some psychoanalytical theories about death: A selective historical review. *Annals of the New York academy of science*, 164, 638-668.

Giorgi, A.P. & Girogi, B.M. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. I: P.M. Camic, J.E. Rhodes & L. Yardley. (Red.). *Qualitative research in psychology*. (s.243-273). Washington: American psychological association.

Gliatto, M.F., Caroff, S.N. & Kaiser, R.M. (1999). *Concise guide to psychiatry for primary care practitioners*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Goldblatt, M.J. (2008). Hostility and suicide: The experience of aggression from within and without. I: Briggs, S., Lemma, A. & Crouch, W. (Red.), *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*. (s.95-107). New York: Routledge.

Grimen, H. & Terum, L.I. (Red.). (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Gvion, Y. & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity and suicidal behavior: A review of the literature. *Archives of suicide research*, 15:93-112.

Hale, R. (2008). Psychoanalysis and suicide: Process and typology. I: S. Briggs, A. Lemma & W. Crouch (Red.), *Relating to self-harm and suicide. Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*. (s. 13-24). East Sussex: Routledge

Hammerlin, Y. (2009). *Selvord og selvmordsnærhet i norske fengsler*. Oslo: Kriminalomsorgens utdanningscenter.

Harding, C. (2006). *Aggression and destructiveness: Psychoanalytic perspectives*. East Sussex: Routledge.

- Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hartmann, E. (2000). Fra drift til selv: Konsekvenser for dynamisk psykoterapi. I: A. Holte, M.H. Rønnestad & G.H. Nielsen. (Red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Hawkins, K.A. & Cogle, J.R. (2013). A Test of the unique and interactive roles of anger experience and expression in suicidality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(11), 959-963.
- Hergenhahn, B.R. (1997). *An introduction to the history of psychology* (3.ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Hendin, H. (1986). Suicide: A review of new directions in research. *Hospital and community psychiatry*, 37(2), 148-154.
- Hendin, H. (1992). The Psychodynamics of suicide. *International review of Psychiatry*. 4, 157-167.
- Henry, A.F. & Short, J.F. (1954). *Suicide and homicide: Some economic, sociological and psychological aspects of aggression*. Glencoe Illinois: The free press.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. & Leenaars, A.A. (2012). Psychological autopsies as diagnostic tools: Are they methodologically flawed? *Death studies*, 36(7), 605-626.
- Hollander, E. & Stein, D. (1995). *Impulsivity and aggression*. England: John Wiley
- Huprich, S.K. (2004). Psychodynamic conceptualisation and treatment of suicidal patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31(1):23-39.
- Isdal, P. (2002). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

- Isometsa, E.T., Heikkinen, M.E., Marttunen, M.J., Henriksson, M.M., Aro, H.M. & Lønnquist, J.K. (1995). The last appointment before suicide: Is suicidal intent communicated? *American Journal of Psychiatry*, 152, 919-922
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Joiner, T.E., Brown, J.S. & Wingate, L.R. (2005). The Psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual Review of Psychology*, 56, 287-314.
- Jørstad, J. (2002). Noen psykodynamiske perspektiver på selvmordsprosessen. *Suicidologi*. 7, 6-9.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal.
- Kernberg, O. (2009). The concept of the death-drive. *International Journal of Psychoanalysis*, 90,1009-1023.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvale, S. (2003). The Psychoanalytical interview as inspiration for qualitative research. I: P.M. Camic, J.E. Rhodes & L. Yardley (Red.). *Qualitative research in psychology*. (s.275-279). Washington: American Psychological association.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1973). *The language of psychoanalysis*. London: Hogarth press
- Larsen, K. (1997). Freuds litterære verdi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 34(12), 1101-1104.
- Larsen, K. (2011). "Bare gå og heng deg, din jævla dritt!" Motoverføring og suicidalitet. *Suicidologi*, 16, 18-24.
- Leenaars, A.A. & Lester, D. (1996). *Suicide and the unconscious*. New York: Jason Aronson.

Leenaars, A.A. (2002). In defence of the idiographic approach: Studies of suicide notes and personal documents. *Archives of suicide research*, 6,19-30.

Leenaars, A.A. (2004). *Psychotherapy with suicidal people: a person centered approach*. New York: John Wiley

Leenaars, A.A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide: A review. *Suicidology Online*, 1,5-18.

Leenaars, A.A., Maltzberger, J.T. & Neimeyer, R.A. (Red.). (1994). *Treatment of suicidal people*. USA: Taylor & Francis.

Levkowitz, S.B. & Apter, A. (2014). Psychological models of suicide. *Archives of suicide research*. DOI:10.1080/13811111.2013.824825.

Liem, M. (2010). Homicide followed by suicide: A review. *Aggression and violent behavior*, 15(3),153-161.

Maltzberger, J.T. (2008). Self break-up and the descent into suicide. I: S. Briggs, A. Lemma & W. Crouch (Red.), *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*. (s.38-44). New York: Routledge.

Maltzberger, J.T. (1986). *Suicide risk*. New York: University Press.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning; en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Matakas, F. & Rohrbach, E. (2008). On suicide prevention in hospitals: Empirical observations and psychodynamic thinking. I: S. Briggs, A. Lemma & W. Crouch. (Red.), *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*. (s. 163-174). New York: Routledge.

McKeon, R.T. (2009). *Suicidal behavior*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber Publishers

- Mehlum, L. (Red.), (2005). *Tilbake til livet; Selvmordsforebygging i teori og praksis*. Kristiansand: Høyskoleforlaget .
- Meloy, J. R. (1997). *Violent attachments* (2.ed.). Oxford: Jason Aronson.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt Brace.
- Millner, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford.
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (2008). Sosial-og helsedirektoratet.
- Nunberg, H. & Federn, E. (Red.). (1974). *Minutes of the Vienna psychoanalytic society. Vol.3: 1910-1911*. New York: International Universities Press.
- Nilsen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier: Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ogden, T.H. (1979). On projective identification. *International journal of psychoanalysis*, 60, 357-373.
- Olsson, H. & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Plutchik, R. (2000). *Emotions in the practice of psychotherapy: Clinical applications of affect theories*. Washington: American Psychiatric Association Press.
- Pompili, M. & Tatarelli, R. (2011). *Evidence-based practice in suicidology: A source book*. Hogrefe Publishing, USA.
- Retterstøl, N. (1993). *Suicide: a european perspective*. Cambridge: Cambridge university press.

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2002). *Selv mord: Et personlig og samfunnsmessig problem*, Oslo: Gyldendal akademiske.

Roazen, P. (1992). *Freud and his followers*. New York: Da Capo Press.

Rønnestad, M.H. (2008) Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444-454.

Seager, M. (2008). Psychological safety: A missing concept in suicide risk prevention. I: S. Briggs, A. Lemma, W. Crouch. (Red.), *Relating to self-harm and suicide: Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention*. (s. 210-223). New York: Routledge.

Sher, L. (2006). Alcohol and suicide: Neurobiological and clinical aspects. *The scientific world journal*, 6, 700-706.

Shneidman, E.S. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley.

Shneidman, E.S. (1998). *The suicidal mind*. OUP USA; New Ed edition.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thorvik, A. (2005). Å drepe, bli drept eller dø. Om psykodynamisk forståelse av suicid. I: H. Herrestad & L. Mehlum (Red.). *Uutholdelige liv*. (s.60-75). Oslo: Gyldendal akademisk

Thorvik, A. (2008). Å stå på Freuds skuldre: Hovedlinjer i psykodynamisk forståelse av suicid. *Suicidologi*, 13,5-9.

Thorvik, A. (2011). *Suicid som etisk fenomen. Teoretiske og empiriske perspektiver*. Universitetet i Oslo, det medisinske fakultet. Doktoravhandling.

Wand, T. (2012). Investigating the evidence for the effectiveness of risk assessment in mental health care. *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 2-7.

Wik, G., Galta, K. & Olsen, S.L. (2005). *Mord-selvord i nære relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.

Williams, M. (1997). *Suicide and attempted suicide*. London: Penguin Group.

Vedlegg / Appendiks

1.Intervjuguide

2.Informasjonsbrev og samtykke

INTERVJUGUIDE

1. *Det finnes ulike psykologiske perspektiver på forståelsen av selvmordsatferd. Basert på din kliniske erfaring, hva mener du er et relevant perspektiv?*

Hvorfor tenker du at dette perspektivet i størst grad gir mening i klinisk praksis?

2. *Noen psykoanalytikere ser selvmord som et 180 graders mord hvor aggresjonen er vendt innover mot personen selv.*

Støtter du dette perspektivet? Kan du forklare nærmere?

3. *Møter du pasienter med selvmordsproblematikk i klinisk praksis? Anser du da den psykoanalytiske forståelsen av selvmord som nyttig?*

a) Ja, -På hvilken måte?

b) Av og til, -I hvilke tilfeller?

c) Nei, -Hvorfor mener du at tilnærmingen ikke er aktuell?

Forespørsel om å delta i forskningsintervju i forbindelse med en masteroppgave.

Masterstudie ved Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin.

Veileder: Kim Larsen, Psykologspesialist.

Tema for oppgaven er *agresjon og suicidalitet*. Utvalget består av 6 erfarne klinikere. Ved å benytte et kvalitativt intervju med tre spørsmål, ønsker jeg å finne ut hvordan den psykoanalytiske forståelse innen suicidologi reflekteres i dagens kliniske praksis. Spørsmålene vil dreie seg om beskrivelser og refleksjoner basert på erfaring og teoretisk bakgrunn. Varighet på intervjuet er beregnet til ca. en time. Jeg benytter taleopptak under hele intervjuet.

Det er frivillig å delta. Man kan trekke seg så lenge studien pågår uten å oppgi grunn. Dersom du trekker deg vil alle data bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Det vil ikke bli innhentet personsensitive opplysninger. Transkribering vil være enkel, på bokmål. Alle data slettes etter at masteroppgaven er godkjent.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet er det fint om du signerer vedlagt samtykkeerklæring og sender/leverer den til meg.

Hvis du har spørsmål kan du kontakte meg på e-mail: ainalohne@me.com eller på telefon: 90063441. Du kan også kontakte min veileder Kim Larsen ved Nasjonalt Senter for Selvmordsforskning og -forebygging: kim.larsen@so-hf.no

Studien er meldt inn til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD).

Med vennlig hilsen
Aina Terese Lohne

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Dato og Signatur:
