

# Bedömning av suicidrisk med Rorschachtestet

## Inledning

Rorschachtestet, ibland även kallat bläckplumptestet, är ett psykologiskt test som utvecklades av Herman Rorschach i slutet av 1910-talet och början av 1920-talet. Testet består av tio tavlor med bläckplumpar. Testpersonen ska titta på dem och säga vad han eller hon tycker att det ser ut som. I de percept som testpersonen då skapar kommer vanemässiga sätt att tänka och vara på ta form. På så sätt fångar testet in tankeprocesser och personlighetsegenskaper som testpersonen många gånger kan ha svårt att beskriva själv - eller ens vara medveten om - och som därför inte kommer fram i självskattningsformulär eller intervjuer.

Herman Rorschach utvecklade ett första system för kodning och tolkning av testsvaren och efter honom har forskare kontinuerligt utvecklat testet. På 1960-talet försökte John Exner att sammanföra de olika parallella system som växt fram i ett enda stort system för kodning och tolkning, det så kallade Comprehensive System (CS). När John Exner dog upphörde utvecklingen av CS-systemet och i stället utvecklades Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) som dess arvtagare.

När R-PAS utvecklades ville man att systemet skulle vara lätt att använda och välgrundat i forskningsstudier. Därför tog man bort ett stort antal skalor som man ansåg hade bristande vetenskapligt stöd eller var alldeles för komplicerade att koda. De olika skalorna i R-PAS delas in i fem grupper: beteende i testsituationen, engagemang och kognitiva processer, perception och tankestörningar, stress och lidande samt representationer av själv och andra. En skala som ingår i gruppen ”Stress och lidande” fångar in risken att testpersonen inom en snar framtid ska göra en allvarlig suicidhandling eller suicidera.

## En forskningshistorik: kan Rorschachtestet förutsäga suicid?

Bishop et al. (2000) gör en omfattande litteraturoversikt för det tecken och skalor som har bäst vetenskapligt stöd för att identifiera suicidavsikt i Rorschachprotokoll. Ett urval presenteras här.

De mest omfattande och teoretiskt mest grundade studierna, enligt Bishop et al. (2000), har utförts av Hertz 1948, 1949 och 1965. Underlaget utgjordes av 229 protokoll fördelade i tre grupper: 50 suicidala neurotiker och 63 suicidala psykotiker, 63 icke-suicidala neurotiker och 53 icke-suicidala psykotiker samt 96 icke-patienter. Hertz blandar både tecken och innehållsanalys och fann 10 olika konfigurationer som kunde skilja suicidal och icke-suicidala grupper åt. Hon betraktade suicid som en våldsam form av utagerande som slutar i självdestruktion. Hertz menar att Rorschachtestet i sig inte kan förutsäga suicidalt beteende men att det fångar in sådana underliggande personlighetsdrag som kan ge upphov till suicid. Patienter vars protokoll visar tecken på svår ångestfylld depression, en intensiv inre kamp samt spänning, agitation och rastlöshet verkade ha den största risken för suicid.

Bishop et al. (2000) går även igenom stödet för Exner's Suicide Constellation (*S-CON*) som blev populär på 80- och 90-talet och är en av de mer använda metoderna för att bedöma suicidrisk. Skalan utvecklades genom att man lät en dator söka igenom protokoll från 59 personer som suiciderade kort efter att de gjort Rorschachtestet. Den ursprungliga skalan innehöll 11 variabler som hade förmåga att skilja ut patienter som suiciderat från tre olika kontrollgrupper. Genom att använda en cut off på 8 variabler kunde *S-CON* korrekt klassificera 44 av 59 patienter som suiciderat (75%). Genom att lägga till en variabel kunde *S-CON* senare korrekt klassificera 83 % av de som suiciderat kort efter testet (detta innebar också att man hade 15 % falska negativa fall inom suicidgruppen och drygt 10 % falska positiva fall i en kontrollgrupp av deprimerade patienter). Bishop et al. (2000) bedömer att både Hertz och Exners modeller har gott forskningsstöd.

Utöver sammansatta skalor går Bishop et al. (2000) även igenom stödet för enskilda tecken på suicidrisk. I en studie från 1962 fann Appelbaum och Holzman att *färgsvar med skuggning* förekom oftare hos suicidnära patienter och ännu oftare hos patienter som fullbordat sitt suicid. I nämnda studie kunde man korrekt klassificera 86 % av suicidpatienterna. *Färgsvar med skuggning* är det enskilda tecken på suicidrisk som har bäst stöd i forskningen (Bishop et al., 2000).

Ett annat enskilt tecken som har stöd i forskningen är *transparens/genomskinlighets- och genomskärningssvar* (Bishop et al., 2000). I två oberoende studier har man funnit att dessa svar förekommer oftare hos suicidala patienter än hos icke-suicidala patienter. I en tredje studie kunde man inte finna något samband mellan *transparens/genomskinlighets- och genomskärningssvar* och suicidrisk men däremot mellan dessa svar och en historia av suicidförsök. Man har därför spekulerat i om dessa svar, och kanske även *färgsvar med skuggning*, inte tyder på ett nära förestående suicid utan i stället är uttryck för en mer permanent kognitiv stil, som ett tecken på ”suicidpersonlighet” snarare än suicidrisk (Bishop et al., 2000).

Den första studien av *transparens/genomskinlighets- och genomskärningssvar* gjordes av Blatt och Ritzler (1974). De undersökte Rorschachprotokoll (N=12) hos patienter som suiciderat under eller efter inläggning i psykiatrisk heldygnsvård. Protokollen jämfördes med protokoll från en noga matchad kontrollgrupp hos patienter som inte suiciderat. Studien var ett försök att testa hypotesen att representationer av transparens/genomskinlighet och genomskärning framför allt framträder hos patienter med suicidavsikt. Blatt och Ritzler (1974) refererar till tidigare studier av Roth och Blatt (1972, 1973) som funnit att patienter med suicidtankar eller suicidavsikter både i drömmar och i Roschachprotokoll presenterat olika former av transparens och genomskinlighet. Vilket man tolkat som ett försök att skapa en tredimensionell representation utan förmåga att representera volym. Två exempel som anges är "Ett rum delat i två av en skiljevägg av glas" och "Flera lager av kläder skönjbara genom det tunna tyget." I studien (Blatt och Ritzler, 1974) fann man att gruppen som suiciderat hade signifikant fler svar som innehöll transparens och genomskärningar. Med hjälp av dessa svar var det möjligt att korrekt klassificera 10 av de 12 matchade paren, i de två kvarvarande paren fanns ingen skillnad mellan patienten som suiciderat och den matchade kontrollpatienten. Elva av de 12 patienter som suiciderat hade minst ett svar som innehöll transparens/genomskinlighet eller genomskärning och 8 av 12 hade fler än ett sådant svar. I kontrollgruppen förekom transparens/genomskinlighet eller genomskärning i fyra protokoll. Man konkluderar att *transparens/genomskinlighets- och genomskärningssvar* är en reliabel indikator på suicidavsikt. När studien gjordes saknades information om hur vanliga dessa svar är hos icke-suicidala patienter och icke-kliniska grupper. Övriga variabler skilde sig inte mellan grupperna i denna studie (Blatt och Ritzler, 1974).

Den första versionen av Exner's Suicide Constellation (*S-CON*) skapades genom att Exner och Wylie (1977) lät en dator söka igenom portokollen från 59 patienter som fullbordat suicid och 31 patienter som gjort ett suicidförsök senast 60 dagar efter att de gjort Rorschachtestet. Patienterna kategoriserades också utifrån hur dödliga och våldsamma metoder de använt. Patienterna jämfördes med tre kontrollgrupper, ineliggande deprimerade patienter, ineliggande schizofrena patienter och icke-patienter. Datorn sökte efter alla tecken och variabler som förekom oftare i undersökningsgruppen än i kontrollgrupperna. Undersökningen började med enkla tecken. Man fann då att *färgsvar med skuggning* korrelerade .33 ( $p < .01$ ) med den grupp som genomfört suicid, dock förekom dessa svar även i de andra psykiatriska kontrollgrupperna. Man gick sedan vidare och undersökte dyader och triader av tecken men konstaterade att denna ansats var fruktlös. Man ändrade sin undersökningsstrategi och undersökte i stället konstellationer bestående av mellan 10 och 15 variabler. Man hittade då 11 specifika variabler och om man satte ett tröskelvärde till 8 kunde man korrekt klassificera 75 % av de som fullbordade sitt suicid men bara 45 % av de som gjorde ett suicidförsök. Då 25 % av de som fullbordade sitt suicid ligger under tröskelvärdet på 8 variabler är även Exner och Wylie (1977) inne på att det stora värdet med en sådan skala är att man får en bild av den psykologi som dessa 11 variabler är uttryck för. Sätter man samman de 11 variablerna får man en bild av en person som sannolikt ägnar sig åt negativt värderad introspektion; en person som har svårt att uttrycka känslor eller ofta avvisar sina känslor p.g.a. av den oro och osäkerhet de väcker upp; en person vars känslor ofta blir okontrollerbara när de väl kommer fram; en person som värderar sig själv lågt i jämförelse med andra; en person vars resurser inte är tillgängliga för problemlösning och som kan väcka upp irritation med sin oorganiserade sätt; en person som är överdrivet upptagen av konventioner eller som kommit dit att konventioner helt avvisas; en person som inte organiserar sina percept på ett effektivt sätt och tenderar att misstolka stimuli och därför har en mer begränsad relation till sin omvärld; en person som är arg och/eller negativ; en person som har svårt att skapa och upprätthålla tillfredställande relationer med andra; och som tenderar att vara psykologiskt och/eller motoriskt begränsad. Således en psykologiskt oorganiserad person som upplever betydande mått av psykiskt smärta och frustration. I samma studie undersökte också Exner och Wylie (1977) Rorschachprotokollen från patienter som testats senast fem dagar efter ett suicidförsök och fann att deras protokoll inte skilde sig nämnvärt från de båda psykiatriska kontrollgrupperna. Man sluter sig till hypotesen att suicidförsöket i sig kan ha en katharsiseffekt och att andra studier tyder på att personer som är akut suicidala oftast är det i en begränsad period.

Fowler et al. (2001) undersökte *S-CON*'s förmåga att predicera olika grad av dödlighet i suicidförsök. Ineliggande patienter som tidigare gjort Rorschachtestet delades in i tre grupper. Patienter som senare gjorde suicidförsök där de varit nära att dö (N=30), patienter som senare gjorde parasuicidala handlingar (N=37) och patienter som inte gjorde några suicidala handlingar (N=37). För att inkluderas i studien måste suicidhandlingen utförts senast 60 dagar efter testning. Vid jämförelse mellan gruppen som gjort suicidförsök där de varit nära att dö med gruppen som gjort parasuicidala handlingar har ett *S-CON* värde på 7 eller högre en sensitivitet på 70 %, specificitet på 87 %, positive predictive power på 81 %, negative predictive power på 78 % samt en "overall correct classification" på 79 %. Fowler et al. (2001) drar slutsatsen att *S-CON*, bland ineliggande högriskpatienter, har en stark förmåga att förutsäga framtida suicidförsök där patienten är nära att dö. *S-CON* kunde inte förutsäga parasuicidala handlingar. En logistisk regressionsanalys visade att en *S-CON* poäng på 7 eller mer vad den enda variabeln bland 9 psykiatriska och demografiska variabler (ålder, utbildning, Helskale-IK, antal svar på Rorschachtestet, antal axel 1- och axel

2-diagnoser, GAF samt Rorschachskalor för depression, nedsatt copingförmåga och schizofreni) som kunde förutsäga ett suicidförsök där patienten var nära att dö. Ett intressant sidofynd i denna studie var att risken att en patient intoxikerar sig ökar som en funktion av hög intelligens och höga poäng på *S-CON*. En patient med ett *S-CON* på 3 och en helskale-*IK* på 80 löper bara 3 % risk att intoxikera sig medan en patient med *S-CON* på 9 och helskale-*IK* på 120 löper 58 % risk att intoxikera sig (Fowler et al., 2001).

I en valideringsstudie av flera diagnostiska skalor i Exner's Comprehensive System, däribland *S-CON*, jämförs Rorschachskalor med motsvarande skalor inom MMPI-2 (Meyer, 1993). Då ett återkommande fynd i tidigare forskning är att många Rorschachkoder har en stark korrelation till antal svar som ges på testet i sin helhet undersöks också hur antal svar i ett Rorschachprotokoll påverkar validiteten i de olika sammansatta skalorna. Meyer (1993) ställde i denna studie upp hypotesen att protokoll med genomsnittligt antal svar har den högsta validiteten. Då MMPI-2 saknar skala för suicidrisk, jämförs *S-CON* med flera skalor som man tänker fånga in upplevelser av inre kaos (Skala 2, Skala 7, ANX, OBS, DEP, LSE och WRK). För att undersöka hur antal svar påverkar validiteten jämfördes korta, medellånga och långa protokoll. Ett förväntat fynd i denna studie (Meyer, 1993) var att *S-CON* saknar korrelation med antal svar även om flera av de ingående koderna korrelerar med antal svar. Det visade sig också att korrelationen mellan *S-CON* och suicidförsök skiljer sig åt mellan korta, medellånga och långa protokoll. Protokoll av genomsnittslängd har det starkaste sambandet och slutsatsen är att *S-CON* har bäst förmåga att förutsäga suicidförsök i genomsnittligt långa protokoll. Som en konsekvens av detta drar Meyer (1993) slutsatsen är att förmågan att klassificera diagnostiska grupper sänks om antalet svar på Rorschachtestet avviker mycket från det genomsnittliga antalet svar och föreslår att man kontrollerar antalet svar som ges i ett Rorschachtest då denna variabel inte varierar på ett sätt som ökar de diagnostiska skalornas validitet. I studien (Meyer, 1993) fann man att de patienter som var positiva på *S-CON* skilde sig märkbart åt i sina MMPI-2-svar som en funktion av hur många svar de gett på Rorschachtestet. De som var positiva på *S-CON* men hade gett få svar på Rorschachtestet rapporterade att de hade väldigt få symptom i MMPI-2:s självskattning (motsvarande ungefär 40 T-poäng). De som var positiva på *S-CON* och gett många svar på Rorschachtestet svarade i stället att de hade många och svåra symptom i MMPI-2:s självskattning (generellt 65 T-poäng eller mer). Meyer (1993) menar att antal svar kan fungera som en funktion av en dimension av öppenhet, villighet eller förmåga att tillkännage problem och avslöja symptom p.g.a. att de som ger många svar på Rorschach också skattar sina symptom högre i självskattning med MMPI-2, som bygger på att man delar med sig av medvetna självrepresentationer. I protokoll med väldigt få svar har Rorschachs och MMPI-2:s skalor i stället en negativ korrelation.

I ett försök att komma till rätta med tidigare identifierade problem hos *S-CON* samt öka skalans reliabilitet och precision ersätter Viglione et al., (2014) de dikotoma tröskelvärdena och heltalsvärden som ligger till grund för *S-CON* med en modell grundad i regressionsanalys som skapar kontinuerliga värden. Man menar att suicidrisk är en kontinuerlig variabel snarare än kategorisk och att risken därför bör mätas på ett kontinuum. Samtidigt transformerades även vissa koder så att extrema värden och icke-normalfördelad data inte skulle få allt för stort genomslag i den nya skalan. Forskarna (Viglione et al., 2014) vill också att den nya skalan ska kontrollera för antal svar på Rorschachtestet så som Meyer (1993) föreslagit i syfte att öka skalans validitet. Resultatet av detta arbete blev skalan Suicide Concern Composit (*SC-Comp*) som nu är en del av R-PAS. När Viglione et al., (2014) testar den nya skalans psykometriska egenskaper finner man att skalan har en hög korrelation (.79) med den gamla skalan men att standardavvikelsen i *SC-Comp* är något lägre än i *S-CON*. Detta påverkar bedömningen av testresultatet. Ett *S-CON* resultat på 6, 7, 8 och 9 motsvarar ungefär 5,7, 6,5, 7 och 8 på *SC-Comp*. Man drar också slutsatsen att den nya skalan är lika valid som den gamla skalan samtidigt som den har bättre interbedömarreliabilitet.

I tre studier har man undersökt sambandet mellan Rorschachsvar och metabolit av serotonin (5-HIAA) i cerebrospinalvätska. Låga halter av 5-HIAA förknippas med sämre förmåga att hantera aggressiva impulser och ökad aggressivitet (Rydin, et al., 1982). I tidigare studier har man funnit att låga halter av 5-HIAA är förknippade med mer våldsamma suicidhandlingar. Rydin et al., (1982) undersökte skillnader i Rorschachsvar hos matchade ineliggande patienter med låga respektive normala halter av 5-HIAA. I denna studie administrerades Rorschachtestet enligt Klopfers system, koderna fördes sedan över till ett skattningsschema utvecklat av Humble och Settergren-Carlsson. Man konstruerade också fyra egna skattningsskalor. Detta gör att det är svårt att värdera resultatet av denna studie. Man fann dock att grupperna skilde sig åt på flera av Rorschachskalorna samtidigt som dessa skillnader inte kom fram i självskattningsformulär och intervjuer. Rydin et al. (1990) jämförde Rorschachprotokoll hos 20 patienter som hade gjort ett aktivt och våldsamt suicidförsök, 20 patienter som hade gjort läkemedelsintox och en kontrollgrupp om 20 psykiatriska patienter som inte gjort någon suicidhandling. Även i denna studie administrerades Rorschach enligt Klopfers system och tidigare nämnda skattningsschema. Gruppen som gjort våldsamma suicidförsök skilde sig i ett flertal skalor från gruppen som gjort en intox samt kontrollgruppen. Gruppen som gjort en intox och kontrollgruppen skilde sig inte åt. Ett år senare hade 6 patienter fullbordat sitt suicid, alla tillhörde gruppen som tidigare gjort våldsamma suicidförsök, denna grupp

kunde identifieras utifrån Rorschachprotokollen med en sensitivitet på 55 % och en specificitet på 93 %. I denna studie tycks man inte finna något stöd för idén att val av en mer våldsamt suicidmetod skulle spegla en starkare suicidintention. Det finns inget som tyder på att de som väljer en mer våldsamt metod skulle vara mer målmedvetna, övertygade eller att de mer noggrant skulle överväga olika alternativ. Tvärtom framstår de som mindre väl rustade för övervägd och realistisk planering. De verkar ha sämre förmåga att stå ut med dysfoni och oftare uppleva att primitiva och fientliga impulser tränger in i medvetandet. Man hänvisar till tidigare studier visar att personer som försökt skjuta sig själva inte planerat detta särskilt mycket i förväg och att personer som använt våldsamma metoder själva uppfattar att de är mer impulsiva än andra. Våldsamma suicidförsök har beskrivits som en plötslig kontrollförlust och har mer gemensamt med ett utbrott av ilska än ett rop på hjälp (Rydin et al., 1990). Lundbäck et al. (2006) undersökte relationen mellan 5-HIAA och *S-CON* hos 38 inläggande psykiatripatienter som nyligen gjort ett suicidförsök. Patienterna testades 2-41 dagar efter suicidförsöket. Korrelationen mellan *S-CON* och 5-HIAA var måttlig ( $r_s = -.393$ ), i den övre halvan av *S-CON* var den däremot stark ( $r_s = -.517$ ). Två koder som särskilt bidrog till denna korrelation var *Vista* och  $CF + C > FC$ . Man antar därför att dessa patienter känner en stark smärta vid introspektion samtidigt som de har svårt att modulera affekter (Lundbäck et al., 2006).

## I dag: SC-Comp som mått på suicidrisk

Suicide Concern Composite (*SC-Comp*) är en skala inom R-PAS som ger ett generellt mått på framtida suicidrisk och risk att allvarligt skada sig själv i ett suicidförsök. På ett psykologiskt plan är skalan relaterad till desperation, men saknar koppling till självskadebeteende och suicidgester som inte har suicidavsikt (Meyer et al., 2011). Skalan är en sammansättning av flera olika koder och skalor som var för sig bidrar till en ökad risk för suicidhandlingar.

De koder och skalor som ingår i *SC-Comp* beskrivs var för sig här nedan. De flesta koder och skalor ökar värdet på *SC-Comp*, vilket i sin tur indikerar en större risk för suicid. Några av koderna minskar dock värdet på *SC-Comp* och kan betraktas som psykologiska skyddsfaktorer mot suicid.

*Vista* är en kod som ökar värdet på *SC-Comp*. Ett Rorschachsvar kodas med *Vista* om testpersonen lägger märke till, beaktar och artikulerar de subtila skiftningar i nyanser som finns i bläckplumpen på så sätt att ett djup eller perspektiv skapas i perceptet. Det kan vara ett sätt att distansera sig själv och ta perspektiv. Att producera ett *Vistasvar* förutsätter en viss kognitiv sofistikerad. Hos personer med psykopatologi kan *Vistasvar* vara förknippade med smärtsam introspektion och negativ självkritisk attityd.

*Form Dimension* är en kod som ökar värdet på *SC-Comp*. Ett Rorschachsvar kodas med *Form Dimension* om testpersonen upplever ett djup eller perspektiv i bläckplumpen p.g.a. dess form. *Form Dimension* är ett uttryck för en kapacitet att ta perspektiv och utvärdera en situation. Man kan se det som en kognitiv prestation även om den inte är lika sofistikerad som processen bakom ett *Vistasvar*.

*Color Blend* är en blandning av koder som ökar värdet på *SC-Comp*. Ett Rorschachsvar kodas med *Color Blend* när det skapats av ett *färgsvar med samtidig skuggning*. Dessa svar tyder på en emotionell eller miljömässig sensitivitet och tyder på att testpersonen har en benägenhet att uppleva blandade affektiva tillstånd, särskilt upplevelser av att negativa känslor väcks upp av, och förstör, positiva och lustfyllda känslor.

*Symmetri* är en sammansättning av två olika koder, *reflektionssvar* och *parsvar*. Skalan är viktad så att antalet *reflektionssvar* multipliceras med 3 innan summan adderas med antal *parsvar*. Ett Rorschachsvar kodas som *reflektionssvar* om det involverar uppmärksamhet på symmetri, likhet och spegling, t.ex. om perceptet innefattar en person som ser sig själv i en spegel. Detta kan tyda på att testpersonen är självfokuserad eller självabsorberad och kanske uppfattar att andra också är det. Ett svar kodas med *par* om testpersonen i sitt percept inkluderat symmetri genom att se samma form på båda sidor av bläckplumpen. Detta är en enkel kognitiv process och ett ganska uppenbart sätt att organisera ett percept. Detta kan tolkas som ett konkret och deskriptivt sätt att närma sig en bläckplump, men forskning på extern validitet saknas.

*Morbid Content* är en kod som ökar värdet på *SC-Comp*. Ett Rorschachsvar kodas med *Morbid content* när det innehåller bilder av något skadat, defekt eller trasigt. I de flesta fall är dessa bilder relaterade till testpersonens självbild.

*Complexity* är en sammansatt skala som ökar värdet på *SC-Comp*. Skalan består av tre delar som i grova drag fångar in hur mycket sofistikerat kognitivt arbete som ligger bakom testsvaret. Skalan fångar in förmågan att differentiera och integrera olika aspekter av bläckplumpen i sitt perceptet. Vanligtvis är en hög komplexitet ett uttryck för kognitiv ansträngning och förknippat med framgång och flexibla copingstrategier, men hos personer med psykopatologi kan komplexitet i stället vara ett uttryck för att testpersonen förlorat kontroll över sina tankar p.g.a. ångest, mani, trauma, psykosgenombrott eller p.g.a. inåtvända grubblerier.

Alla svar som innefattar den vita bakgrunden ökar värdet av *SC-Comp*. Det finns två olika koder för dessa svar, *Space Reversal* och *Space Integration*. Ett Rorschachsvar kodas med *Space Reversal* om testpersonen i stället för att svara vad bläckplumpen ser ut som svarar vad den vita bakgrunden ser ut som. Det kan finnas flera olika processer bakom ett sådant svar, det kan t.ex. vara uttryck för en oppositionell,

egensinnig eller kreativ och uppfinningsrik hållning. *Space Integration* kodas om testpersonen integrerar den vita bakgrunden med bläckplumpen i samma percept. Dessa svar uttrycker ansträngning, motivation, komplext tänkande och möjligen kreativitet.

En skala (*MC-PPD*) som mäter effektivitet i problemlösning ökar värdet på *SC-Comp* om förmågan att hantera aktuella påfrestningar är låg. Skalan är sammansatt av två koder för psykologiska resurser som är förknippade med förmågan att mentalisera och tillgång till det egna känslolivet. Värdet som dessa resurser får subtraheras med värdet på de koder som är förknippade med implicit stress så som belastande ångest, obehaglig vigilans, störande tankar och dysfori. Låga värden på *MC-PPD* kan vara ett uttryck för att situationsbundna stressorer påverkar testpersonen mer än andra och att han eller hon därför är mer benägen att uppleva störningar i koncentrationsförmågan eller tankeförmågan; agerar impulsivt eller bli emotionellt upprörd; vilket gör dem instabila och oförutsägbara.

Färgsvar utan form (*C*), eller med låg grad av form (*CF*), ökar värdet på *SC-Comp*. Färgsvar fångar in en benägenhet till spontan (emotionell) reaktivitet med relativt låg grad av tankeverksamhet. Om färgsvaret i stället skulle ha en tydlig form (*FC*) har testpersonen utövat en viss kognitiv kontroll över sin reaktivitet och blir då inte lika spontan. Färgsvar som helt saknar form (*C*) är förknippat med bristande förmåga att modulera sina känslomässiga reaktioner.

*Populärsvar* är en kod som ökar värdet på *SC-Comp*. *Populärsvar* kodas om testpersonen ser något som är mycket vanligt att andra också ser, alltså att man ser något som är uppenbart för de flesta. Om en testperson ger väldigt många populärsvar utan tecken på individualitet eller elaborering, kan det vara ett tecken på banalitet, stereotyp tänkande, konformitet, osäkerhet eller en ansträngning att undertrycka personligt avslöjande material.

En kod som däremot minskar värdet på *SC-Comp*, och som fungerar som en skyddsfaktor i detta sammanhang är andel svar med god formkvalité (*FQo%*). Denna kod är förknippad med psykisk hälsa och förmågan att se saker "så som de är" utan att projicera egna impulser eller fantasier på perceptet.

En annan kod som minskar värdet på *SC-Comp* och som också fungerar som en skyddsfaktor är *Whole Human Content*. Koden används när testpersonen ser en hel människogestalt. Dessa svar utgör ofta en mer korrekt, integrerad och komplett bild av andra än när testpersonen bara ser en kroppsdel eller en fantasifigur i stil med robotar, rymdvarelser eller seriefigurer. Hela människogestalter interagerar t.ex. ofta mer meningsfullt med sin omgivning jämfört med kroppsdelar och fantasifigurer. Dessa svar innefattar dessutom ofta andra objekt, intentionalitet, specifika egenskaper, narrativ och temporalitet. Svar som innefattar hela människogestalter är därför ofta mer kognitivt sofistikerade och uttryck för ett realistiskt perspektiv på sig själv och andra.

## Hur ska man tillämpa Rorschach vid bedömning av suicidrisk?

Risikfaktorer för suicid kan delas upp i statiska och dynamiska faktorer (Khadivi, 2017). Till de statiska faktorerna räknas sådant som kön, tidigare suicidförsök och tidigare suicid i familjen. Till de dynamiska faktorerna räknas sådant som allvarlighetsgrad av depression och ångest, realitetstestning samt emotionell dysreglering. Att bedöma de dynamiska faktorerna är av avgörande betydelse eftersom det är dem man vill påverka i syfte att sänka suicidrisken.

Samtidigt är det tveksamt om självskattningsformulär är till någon hjälp i bedömningen av suicidrisk. I en systematisk litteraturöversikt (SBU, 2015) kommer man fram till att det inte finns något självskattningsinstrument som på ett tillförlitligt sätt kan förutsäga suicid. I litteraturöversikten definierades tillförlitlighet som minst 80 % sensitivitet och minst 50 % specificitet. Man menar också att det behövs forskning som utvärderar om bedömningen av suicidrisk förbättras av att självskattningsinstrument används som komplement till den kliniska bedömningen. Idag saknas sådana studier.

Rorschachtestet kan bidra till suicidriskbedömningen genom att identifiera dynamiska riskfaktorer som inte kommer fram i självrapportering. Att R-PAS innehåller en suicidriskskala som korrelerar med suicidhandlingar, så som fullbordat suicid och allvarlig självskada, snarare än suicidtankar gör testet extra användbart i detta sammanhang. Tidigare studier har också visat att många patienter begår impulsiva suicidhandlingar utan att ge uttryck för sina suicidtankar innan suicidhandlingen eller att de har suicidtankar som de väljer att inte dela med sig av till de kliniker som ska bedöma suicidrisken. I en översiktsstudie fann man att 77 % av de som suiciderade under tiden de vårdades på avdelning inte hade kommunicerat något suicidalt i sin sista kontakt med personalen (Khadivi, 2017).

Utöver *SC-Comp* har R-PAS flera empiriskt validerade skalor som bidrar till bedömning av dynamiska risk- och skyddsfaktorer för suicid. Skalan *YTVC'* kan hos patienter identifiera implicit stress färgad av upplevelser av ångest, irritation, dysfori, ensamhet eller hjälplöshet. Skalan *MOR* kan identifiera underliggande dysforiska föreställningar om att vara skadad eller ha brister. Flera skalor i R-PAS ger mått på olika typer av psykologisk anpassningsförmåga: skalan *MC* ger ett mått på psykologiska resurser; skalan *MC-PPD* ger ett mått på stresstolerans; skalan *FQ-%* ger ett mått på förmåga till realitetstestning; skalorna

*WSumCog* och *SevCog* ger mått på hur logiskt och organiserat tänkandet är; skalan *MAP/MAHP* ger ett mått på hur sofistikerade föreställningarna om andra är, samt hur hälsosamma eller patologiska representationerna av andra och interpersonella relationer är; skalan *PHR/GPHR* ger ett mått på förmågan att förstå andra och relationer. Khadivi (2017) menar att det är essentiellt att förstå dessa psykologiska funktioner för att kunna utveckla en strategi för att hantera och minska en enskild patients suicidrisk.

Utöver detta har också R-PAS en god förmåga att upptäcka tankestörningar och svårigheter med realitetstestning som är förknippade med psykotiska störningar, vilket är en fördel med instrumentet då psykos är en betydande riskfaktor för suicid (Khadivi, 2017).

De psykologiska funktioner och processer samt psykologiska resurser och brister som kommer fram vid en testning utgör en naturlig länk mellan suicidriskbedömning och hantering av suicidrisk samt behandlingsplanering och psykoterapibedömning.

## Diskussion

Det mest iögonfallande vid genomgång av forskningslitteraturen är att Rorschachtestet gång på gång lyckas diskriminera mellan olika grupper av suicidala patienter. Framför allt har testet god förmåga att skilja ut dem som fullbordar sitt suicid eller begår allvarliga eller våldsamma suicidförsök från dem som gör mindre allvarligare och mindre våldsamma suicidhandlingar.

Även om förmågan att förutsäga suicid vid väldigt höga poäng på *S-CON* eller *SC-Comp* är god ligger den största förtjänsten i dessa skalor i att de fångat in och bedömt de dynamiska riskfaktorer som patientens egen psykologi utgör.

I kliniska suicidriskbedömningar med hjälp av Rorschach bör man, utöver *SC-Comp*, även beakta *genomskärningssvar* och *genomskinliga svar* samt om *färgsvar med skuggning* förekommer, och då särskilt undersöka om färgen och skuggningen förekommer i samma område i bläckklumpen.

Vid bedömning av dynamiska riskfaktorer är det rimligt att utgå ifrån att både "trait" och "state" har betydelse för den samlade bedömningen av suicidrisk. Suicidforskningen med utgångspunkt i Rorschachtestet har fångat in flera personlighetsdrag som bidrar till en ökad suicidrisk. Personer som får väldigt höga poäng på suicidskalorna kännetecknas sannolikt av att de upplever stark psykisk smärta vid introspektion; en upplevelse av stark inre spänning; är agiterade och rastlösa; har svårigheter att symbolisera känslomässiga upplevelser, vilka lätt blir översvallande och intensiva samt har liten kontroll över de impulser känslor sätter i rörelse; att våldsamma och aggressiva impulser har en tendens att bryta igenom i handling; sannolikt finner man också bister i problemlösningsförmåga; självhat; en konfliktfylld relation till normalitet (överdriven anpassning eller fullständigt avvisande av konventioner); en tendens att misstolka stimuli i sin omgivning p.g.a. projektion och svårigheter att skapa och upprätthålla tillfredställande relationer till andra.

De som gör våldsamma suicidförsök, där de dör eller är nära att dö, tycks drivas till dessa handlingar av en plötslig kontrollförlust kopplad till genombrott av aggressiva impulser riktade mot sig själva snare än en intention om att ropa på hjälp eller andra interpersonella avsikter. Detta kanske kan förklara en del av den katharsiseffekt man funnit i studier hos personer som nyligen gjort ett allvarligt suicidförsök. Om katharsiseffekter uppstår vid suicidgester som drivs av interpersonella motiv (t.ex. rop på hjälp; hindra någon att lämna en; straffa någon annan) skulle man kunna tänka att dessa effekter är mer beroende av omgivningens respons på handlingen än handlingen i sig, men jag har inte hittat någon studie som tar upp den frågeställningen.

Ett sätt att försöka ge ett svar på vilken roll som "state" och "trait" spelar vid suicid är att replikera Exners och Wylies (1977) studie samtidigt som man differentierar den i fler tidsintervall. I denna studie undersöktes protokoll hos personer som suiciderat senast 60 dagar efter testning samt protokoll från testningar senast fem dagar efter ett suicidförsök. En studie som undersöker patienter vid fyra olika tidpunkter, lång tid innan, kort tid innan, kort tid efter och lång tid efter suicid/suicidförsök, skulle kunna ge en bild över de koder och skalor som är stabila vid alla tidpunkter och därmed kan vara uttryck för "trait" (suicidpersonlighet) samt de koder och skalor som ökar kort tid innan och minskar kort tid efter som då skulle kunna vara uttryck för "state" (tillfälliga stressorer och påfrestningar).

## Referenser

- Bishop, J., Martin, A., Costanza, S., & Lane, R. C. (2000). Suicide Signs on the Rorschach. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(3), 289-305.
- Blatt, S. J., & Ritzler, B. A. (1974). Suicide and the representation of transparency and cross-sections on the Rorschach. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(2), 280.
- Exner Jr, J. E., & Wylie, J. (1977). Some Rorschach data concerning suicide. *Journal of Personality Assessment*, 41(4), 339-348.
- Fowler, J. C., Piers, C., Hilsenroth, M. J., Holdwick Jr, D. J., & Padawer, J. R. (2001). The Rorschach suicide constellation: Assessing various degrees of lethality. *Journal of Personality Assessment*, 76(2), 333-351.
- Khadivi, A. (2017). An Inpatient R-PAS Case with a Recent Suicide Attempt. *Using the Rorschach Performance Assessment System®(R-PAS®)*, 103.
- Lundbäck, E., Forslund, K., Rylander, G., Jokinen, J., Nordström, P., Nordström, A. L., & Åsberg, M. (2006). CSF 5-HIAA and the Rorschach test in patients who have attempted suicide. *Archives of Suicide Research*, 10(4), 339-345.
- Meyer, G. J. (1993). The impact of response frequency on the Rorschach constellation indices and on their validity with diagnostic and MMPI-2 criteria. *Journal of Personality Assessment*, 60(1), 153-180.
- Meyer, G. J., Erard, R. E., Erdberg, P., Mihura, J. L., & Viglione, D. J. (2011). Rorschach Performance Assessment System: Administration, coding, interpretation, and technical manual. Rorschach Performance Assessment Systems LLC.
- Rydin, E., Schalling, D., & Åsberg, M. (1982). Rorschach ratings in depressed and suicidal patients with low levels of 5-hydroxyindoleacetic acid in cerebrospinal fluid. *Psychiatry Research*, 7(2), 229-243.
- Rydin, E., Åsberg, M., Edman, G., & Schalling, D. (1990). Violent and nonviolent suicide attempts—a controlled Rorschach study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(1), 30-39.
- SBU. Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2015. SBU-rapport nr 242. ISBN 978-91-85413-86-7.
- Viglione, D., Giromini, L., Gustafson, M. L., & Meyer, G. J. (2014). Developing continuous variable composites for Rorschach measures of thought problems, vigilance, and suicide risk. *Assessment*, 21(1), 42-49.