

Suicidalitet hos pasienter – faglig utfordring eller utenfor psykologens kompetanse?

Guðrun Dieserud

seniorforsker, dr.psychol., Folkehelseinstituttet, Avdeling for psykisk helse og selvmord

Suicidalitet hos pasienter er temaet for to av bidragene til dette nummeret av Tidsskriftet. Stilt overfor muligheten for dødelig utgang av en psykisk krise blir psykologen utfordret både intellektuelt og emosjonelt. Vi leter etter terapeutiske mekanismer som kan redusere selvmordsfaren, og etter strategier for å redusere vår angst og uro. I kjølvannet etter et selvmord søker vi etter måter å forsone oss med at vi ikke greidde å forebygge. Mange terapeuter får følelsesmessige reaksjoner som ligner på de etterlattes reaksjoner, om enn i ulik grad.

Vurdering av selvmordsfare

Selv om mange etterlatte – og fagfolk – opplever at selvmord tilsynelatende kommer som lyn fra klar himmel, er dette ved nærmere vurdering sjelden tilfelle. En nestor innen internasjonal suicidologi, E. Shneidman, anslår at ca. 80 % av selvmordene er varslet (Shneidman, 1985). Imidlertid kan varslingen være såpass indirekte og «innpakket» at verken pårørende eller terapeut gjør en korrekt vurdering av selvmordsfaren. For pårørende kan det være svært vanskelig å erkjenne at en som står deg nær virkelig planlegger sin egen død, slik at det oppstår en emosjonell barriere mot å se selvmordsfaren. For psykoterapeuter er det et faktum at prediksjon av selvmord og selvmordsforsøk er forbundet med stor usikkerhet. Suicidologen R. E. Litman skrev i en artikkel fra 1996 at prediksjon av selvmord er omtrent som prediksjon av jordskjelv. Vi kan plukke ut individer eller grupper som er mer sårbare for selvmordsatferd enn andre individer eller grupper, men vi kan ikke predikere nøyaktig hvilken person som kommer til å ta livet av seg, eller på hvilket tidspunkt det eventuelt kommer til å skje. Det er av betydning både for etterlatte og terapeuter å vite at det ikke finnes enkle, holdbare retningslinjer for selvmordsforebygging. Samtidig er det en faglig utfordring å tilegne seg de kunnskapene som tross alt finnes, for å gjøre en best mulig jobb med suicidale pasienter.

Psykologisk forståelse av suicidalitet

Tradisjonelt har suicidalitet vært fortolket og behandlet som symptom på en underliggende psykisk sykdom, og i mindre grad som et fenomen som kan forstås på tvers av, og til dels uavhengig av, en eventuell underliggende psykisk lidelse (Shneidman, 1985). Selv om det er knyttet forhøyet selvmordsrisiko til visse typer psykiske lidelser er ikke disse tilstandene i seg selv en tilstrekkelig forklaringsvariabel for suicidalitet. For eksempel er livstidsrisikoen for selvmord ved alvorlig depresjon 3–4 % (Cantor, 2000), noe som klart uttrykker at suicidalitet ikke kan forstås ut fra depresjon alene. Psykologisk selvmordsteori omhandler felles psykologiske karakteristika ved suicidalitet. Ut fra denne type kunnskap vil psykologer (og andre psykoterapeuter) kunne styrke sine ferdigheter både i å forebygge selvmordsatferd blant sine pasienter og i å ivareta pårørende og fagfolk etter at et selvmord har funnet sted.

Oversiktsartikler over virksomme psykoterapeutiske teknikker overfor suicidalitet gir ikke klare retningslinjer i forhold til hva slags terapi suicidale individer har best nytte av, men tendensen er at

ulike former for kognitiv terapi har vist best effekt. Dette er logisk i forhold til de mest anerkjente psykologiske selvmordsteorier som fortolker suicidalatferd som problemløsningsstrategier i livskriser preget av stor indre smerte over å være fanget i indre og/eller ytre konflikter som synes uløselige (Leenaars, 2004; Shneidman, 1993; Williams, 2001). I Norge er denne type kunnskap i liten grad integrert i psykologiundervisningen på grunn- og videreutdanningsnivå, noe universitetene og Psykologforeningen bærer et stort ansvar for å få endret.

Etter selvmordet

I forhold til ivaretagelse av hverandre og pårørende når det skjer selvmord blant pasienter, er mangel på bredspektret suicidologisk kunnskap med på å svekke det nødvendige etterarbeidet. Hvis vi har en mangelfull forståelse av suicidalitet, kan pårørende og psykoterapeuter bli stående fast. De ubesvarte spørsmålene knyttet til hvorfor et selvmord skjedde stenger for bearbeiding og forsoning. Etterlattearbeid, enten det gjelder nærmeste pårørende eller terapeuter, må være rettet mot forståelse av det aktuelle selvmordet i all sin kompleksitet. Kollegastøtte bør innebære at den berørte terapeut lyttes til på en slik måte at hun/han får fortalt sin historie rundt selvmordet til en eller noen få kolleger med kompetanse på suicidologi. Dette bør være en annen prosess enn gjennomgang i plenum på en poliklinikk eller avdeling, der man i og for seg gjennomgår hendelsen for å skape forståelse, men der ikke alle tanker og vurderinger kan få en adekvat bearbeiding. En slik bearbeiding tar tid. Derfor må kollegastøtten være langsiktig.

Referanser

- Cantor, C. (2000). Letter across the Pacific. 12th Letter in a series. *Crisis*, 21, 107–109.
- Leenaars, A. A. (2004). *Psychotherapy with suicidal people. A person-centred approach*. Chichester: John Wiley.
- Litman, R. E. (1996). Suicidology: A look backward and ahead. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26 (1), 1–7.
- Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: John Wiley.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache. A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ: Aronson.
- Williams, M. (2001). *Suicide and attempted suicide*. London: Penguin Books.