

- Snakk tidlig og tydelig om selvmord

Øystein Helmikstøl
journalist i Psykologtidsskriftet

Fartein Rudjord

Hvis en pasient vurderer selvmord, kan klinikere forståelig nok bli for opptatt av ikke å få skylden. Det kan hindre dem i å åpne seg for pasienters livsverden, mener psykologspesialist Kim Larsen.



DIREKTE: «Har du hatt selvmordstanker?» Slik vil psykologspesialist Kim Larsen at klinikere spør i den første samtalen med en pasient.

Når mørket frister
Thomas Joiner
Kim Larsen
Nicholas Carr

Han sier klinikere bør legge vekt på den felles menneskelige erfaringsverden:

– Tenk på hvordan din egen opplevelse av smerte hadde vært *uten* bevisstheten om at den vil gå over. Det er den verdenen mange suicidale lever i.

Ingen har noensinne manglet en grunn til å ta selvmord. Vær oppmerksom på den subjektive opplevelsen av tap og håpløshet

Kim Larsen mener mange klinikere kan bli tvunget til å være opptatt av å dekke seg selv juridisk, slik at de ikke skal få skylden hvis en pasient tar livet av seg. Dette skyldes økt juridisk fokus i helsevesenet og at media er raske til å plassere skyld hos behandleren når det skjer selvmord. Effekten er beklagelig: Tankene om egen praksis og om juss kan hindre klinikerens åpenhet for pasientens livsverden, advarer Larsen.

– Det kan skje en «energilekkasje» fra klinikken til jussen, for å si det slik.

Larsen jobber med kompetanseheving og formidling i suicidologi og er ansatt på Sykehuset Østfold. Han er også tilknyttet Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo.

Han har flere råd til klinikere, det skal han komme tilbake til. Men først noe som kan ligne litt terapi, siden jeg nå har anledning til å snakke med en ekspert om dette:

«Er jeg normal?»

– *Jeg har selv tenkt på om det hadde vært like greit og kanskje bedre hvis jeg tok livet av meg. Er jeg normal?*

– Ja. Selvmordstanker er utbredt. Det er gjort flere undersøkelser med collestudenter i USA som viser at det er normalt å tenke på det. Det er også derfor det er så vanskelig å forutsi selvmord, fordi det ikke bare er personer i høyrisikogrupper som tenker på det. Mange tenker på det, få gjør det.

Larsen siterer Friedrich Nietzsche, som skriver at «Tanken på selvmord er en stor trøst: med den kan man komme seg velberget gjennom mang en tung natt». Hvis en grunnleggende tanke er at du kunne vært død, kan livet ses på som en «bonus», sier Larsen.

Personer som har overlevd selvmordsforsøk, har noen ganger beskrevet en sterk livsglede etterpå. Dette kommer særlig frem ved de alvorligste forsøkene, ved bruk av metoder som har nesten hundre prosent dødelighet. Det er for eksempel bare ca. ti personer som har overlevd selvmordsforsøk ved utsprang fra Golden Gate Bridge, men over 1400 som har utført selvmord derfra siden den sto ferdig i 1937. De overlevende som er blitt intervjuet, rapporterer om en eksistensialistisk reorientering til livet, noe i retning av «det må være en mening med at akkurat jeg overlevde».

Larsen understreker forskjellen mellom tanken på selvmord og tanker om en konkret plan.

– Tanker om metode og plan betyr økt risiko. Jo mer konkret og detaljert, desto farligere.

– *Ei jente jeg kjenner, sa at hun ville skade seg med kniv. Jeg visste ikke hva jeg skulle si til det. Hva burde jeg svart?*

– Hvis hun mente at hun ville bruke kniven for å dø, ville jeg absolutt tatt det alvorlig og rådet henne til å ta kontakt med for eksempel legevakt eller helsestasjon. Hun er for det første kommet til et punkt der hun sier det til andre, og det virker som hun har tenkt mer konkret på det. Hvis hun vil bruke kniven for å skade seg selv, er det noe annet. Selvskading kan være et forsøk på å slippe unna en diffus smertetilstand. Selvskadere kan gjøre det for å føle seg bedre, ikke verre. Dynamikken her er forskjellig sammenlignet med suicidale. Men selvskading gjentatte ganger er selvsagt en risikoatferd, og man kan dø selv om den suicidale intensjonen er lav. Selv om selvmord og selvskading har forskjellig underliggende dynamikk, er det likevel slik at de overlapper. Smerten en selvskader forsøker å unngå, kan også bli for stor og uutholdelig, slik at resultatet blir selvmord.

Golden Gate

– *Da jeg vokste opp, sa vi ofte at «jeg er med på alt utenom selvmord og ekteskap». Hvor mye kan man tulle om selvmord?*

– Som foreleser om selvmord føler jeg ingen trang til å være humørløs. Å spøke om selvmord kan fjerne tabuer, men en skal selvfølgelig også være forsiktig. Jeg tillater meg å spøke på forelesninger om de som bor nær Oakland Bay Bridge i San Fransisco-området, men som likevel kjører over den broen for å ta livet av seg fra Golden Gate Bridge. Oakland Bay Bridge kunne gjort akkurat samme nytten, og den ligger nærmere der de bor og kjører fra og er like høy som Golden Gate Bridge. Det virker som de er involvert i et slags selvmordsmessig «gå over bekken etter vann»-prosjekt.

Ved å trekke fram de to broene ønsker Larsen å få fram et pedagogisk poeng:

Golden Gate Bridge har en symbolsk betydning for dem som vil ta selvmord. Det ser ut til at de som vil ta livet sitt der, ønsker et slags fellesskap med dem som har gjort det derfra før. Og det understreker det tankevekkende at vi mennesker er opptatt av fellesskap og symboler også inn i døden. Dette ser en også når det kommer til selvmordsmetoder: I land hvor henging er blitt brukt som dødsstraff, er det mindre brukt som selvmordsmetode.

– Jeg er fra Jørpeland i Rogaland, og selvsagt introvert. Er risikoen større for at jeg tar selvmord enn at en urban klubblove fra Grünerløkka i Oslo gjør det?

– Slike overliggende personlighetstyper har i utgangspunktet ikke så mye å si. Det går mer på evnen til å finne mening i livet og på å finne fellesskap med andre. Når det gjelder det siste, har kanskje utadvendte en fordel.

Men geografi har betydning.

Selvmord er mindre utbredt på bygda. Samtidig viser statistikkene her et interessant fenomen: I de områdene som tradisjonelt har hatt lav forekomst, har selvmordsraten i de siste årene økt mer enn i de områdene der det har vært høy forekomst. Det virker som om områdene med lav forekomst «tar innpå» de høye.

Internasjonalt er det grovt sett slik at jo lenger sør en kommer, jo bedre er selvmordsstatistikken. Og jo lenger øst, desto verre. Selvmordsrater ser ut til å være relativt stabile. Mange av de forskjellene mellom land og områder som sosiologen Émile Durkheim baserte seg på i sin klassiske studie fra 1897, er til stede også i dag. Selvmordsraten i Norge er ca. 12 selvmord per 100 000. I noen østeuropeiske land er den 40 per 100 000.

Åpenhet og aksept

– I Øst-Europa er selvmord mer akseptert, det ser man for eksempel i mer eksplisitte dødsannonser. Og når det er mer kulturelt akseptert å ta livet sitt, er det lett å tenke at flere vil gjøre det.

Larsen mener også at Japan er et eksempel på land med høy aksept for selvmord. Der er selvmord vanlig i bestemte situasjoner hvor det nærmest er forventet at du skal ta livet av deg, for eksempel ved en konkur.

Larsen sier dette understreker dilemmaet mellom destigmatisering, åpenhet og aksept på den ene siden, og tabu og diskresjon på den andre siden. Han mener selvmord fremdeles er tabubelagt i Norge. Tallene fra 2004 er ganske representative for 2000-tallet: 275 døde i trafikkulykker, det var 39 drap – mens 529 tok livet sitt. Larsen mener man burde snakke mer om dette i Norge, og frykter ikke at mer åpenhet vil føre til flere selvmord.

Kina er det eneste landet i verden der flere kvinner enn menn tar livet av seg. Det er så oppsiktsvekkende at en har diskutert om det kan skyldes feilkilder i registreringen. Men forskere mener mange kvinner på landsbygda i Kina opplever en låst og «håpløs» livssituasjon når de etter inngått ekteskap flytter inn hos svigerfamilien. Og hevn ser ut til å være et motiv: Ved å ta livet sitt påfører kvinnen svigerfamilien vanære i generasjoner.

I Norge er det ca. tre ganger flere menn enn kvinner som tar selvmord. For hvert selvmord blant yngre kvinner i Norge er det 40 selvmordsforsøk, mens for eldre menn er tallet tre selvmordsforsøk for hvert selvmord. Risikoen øker med alder. Det er «bare» ti til 15 prosent av dem som har prøvd å ta livet sitt, som senere dør ved selvmord. Grovt sett kan man si at ca. 30 prosent av selvmordene skjer på bakgrunn av rusmisbruk. Og 30 prosent av de som tar selvmord, er ruset i gjerningsøyeblikket.

Spør direkte

Det er viktig å vite at spredningseffekter ikke oppstår ved individuelle samtaler, sier Larsen. På Klinikk for psykisk helse ved Sykehuset i Østfold blir alle pasienter spurt om selvmord. Og de spørres tydelig og direkte allerede i den første samtalen. Larsen mener det er detabuiserende, og at pasienten opplever det som empatisk og som et uttrykk for at noen bryr seg.

– Hvis pasienten opplever det negativt, eller blir overrasket, ufarliggjør vi det med å si som sant er, at dette er noe vi spør alle om.

Han understreker at det finnes veldig få eksempler på at selvmordsfaren hos en pasient øker hvis klinikeren bringer det inn i samtalen.

– *Hvordan skal en kliniker spørre?*

– Ikke gå rundt grøten. Spør gjerne slik: «Har livet noen gang vært så mørkt at du har tenkt på å ta livet av deg?» Eller bare: «Har du hatt selvmordstanker?»

Klinikeren

Kim Larsen har snakket med mange klinikere om selvmord de siste årene. Til dem har han klare råd:

– Sett dere inn i de mest kjente risikofaktorene (se faktaboks side 165). Har du dårlig tid, så bruk rådene psykiater Ewa Ness utformet til Oslo legevakt: Sjekk om rus, psykiatrisk lidelse, brudd i relasjon og tidligere forsøk.

Han understreker at klinikeren må være bevisst på at dette er faktorer på gruppenivå.

– Ingen har noensinne manglet en grunn til å ta selvmord. Vær oppmerksom på den subjektive opplevelsen av tap og håpløshet. Sett deg inn i pasientens emosjonelle verden. Ha sjekklister og skalaer i bakhodet, men ikke stikk dem opp i ansiktet på pasienten. Det er selvsagt upersonlig og relasjonelt usensitivt.

Han er uenig med professor Thomas Joiner (se intervju på sidene foran) på noen punkter.

– Joiner slår i hjel gamle myter, men kommer i skade for å erstatte dem med nye. Det kommer dessverre frem i den siste boken hans, *Myths about suicide* fra 2010.

Han mener Joiner i den siste boken bidrar til en forenklet forestilling om at selvmord kun er et drastisk symptom på en psykisk lidelse.

– Det er klart det er en sammenheng mellom psykisk lidelse og selvmord. Men Joiner bidrar til en ensidig medikalisering og psykiatisering av selvmord som innsnevrer forståelsesrammen og som dermed også kan hindre forebygging.

Kunnskap

Et mangefasettert fenomen som selvmord bør møtes med mangefasettete forståelsesrammer, understreker Larsen. Han likte Joiners første bok *Why people die by suicide* fra 2005 godt, men i sin siste bok blir han for kategorisk og endimensjonal, mener Larsen, som mener at Joiner er blitt forelsket i sin egen teori slik at han har mistet blikket for alternative tolkninger.

– *Joiner mener mange klinikere mangler kunnskap om selvmord. Er du enig i det?*

– Både ja og nei. De mangler kunnskap fordi økt oppmerksomhet om feltet, slik vi opplever nå, er såpass nytt. Det er først i de siste årene det har vært suicidologi på studiene. Nå når dette er løftet mer fram også ved kursing og i etterutdannelse, kommer flere og flere til å skaffe seg mye mer kunnskap om selvmord. Klinikere har i mange år hatt mindre spesifikk suicidologisk kunnskap, men de har også heldigvis kommet langt med generell faglig kunnskap.

Larsen sier han tror mange klinikere føler på egen hjelpeløshet når de skal vurdere selvmordsfare.

– Det er ikke mulig å predikere individuelle selvmord, det beste man kan få til er en velbegrunnet vurdering av risikoen og å sette i gang tiltak, samtidig som en tar hensyn til langsiktige behandlingsmål og til den terapeutiske relasjonen. Det er klart at det er emosjonelt krevende for klinikeren å forholde seg til suicidale personer.

Larsen er helt enig med Joiner i at klinikere spør altfor lite om selvmordsfare. Men igjen: Dette kommer til å endre seg når det blir vanlig å ha mer kunnskap om selvmord, tror Larsen.

Intervju og nesten-terapi er snart over.

– *Jeg er oppvokst som pinsevenn. Betyr det noe?*

– Det er en beskyttelsesfaktor sammen med nettverk, relasjoner og meningsgivende aktiviteter. Religion mener jeg er undervurdert blant psykologer som en beskyttelsesfaktor.

– *Men, eh, jeg takket for meg både til pinsebevegelsen og Gud i sin tid.*

– Da er det en risikofaktor. Et slikt brudd kan for eksempel innebære konflikter og brudd med familie og tidligere venner og kan være en markant tapsopplevelse, som er en risikofaktor.

Kremt. Takk for den.

Kim Larsen skjuler ikke at han har Bob Dylan på T-skjorta. Er det noe trøst å finne der?

– Jeg bruker aldri Dylan når jeg foreleser om selvmord. Det er forsket på temaet musikk og selvmord, men med lite definitive konklusjoner.

Men så sannelig. Musikk blir det. I en tom kantine på Sykehuset Østfold siterer Kim Larsen Pink Floyds «Us And Them»:

– Us and them. And after all we're only ordinary men. Me, and you. Det er noe å tenke over i relasjonen kliniker og pasient. Og albumet *Dark Side Of The Moon* er heller ikke verst eksistensiell visdom fra unge menn i slutten av 20-årene.

Les mer om tema på bloggen nyemeninger.no/ohelmikstol

Tips og følg gjerne Øystein Helmikstøl på twitter.com/helmik

VURDERING AV SELVMORDSRISIKO

Statistiske faktorer:

- Kjent sinnslidelse/alvorlig depresjon?
- Tidligere selvmordsforsøk (ruspåvirkning, impulsivitet, hvordan avverget)?
- Alkohol/stoff/medikamenter?
- Tapsopplevelser (nære relasjoner/arbeid/utdanning/sosial anseelse)?
- Selvmord i familien?
- Manglende sosial integrasjon (arbeidsløshet/skoleproblemer/isolasjon)?
- Alvorlig eller smertefull fysisk sykdom?

Endringsfølsomme faktorer:

- Vrangforestillinger, hallusinasjoner og eventuelt imperative stemmer?
- Agitasjon/sinne/rastløshet?
- Impulsivitet?
- Fastlåsthet i tankemønstre/eksessive grublerier/håpløshet?

VURDERING AV SELVMORDSRISIKO

- Selvforakt?
- Selvmordstanker?
- Selvmordsplaner (konkret)?
- Meddelelser (forberedelser)?
- Rus/ruspåvirkning?

Beskyttelsesfaktorer:

- Nettverk/relasjoner/annet?
- Håp/fremtidsperspektiv/meningsgivende aktiviteter/»reasons for living»?
- Religion, livssyn, holdningsmessige sperrer mot selvmord.

LITTERATUR OM SELVMORD**Psykologspesialist Kim Larsens litteraturanbefalinger.**

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. & Mehlum, L. (2001): *Selv mord – et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal.

Den beste boken på norsk. En bredspektret og panoramisk fremstilling av feltet.

Hawton, K. & van Heeringen, K. (red.) (2000): *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley.

Maris, R. W., Berman, A. L. & Silverman, M. M. (med flere) (2000): *Comprehensive textbook of suicidology*. London: Guilford Press.

O'Connor, R., Platt, S. & Gordon, J. (red.) (2011): *International handbook of suicide prevention. Research, policy and practice*. Chichester: John Wiley.

Oversiktsverker og håndbøker som presenterer «state of the art» og er suicidologiens «Hakkespettbøker»; de besvarer ethvert spørsmål om selvmord så langt det lar seg gjøre ut fra suicidologisk teori og forskning. Uansett hvilket fagområde du arbeider med, vil du finne noe av interesse om suicidal adferd og selvmord i disse bøkene; demografi/statistikk, teoretiske modeller og forståelsesformer, ulike aldersgrupper og pasientpopulasjoner, risikovurdering, forebygging og behandling.

For klinikerer:

Simon, R. I. & Hales, R. E. (red.) (2006): *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Klinikknær og nyansert omtale av forskjellige pasientgrupper og karakteristiske utfordringer som oppstår i risikovurdering og terapi.

Simon, R. I. (2011): *Preventing patient suicide. Clinical assessment and management*. London: American Psychiatric Publishing.

Kortfattet og poengtert beskrivelse av selvmordsrisikovurdering og selvmordsforebyggende tiltak på individnivå.

Jobses, D. A. & Michel, K. (2011): *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient*. Washington: American Psychological Association.

Den terapeutiske relasjonen er et sine qua non både i risikovurdering og terapi. En essensiell bok i vår faglige Zeitgeist, som vektlegger rasjonalistisk instrumentalisme på en måte som dessverre lett kan overskygge det relasjonelle og emosjonelle.

McKeon, R. (2009): *Suicidal behavior*. I serien *Advances in psychotherapy. Evidence-based practice*. Gøttingen: Hogrefe & Huber.

En liten bok med stor klinisk nytte. Det er imponerende hvor mye forfatteren har klart å få inn på dette beskjedne sidetallet.

Det selvopplevde:

Gambotto, A. (2003): *The eclipse. A memoir of suicide*. Australia: Broken Ankle Books.

Mesterlig beskrivelse med høy litterær verdi av å være etterlatt etter selvmord.

Styron, W. (1991): *Darkness visible. A memoir of madness*. London: Vintage Books.

Berømt forfatter beskriver sin egen depresjon og suicidalitet. Skrev blant annet boken *Sophie's choice* (1979), som ble filmatisert.

Reportasje:

Hunt, T. (2006): *Cliffs of despair. A journey to the edge*. New York: Random House.

Oppsøkende journalistikk på sitt beste. Beskriver livet rundt Englands selvmordshotspot, Beachy Head-klippene.

Skjønnlitteratur:

Leo Tolstoj (1875/1962): *Anna Karenina*

Selv mordsscenen her er en av verdenslitteraturens beste skildringer av den selvmordnære bevissthet.

LITTERATUR OM SELVMORD

Johann Wolfgang von Goethe (1774/1999): *Den unge Werthers lidelser*
Selvmord som følge av ulykkelig kjærlighet. Boken ble forbudt flere steder i Europa fordi den angivelig hadde utløst en selvmordsbølge.

Arto Paasilinna (1990/2007): *Kollektivt selvmord*

Humoristisk vinkling på selvmord. En gruppe bestemmer seg for å utføre kollektivt selvmord, men utsetter det stadig som følge av begivenheter i gruppen. Som følge av gruppedynamikken som utvikler seg, får de livsgnisten tilbake. Gruppen gir dem både mening med livet og menneskelige relasjoner som gjør selvmord stadig mindre aktuelt.

Nettsteder:

www.selvmord.no

Informasjon om litteratur og kurs/konferanser både nasjonalt og internasjonalt. Mange nyttige lenker. Kontinuerlig oppdatert. Drives av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging ved Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo. Fagtidsskriftet *Suicidologi* ligger her i fulltekst.

www.rvts.no

Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging. Artikler om selvmord som kan lastes ned.