

Selv mord i psykisk helsevern

Er det sykdom som dreper?

Einar Plyhn

etterlatt ved selvmord, forlagssjef og leder for Stiftelsen Humania

Åshild Irgens

For å få ned det høye antallet selvmord må det psykiske helsevernet erstatte psykiatriens sykdomsmodell med psykologiske og humanistiske tilnærminger. Data fra Norsk pasientregister og Dødsårsaksregisteret ble nylig koblet sammen. Det avdekket at antallet selvmord blant pasienter i det psykiske helsevernet er mye høyere enn tidligere antatt: I perioden 2008 til 2015 døde i snitt rundt 250 pasienter hvert år; 43 prosent av alle registrerte selvmord i perioden.¹ Det dør altså mer enn én psykiatrisk pasient i selvmord annenhver dag, nesten fem hver uke.

For meg med erfaringer som etterlatt ved selvmord, og som alvorlig traumatisert pasient i akuttpsykiatrien etter å ha mistet mine to nærmeste i selvmord i løpet av et år, overrasker ikke disse tallene.

Det diagnostiske blikket

Dagens selvmordsforebygging er i stor grad basert på en biomedisinsk sykdomsmodell: Gjennom diagnostisering avdekkes en grunnlidelse, som så behandles for å redusere selvmordsfaren. Det «er sykdommen som dreper», fortalte Fredrik Walby fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) det norske folk i Søndagsrevyen 18. november 2018, da han ble intervjuet i forbindelse med NRKs dekning av selvmord i psykiatrien. Til grunn for påstanden ligger en utbredt oppfatning om at over 90 prosent av dem som begår selvmord, har en diagnostiserbar grunnlidelse (Mehlum 2018: 747. Se også Nasjonale retningslinjer og Handlingsplan for forebygging),² med et særlig sterkt fokus på depresjon.

Melums referanse er Cavanagh mfl. (2003), som er en review-artikkel om psykologisk obduksjon, som ofte brukes som dokumentasjon for påstanden om en underliggende psykisk patologi bak de fleste selvmordene. Grundige analyser har imidlertid funnet omfattende metodiske svakheter ved slike obduksjoner (Hjelmeland mfl. 2012; Leenaars 2017: 147–156).

Ifølge TARRIER mfl. er behandling effektiv når den tar direkte sikte på å redusere selvmordsatferden, ikke når den retter seg mot ulike symptomer som depresjon eller fortvilelse, og der redusert selvmordsatferd betraktes som en sekundær effekt (2008: 100).

En voksende mengde forskning viser at tilsynelatende godt dokumenterte korrelater i forbindelse med selvmord faktisk er korrelater med selvmordstanker, fordi man ikke har skilt mellom de som har selvmordstanker, og de som forsøker, se May og Klonsky (2016: 5–6).

Ut fra foreliggende forskning er et sentralt spørsmål om en tradisjonell diagnostisk tilnærming frembringer «adekvat selvmordsspesifikk kunnskap». Diagnosene er tross alt bare abstrakte konstruksjoner basert på et lite knippe observerte (antatte) dysfunksjoner hos pasienten: Minst fem

¹ <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssysteme...>

²

fra en liste på ti symptomer, som tristhet, rastløshet og søvnvansker med varighet over to uker, er for eksempel tilstrekkelig for en depresjonsdiagnose. Psykiatriske diagnoser reduserer på denne måten stor kompleksitet til noen få karakteristika hos den diagnostiserte. Jeg kan ikke se at dette gir adekvat selvmordsspesifikk kunnskap til å kunne håndtere selvmordsfare.

Ifølge Folkehelseinstituttet lider mellom seks og tolv prosent av befolkningen (300 000 til 600 000 personer) av depresjon til enhver tid. Fordi «bare» 614 døde i selvmord i 2016 (nyeste tall), er det således lite ved en depresjonsdiagnose som predikerer selvmord.

Diagnostisering fungerer i somatikken ved å avdekke biologisk patologi som forårsaker plager og symptomer. Det er viktig å filtrere bort alt som ikke er vesentlig, for å stille en diagnose, der objektive biologiske tester, som blodprøver, røntgen, vevsprøver mv., spiller en avgjørende rolle. I psykiatrien der man ikke kjenner biologiske årsaker til lidelsene³, er situasjonen en helt annen.

De psykiatriske diagnosene er utelukkende klassifikasjoner av observert adferd. Ingen av de diagnostiske manualene (ICD og DSM) har fremkommet som resultat av forskningsresultater om psykiske lidelsers etiologi. Ifølge Robert Spitzer, som ledet arbeidet med DSM III – som la grunnlaget for psykiatriens biologiske vending i 1980 – fantes det «lite forskning som underbygger de fleste av de psykiatriske diagnosene» i DSM III (Davies, 2016: 36). Allan Frances, som ledet arbeidet med DSM IV, slår fast at heller ikke DSM IV og DSM 5 er særlig mye bedre underbygget av forskning (Frances 2013). Det foreligger derfor ikke objektive tester ved psykiatrisk diagnostisering, bare sjekklister og lignende verktøy, til bruk ved subjektiv registrering og fortolkning.

Ved å redusere pasientens sammensatte liv og personlighet til en antatt grunnlidelse basert på noen få symptomer, er sannsynligheten stor for at de psykiatriske diagnosene filtrerer bort det meste av pasientens levde liv som kan forklare selvmordsfaren.

Det bærer galt av sted hvis man tror at psykiatriske diagnoser gir anvisning for god selvmordsforebygging

Når diagnosen er stilt, slik man er pålagt innenfor spesialisthelsetjenesten, utløser det standardisert behandling, som i somatikken. Men det bærer galt av sted hvis man tror at psykiatriske diagnoser gir anvisning for god selvmordsforebygging. Jeg skal illustrere dette med et eksempel – min kones selvmord – på hvor galt det kan gå når man forsøker å forebygge selvmord med fokus på en antatt grunnlidelse.

Et smertefullt eksempel

Min kone ble innlagt på en psykiatrisk klinikk etter å ha tilbrakt tre døgn på et somatisk akuttmottak etter et alvorlig selvmordsforsøk. Hun var en 50 år gammel ressurssterk kvinne som brøt sammen etter å ha blitt utbrent i jobben. Hun hadde ingen forhistorie med psykiske problemer. Til tross for at sammenbruddet var utløst av konkrete psykososiale hendelser, ble disse aldri noe tema i behandlingen. Journalen dokumenterer at behandlerne nesten ikke snakket med henne under det syv uker lange sykehusoppholdet.

Under innleggelsessamtalen (jeg var med) ble min kone raskt diagnostisert som alvorlig deprimert og umiddelbart satt på antidepressiver, som etter tre uker ble supplert med elektrosjokk

(ECT). Da hun etter syv uker fikk et lite energiløft, ble hun utskrevet før en helg. Mandag morgen var hun død.

Selv opplevde hun smerten og krisen som et eksistensielt sammenbrudd av alt som var viktig for henne: familie, venner, jobb, arbeidskollegaer, ja til og med livet selv. Sykehusets behandling ga henne en ny identitet: hjernesyk. Den terapeutiske «relasjonen» var rent instrumentell; ingen søkte etter innsikt i hennes psyke, i hennes intense smerte, i hva som utløste selvmordsimpulsene, eller annet. Da hun tok sitt liv, var det derfor ingen på klinikken som kjente henne utover diagnosen, noe klinikken åpenbart mente var tilstrekkelig for å kunne gi henne adekvat behandling.

Det er kritikkverdigg at hun ikke fikk adekvat hjelp. Enda verre at behandlingen gjorde henne mye dårligere. Først ved å omdefinere hennes eksistensielle smerte til hjernesykdom, deretter ved å svekke hennes muligheter til tilfriskning med utelukkende biologiske intervensjoner som sløvet tanker, følelser og initiativ, og økte hjelpeløsheten og håpløsheten.

Behandlingen skjedde på en klinikk solid plantet i norsk psykiatri. Jeg mente behandlingen måtte ha vært uforsvarlig, og klaget. Klinikken mente behandlingen var god, og Helsetilsynet vurderte behandlingen til å være i tråd med norsk standard. Behandlingen ble vurdert som god fordi den var i tråd med retningslinjene for behandling av den diagnostiserte grunnlidelsen.⁴ Både klinikken og Helsetilsynet mente åpenbart at det var den diagnostiserte grunnlidelsen som drepte henne.

Selvordene brukes ikke til læring og forbedring

Når behandlingen blir ansett som å ha vært god, kan man knapt forvente at behandlingsstedene ønsker å gå inn i krevende vurderinger om det er noe å lære og forbedre etter et selvmord. Den eneste undersøkelsen jeg kjenner til om dette, er da også svært nedslående. En studie av 176 selvmord innrapportert til tilsynsmyndighetene over en toårsperiode, viste at nesten ingen av behandlingsstedene brukte selvmordene til «kvalitetsforbedrende tiltak», for å bruke rapportens terminologi fra 2008.⁵

Vi vet også svært lite om den behandlingen pasientene faktisk får. Få om noen forsker empirisk på dette. Utover opplysningene i Dødsårsaksregisteret (dødsår, antall, alder, kjønn og døds måte) vet vi heller ikke mye om dem som fullfører selvmord.

Vi har flere data om de som har selvmordstanker, og de som gjør selvmordsforsøk. Det er mitt inntrykk at disse dataene ofte brukes som om de også gjelder dem som fullfører selvmord, til tross for at de per definisjon tilhører helt ulike grupper. Sammenblandingen tåkelegger og skaper uklarhet, slik også den uspesifikke sekkebetegnelsen «har selvmordstanker» gjør. Svært mange har fra tid til annen tanker, i en eller annen form, om at livet ikke er verdt å leve. Slike tanker sier imidlertid lite om risikoen for selvmord.

Hvordan bør vi forstå og håndtere selvmordsfare?

Selvord bør forstås som forsøk på å løse overveldende eksistensielle problemer, der det psykiske smertetrykket har blitt så uutholdelig at det å avslutte livet – utslette egen eksistens – oppleves som løsningen. For å håndtere slike komplekse og sammensatte utfordringer kreves en humanistisk og psykologisk orientert tilnærming, der man går ut over sykdomsmodellen og inn i pasientens eksistensielle livskrise, til det selvmordsspesifikke.

4

5

Suicidologiens pionerer hadde en slik orientering⁶, som i stor grad har blitt erstattet av psykiatrisk tenkemåte de siste tiårene. Det er mitt håp at psykologer⁷, psykiatere og annet helsepersonell reorienterer seg mot humanistiske og psykologiske tilnærminger. Det vil redde liv.

Et eksempel på en slik tilnærming er Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS), utviklet over mange år av psykologiprofessor David A. Jobes og medarbeidere i «The Suicide Prevention Laboratory» ved The Catholic University of America, Washington DC (Jobes (2016)).

CAMS er et fleksibelt terapeutisk rammeverk for selvmordsspesifikke vurderinger og behandling av selvmordsrisiko, som kan brukes på tvers av teoretiske orienteringer og disipliner for et bredt spekter av selvmordsnære pasienter. Det kreves at behandler og pasient går inn i en interaktiv vurderingsprosess, der pasienten deltar aktivt i utviklingen av egen behandlingsplan. Behandleren søker å forstå pasientens lidelse fra et empatisk, ikke-fordømmende og intrasubjektivt perspektiv, for så langt som mulig å forstå pasientens psykiske smerte og kamp slik den oppleves av den selvmordsnære selv. Psykiatriske diagnoser spiller en helt underordnet rolle, og man forsøker så langt som mulig å unngå innleggelse i sykehus. Selv ved akutt selvmordsfare!⁸

Internasjonalt er CAMS i ferd med å bli et av de best dokumenterte oppleggene for vurdering og håndtering av selvmordsatferd. Til tross for dette får man ingen treff på CAMS på nettsidene til HelseDirektoratet eller Folkehelseinstituttet. På nettsidene til Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) får man to treff. Det ene viser til en side i Årsmeldingen for 2008. Det andre til et referat fra en konferanse i Belgia i september i år (2018). Det er imidlertid interesse i enkelte norske fagmiljøer, og det er ventet at resultatene fra en norsk randomisert studie snart blir publisert. Den sammenligner CAMS med tradisjonell behandling, og er gjennomført i Vestre Viken HF.

I tillegg til CAMS finnes det også andre interessante og godt dokumenterte behandlingsopplegg med lignende innretning, for eksempel Brief Cognitive-behavioral Therapy (BCBT) (Bryan og Rudd 2018). I Norge synes Basal eksponeringsterapi (BET) å være særlig lovende. BET er et behandlingstilbud til pasienter med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser preget av selvmordsforsøk, hyppig selvskading, hørselshallusinasjoner, vrangforestillinger, spiseforstyrrelser og dissosiasjon. Behandlingen er utviklet over snart 20 år i Vestre Viken HF av psykologspesialist Didrik Heggdal og medarbeidere.

Medmennesker i eksistensiell krise

Skal vi kunne hjelpe, må selvmordsnære møtes som medmennesker i eksistensiell krise. Det gjør vi ikke med diagnoseutredninger av antatte underliggende grunnlidelser, for så å behandle disse som primærårsak til selvmordsatferden. Heller ikke ved å medisinere antatt kjemisk ubalanse i hjernen.⁹ Innskjerpning av svakt dokumenterte behandlingsretningslinjer eller å bygge glattcellepregete – såkalte selvmordssikre – avdelinger, som det har vært betydelig fokus på i forbindelse med NRKs dekning av selvmord i psykiatrien den siste tiden, er heller ikke løsningen. Skal vi få ned antallet selvmord, må behandlerne leve seg inn i den selvmordsnæres eksistensielle meningssammenbrudd med et empatisk, ikke-fordømmende og intrasubjektivt perspektiv, for så langt som mulig å forstå den psykiske smerten og kampen slik den oppleves av den selvmordsnære selv. Først da kan man gi kvalifiserte hjelp.

6

7

8

9

Fotnoter:

[1] <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssysteme...>

Referanser

- Bryan, C.J. og Rudd, M.D. (2018) *Brief Cognitive-behavioral Therapy for Suicide Prevention*. New York: The Guildford Press.
- Cavanagh, J.T.O. mfl. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 3 (33), 395–405.
- Davies, J. (2016) *Sammenbrudd. Hvorfor psykiatri gjør mer skade enn gagn*. Oslo: Abstrakt forlag
- Frances, A. (2013) *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: William Morrow.
- Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017*, Helsedirektoratet, 2014.
- Hayes, SC mfl (1996) Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6 (64), 1152–1168.
- Hjelmeland H. mfl. (2012) Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed? *Death Studies*, 36 (7), 605–626.
- Hjelmeland H. mfl. (2018) Retningslinjer forebygger ikke selvmord. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 10. doi: 10.4045/tidsskr.18.0349
- Jobes, David A. (2016) *Managing Suicidal Risk. A Collaborative Approach*. 2. Edition. New York: The Guilford Press.
- Kolstad, A. (2019) Ny kunnskap om hjernen og genene – konsekvenser for behandling av psykiske lidelser, i Kolstad, A. og Kogstad, R. (red.) *Grunnlagsproblemer i vitenskapene om mennesket*. Under utgivelse.
- Leenaars, A. (2017) *The Psychological Autopsy. A roadmap for Uncovering the Barren Bones of the Suicide's Mind*. New York: Routledge.
- May, A.M. & Klonsky, E.D. (2016) What Distinguishes Suicide Attempters From Suicide Ideators? A Meta-Analysis of Potential Factors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, (23), 5–20.
- Mehlum, L. (2018) Selvmord og selvmordsforsøk, i Malt, U.F. mfl. (red.) *Lærebok i psykiatri*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Sosial- og helsedirektoratet, 2008. Rønneberg, U. og Walby, F. (2008) Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://tidsskriftet.no/2008/01/aktuelt/selvmord-hos-pasienter-behandlet-i-psykisk-helsevern>. Shneidman, E. (1996) *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Shneidman, E. (2001) *Comprehending suicide: Landmarks in 20th century suicidology*. Washington, DC: American Psychological Press.
- Tarrier mfl. (2008) Cognitive-Behavioral Interventions to Reduce Suicide Behavior. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavior Modification*, 1 (32), 77–108.