

Menneskemøtene i selvmordsforebyggende arbeid

Taran Buran Nærdal
overlege

Birgitte Kirsebom
psykologspesialist

Vibeke Mørck Abusdal
barnevernspedagog

Andrea Melø
psykologspesialist

Katharina Eimind
lege i spesialisering, alle ved Intensivt ungdomsteam/BUPA døgn ungdom Sykehuset i Vestfold

Mer spesifikk diagnostikk er ikke nødvendigvis veien å gå.

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) publiserte i 2021 første årsrapport fra Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Walby et al., 2021). Nylig lanserte de rapporten «Selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008 til 2018» (Walby et al., 2022).

NSSFs budskap var at mer spesifikk diagnostikk vil føre til bedre og riktigere behandling for den enkelte pasient. I den etterfølgende paneldebatten på Litteraturhuset opplevde vi at NSSF gikk langt i å hevde at dette vil kunne medføre redusert selvmordsfare. Vi ønsker å nyansere dette bildet. For å forstå suicidalitet må vi se lenger enn til de psykiatriske diagnosene.

Vanskelige liv

Psykiske diagnoser er deskriptive. De sier i liten grad noe om årsaken til pasientens vansker, og gir ikke alltid et godt bilde av den enkeltes utfordringer. Et menneske som ser selvmord som en mulig utvei, gjør ikke dette nødvendigvis på grunn av en depresjon eller en annen psykisk lidelse man har «fått». Ungdommene vi møter i vår hverdag, har selvmordstanker på grunn av vanskelige liv, opplevelse av utenforskap, traumer, manglende mestring i hverdagen og ensomhet. Å forstå at livet i slike situasjoner kan være tungt å leve, er derfor ikke så vanskelig.

For å forstå suicidalitet må vi se lenger enn til de psykiatriske diagnosene.

Å kalle dette en depresjon som vi skal behandle, kan virke forlokkende fordi det antyder en enkel løsning på problemet: Vi har jo en behandlingsmetode! Kanskje er det ikke så rart at vi tenker på denne måten. Vi mennesker har jo et stort behov for å forenkle og kategorisere. Noen ganger kan det også være riktig å kalle det vi står overfor, en depresjon, og kanskje krever systemet det av oss. Men ofte er tilstanden uspesifikk, og vi mener at god kvalitet i psykisk helsevern også kan være å beskrive nettopp dette.

Å diagnostisere, i den allmenne betydningen «å finne ut av ting», skal vi alltid gjøre. En slik prosess krever samtaler med barnet eller ungdommen selv, foreldre og øvrig nettverk. Samtidig er også vår oppgave å gi hjelpen der den trengs ut fra den enkeltes livsutfordringer. Frustrasjonen som bygger seg opp gjennom mange år med manglende tilhørighet eller manglende mestring, kan medføre alvorlige depressive symptomer, isolasjonstendens, engstelse og selvmordstanker. Å forklare at selvmordstankene vil forsvinne ved hjelp av «depresjonsbehandling», vil ikke alltid gi mening.

Uspesifikke diagnoser

Noen ganger er det riktig å øve seg på å tåle og mestre sin egen livssituasjon. Andre ganger er den viktigste intervensjonen å hjelpe barna praktisk med å mestre en skolehverdag, for eksempel få på plass tilretteleggingen som de har behov for. Vil kvaliteten i dette tilfellet handle om å sette riktig diagnose? Eller er det å finne ut hva som driver livstrettheten hos akkurat denne pasienten?

Vi tror at uspesifikke diagnoser, med gode beskrivelser av livets utfordringer for akkurat dette mennesket, ofte kan være av bedre kvalitet enn en diagnosekategori som ikke favner livsmangfoldet.

Dette er verken utdaterte eller unike synspunkter. Tvert imot deles dette synspunktet av en rekke fagpersoner i feltet vårt. Den amerikanske psykologen Edwin Shneidman, «suicidologiens far», uttalte følgende: «Although the suicidal patient is extremely unhappy, he is not necessarily mentally ill» (Leenaars, 1999). Han beskriver mennesker i selvmordskrise som preget av «psychache», en mental smerte som et resultat av manglende tilfredsstillelse av grunnleggende behov. Og at dette er menneskelige behov, og forståelige reaksjoner. Det er disse behovene vi må undersøke og forstå sammen, og hjelpe pasienten med å håndtere.

Vil kvaliteten i dette tilfellet handle om å sette riktig diagnose? Eller er det å finne ut hva som driver livstrettheten hos akkurat denne pasienten?

Anne Freuchens doktorgradsarbeid (Freuchen, 2013) viste at de fleste barn som tar sitt eget liv, ikke har hatt tegn på noen psykisk lidelse. Professor i sosialpsykologi Tor-Johan Ekeland beskriver utfordringen med det medisinske perspektivet på psykisk uhelse. «En kan ikke behandle psykiske lidelser – en kan bare behandle et psykisk lidende menneske. Det er altså ikke sykdommen, men personen (et subjekt) som responderer på behandlingen» (Ekeland, 2021, s. 13).

Fra objekt til subjekt

Den amerikanske psykiateren Allen Frances, som ledet arbeidsgruppen som utarbeidet den fjerde revisjonen av DSM-IV, har i etterkant vært kritisk til diagnosesystemet vårt. Under schizofrenidagene 2018 oppfordret han til bruk av uspesifikke diagnoser så lenge som mulig. Han advarte mot at tidlig diagnostisering kan føre til for tidlig forenkling, og at vi kan miste kompleksiteten og den utvidete forståelsen vi trenger for å gi god behandling. «Underdiagnostisering er alltid bedre enn overdiagnostisering. Og diagnosene skal skrives med blyant» (Gulliksen, 2019).

Filosofien i CAMS (the Collaborative Assessment and Management of Suicidality) beskriver suicidalitet ut fra et fenomenologisk perspektiv, og er en transdiagnostisk behandlingsmetode der selvmordsproblematikk ses på som et eget fenomen som krever sin egen tilnærming. Pasienten skal ikke være et objekt som blir utsatt for vurdering og intervensjoner. Sammen skal pasient og terapeut

finne ut av hva selvmordstankene handler om for den enkelte, og hva som skal til for å redusere selvmordstankene, uavhengig av diagnostiske vurderinger.

Mellommenneskelig landskap

Også Marsha Linehan, grunnleggeren av dialektisk atferdsterapi (DBT), gir uttrykk for at atferdsmønstre i seg selv er mye viktigere enn de diagnostiske begrepene (Borderlinernotes, 2017). I DBT for ungdom behandler vi ungdom med en rekke ulike diagnoser (ofte uspesifikke). Det de har til felles, er følelsesmessige svingninger kombinert med selvskading eller selvmordsatferd. De kan naturligvis også fylle kriterier for en depresjonsdiagnose, en angstdiagnose eller en personlighetsforstyrrelse. Valg av behandling vil avhenge av møtet med den enkelte ungdom og hva vi sammen blir enige om at kan være en hensiktsmessig tilnærming.

Spørsmålet er altså både om det alltid er mulig å være så veldig spesifikke i vår diagnostisering, om det er hensiktsmessig, og om det gir oss bedre grunnlag for å vurdere hvilke tiltak som vil hjelpe best.

Det mellommenneskelige landskapet vi ferdes i når vi arbeider i dette feltet, er på ingen måte ukomplisert. Vi ønsker oss et nasjonalt kompetansesenter som åpner for debatt, nyanseringer og diskusjoner, da ingen av oss sannsynligvis har svar som er gjeldende for alle.

Referanser

- BorderlinerNotes (2017, 14. april). MARSHA LINEHAN - The Purpose of Diagnosis: Treatment [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=MSUlyu2PQFE>
- Ekeland, T. (2021). Psykisk helsevern – en kunnskapsplattform. Erfaringskompetanse.no.
- Freuchen, A. (2013). The lost years: suicide among children and young adolescents. A psychological autopsy study of suicide victims 15 years and younger 1993–2004 in Norway. [Ph.d.-avhandling]. Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.
- Gulliksen, K. (2019, 2. januar). Angrende diagnostiker. Psykologtidsskriftet. <https://psykologtidsskriftet.no/intervju/2019/01/angrende-diagnostiker>
- Leenaars, A. (1999). Lives and deaths: Selections from the works of Edwin S. Shneidman. Brunner/Mazel.
- Walby, F. A., Astrup, H., Myhre, M. Ø. & Kildahl A. T. (2021). Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2018. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Walby, F. A., Astrup, H., Myhre, M. Ø. & Kildahl A. T. (2022). Selvmord under og etter kontakt med psykisk helsevern for barn og unge 2008 til 2018 – en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. www.uio.no/kartleggingssystemet