

Selvordsforskningens mythbuster

- Psykologer må bli mer opptatt av å verne om pasienters sikkerhet. Selvmordsfare står langt nede på lista til de fleste psykologer, det bør være helt på toppen, sier Thomas Joiner, en av verdens ledende forskere på selvmord. Et viktig steg er å avsløre mytene om selvmord, som eksisterer i beste velgående også blant helsepersonell.

TEKST:

Johan Sigveland

FOTO:

Helge Skodvin

PUBLISERT 7. februar 2012



FAGET OG LIVET: Da den unge Thomas Joiner oppdaget at selvmord både var den alvorligste og den minst undersøkte tilstanden knyttet til depresjon, begynte han på et doktorgradsarbeid om temaet. Tre år senere tok hans egen far livet sitt. I dag er Joiner en internasjonal kapasitet på feltet.

NÅR MØRKET FRISTER

Thomas Joiner

Kim Larsen

Nicholas Carr

– Selvmord er vårt samfunns mest stigmatiserte handling, og det må vi gjøre noe med. Det er to måter å redusere selvmordsstigmaet på; den ene er å redusere frykten for selvmord, det andre er å øke kunnskapen. Jeg vil ikke at vi skal redusere frykten for selvmord, frykten er sunn og beskytter oss, det er mangelen på kunnskap jeg vil gjøre noe med, sier Thomas Joiner da vi møter ham under Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging Vest sin årlige septemberkonferanse.

«- En psykolog som vegrer seg og har vansker med å snakke om selvmord, er som en kirurg med blodfobi.»

Joiner mener det eksisterer mange myter om selvmord, også blant helsepersonell. Mytene får leve fordi de har en beskyttende funksjon, de lindrer smerten for de etterlatte, ved å tilsløre fakta ved selvmord.

Den interpersonlige teorien

– I løpet av doktorgradsstudiet ble jeg kjent med flere psykologiske teorier om selvmord. Noen var etter min mening helt feilaktige. Andre var jeg mer enig med, men mente at de kunne presiseres, eller at de manglet sentrale elementer. Én psykologisk teori om selvmord, Schneidmans, la vekt på begrepet *psychache*, at selvmord er utløst av en psykologisk smerte knyttet til utilfredsstilte psykiske behov. Dette mente jeg stemte, men teorien sa mindre om hvilke av disse psykologiske behovene som var viktigst. Jeg ville lage en teori som var mer presis og som kunne gi grunnlag for testbare hypoteser, forteller Joiner.

«Døden kan man leke med, men ikke livet. Leve livet!»

Arto Paasilinna, fra romanen Kollektivt selvmord

I 2005 kom boka *Why people die by suicide*, hvor Joiner beskriver sin interpersonlige teori om selvmord. Teorien hans kalles interpersonlig fordi den ser forholdet til andre som en viktig forutsetning for menneskers selvmordsønske.

Ifølge Joiner er de som dør av selvmord, de som ønsker det, og som samtidig kan det. Det er tre faktorer som, når de er til stede samtidig, gir høy risiko for selvmord (se figur side 162): en opplevelse av å være en byrde for andre, manglende tilhørighet og fryktløshet i møte med døden. Mennesker som føler seg som en byrde for andre og særlig for sine nærmeste, tenker at for andre er deres død mer verdt enn at de lever. Joiner understreker at det er personens egen tolkning av dette spørsmålet som er viktig, og at mennesker med depresjon er sårbare for å utvikle nettopp denne typen misoppfatninger. Den andre faktoren bak selvmordsønsket er manglende tilhørighet; at

personen ikke føler tilhørighet til en gruppe som han eller hun ønsker å være en del av, eller ikke har verdifulle en-til-enrelasjoner til andre. Når disse to beslektede, men allikevel ulike tankene er til stede samtidig vil noen konkludere med at de ikke har noe å leve for, og ønske å dø.

Oppøvd evne

– Den viktigste nye komponenten i min teori om selvmord er allikevel fryktløshet, eller den oppøvde evnen som gjør at man blir i stand til å ta livet sitt. Denne faktoren har i stor grad vært oversett av andre teorier så langt.

Den oppøvde evnen Joiner snakker om, er en kombinasjon av medfødt temperament og livserfaringer. Tidligere selvmordsforsøk eller selvskading er de viktigste opplevelsene som øker evnen til å ta sitt eget liv. Selvskading og tidligere mindre alvorlige selvmordsforsøk skaper en tilvenning til smerte og flytter mentale barrierer.

– Den oppøvde evnen til alvorlig selvskading er det som er vanskeligst å endre i psykoterapi. *Ønsket om å dø* bør derfor være i fokus for psykoterapeutisk arbeid med selvmordsfare, heller enn *evnen til å dø*, hevder Joiner.

– Tanken om at man er en byrde for andre, og at de nærmeste ville hatt det bedre om man var død, er en depressiv misoppfattelse. Ved å korrigere disse tankene gjennom vanlige kognitive teknikker for utfordring av irrasjonelle tanker, kan *ønsket om å dø* reduseres. Når det gjelder manglende tilhørighet, kan den terapeutiske relasjon i seg selv være en slik meningsfull relasjon der noen andre bryr seg. Det er ikke alltid så mye som skal til for at mennesker skal føle seg mer knyttet til andre.

Joiner forteller om en studie som ble gjort for noen år siden der et sykehus sendte ut et håndskrevet kort til alle som hadde vært innlagt til medisinsk behandling etter et selvmordsforsøk. På kortet stod det at sykehuset håpet at personen hadde det bra, og at de var velkomne til å ta kontakt dersom de trengte hjelp. Denne enkle intervensjonen bidro til å redusere gjentagelsen av selvmordsforsøk, som i utgangspunktet er høy det første året. Dette er et eksempel på at enkle metoder kan hjelpe mennesker føle seg sett og ivaretatt.

Far tok livet sitt

Opprinnelig var Joiner interessert i depresjonsforskning. Men da han oppdaget at selvmord samtidig var den alvorligste og den minst undersøkte tilstanden knyttet til depresjon, begynte han på et doktorgradsarbeid om selvmord. Tre år inn i doktorgradsarbeidet tok Joiners egen far livet sitt.

Dette var en av grunnene til at han så behovet for en ny teori om selvmord. Joiner opplevde at faren ikke passet inn i noen av teoriene om selvmord som han kjente. De vanlige oppfatningene syntes heller ikke å treffe blink. En av forestillingene som stemte dårlig, var at personer som tar livet sitt er feige.

– At faren min skulle være feig, var noe jeg ikke kjente igjen, snarere var han fryktløs, det var det som gjorde at han kunne ta livet sitt. Bare de som gjennom en kombinasjon

av temperament og smertefulle livserfaringer har overkommet frykten for selvmord, kan død av selvmord.

– Jeg opplevde heller ikke fars selvmord som en aggressiv handling for å skade oss nærmeste eller å ta hevn, som noen oppfatter som et sentralt motiv for selvmord. Jeg tror heller at selvmordet hans var knyttet til en misforstått omsorg, at han i sin depresjon mente at vi hadde det bedre uten ham.

Behandling

Mange klinikere mangler kunnskap om selvmord, fortsetter Joiner, og det gjør dem mindre effektive i selvmordsforebygging. For det første spør klinikere altfor lite om selvmordsfare. Dernest er det viktig at klinikere vet hvordan de skal forholde seg til selvmordsrisiko hos pasientene. Klinikere må ha ferdigheter både i krisehåndtering, mer langsiktig behandling, og håndtering av selvmordsfare.

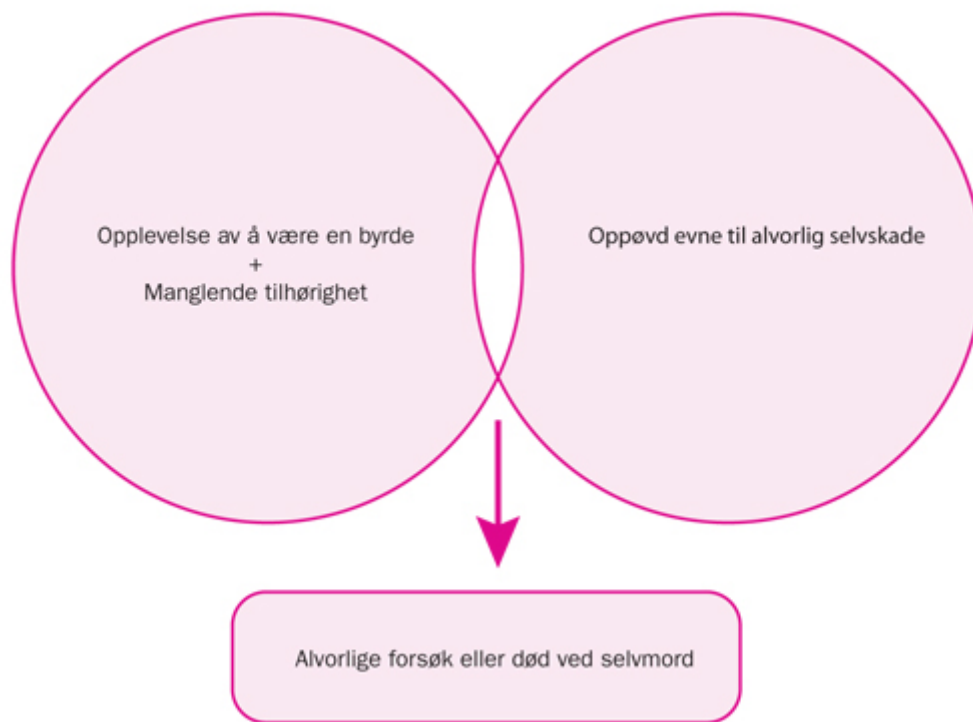
– Behandlere må trene på å være trygge på hva de skal si og hva de skal gjøre når de møte pasienter som er i en selvmordskrise. Dette handler om konkrete kliniske ferdigheter, som å aktivere pasientens formelle og uformelle nettverk og ved akutt selvmordsfare å legge inn pasienten om nødvendig.

Alle psykologer må kjenne til muligheter for å koble inn andre deler av pasientens nettverk, og om prosedyrene for innleggelse på akuttavdeling er i området der de jobber, understreker Joiner. Håndtering av selvmordskriser kan handle om å vite når man skal tilby en ekstra time, ta telefonkontakt eller koble inne andre kolleger. I de aller fleste tilfeller er imidlertid ikke innleggelse nødvendig. De fleste pasienter med lav eller moderat selvmordsfare kan og bør behandles poliklinisk, understreker Joiner.

– Det å involvere familien er generelt en god ide. Familier har nytte av informasjon om selvmord generelt og om hvor de skal henvende seg når de er bekymret. Men familien må aldri bli overlatt ansvaret for å gjøre risikovurderingen, det må alltid være klinikerens ansvar.

I et mer langsiktig perspektiv må klinikere også mestre metoder som er effektive i behandling av de psykiske lidelsene som er mest knyttet til økt selvmordsrisiko: alvorlig depresjon, bipolar affektiv lidelse, anoreksi, emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og schizofreni.

Hvorfor dør folk i selvmord?



Spør

– Noen har hevdet at det å spørre om selvmordsfare for tidlig i samtalen, før man har en god relasjon, kan føre til at pasienten lukker seg. Vår forskning sier noe annet, nemlig at det ikke spiller noen rolle om man spør med en gang eller senere. Det viktigste er at man spør, resten er mer detaljer.

En åpen rett fram-tilnærming er den beste for å snakke om selvmordstanker, mener Joiner, men det krever at man selv er trygg på det man skal snakke om.

– En psykolog som vegrer seg og har vansker med å snakke om selvmord, er som en kirurg med blodfobi.

Thomas Joiner er opptatt av å gi klinikere konkrete og effektive metoder for å hjelpe selvmordstruede mennesker. Han forteller at det finnes effektive og godt dokumenterte metoder som gir reduksjon i selvskading og selvmordsforsøk, for eksempel dialektisk atferdsterapi. Men disse er ofte omfattende å sette i verk og drive, slik at ikke mange nok får tilbudet.

– Etter min mening finnes det enklere metoder mot de psykiske lidelsene som er nærmest knyttet til selvmord – for eksempel depresjon – som blir altfor lite brukt selv om vi vet at de er effektive. For eksempel «behavior activation», som fokuserer på å hjelpe mennesker med depresjon til å bryte vaner med unngåelse, inaktivitet og isolasjon – som forverrer depressive symptomer – og å finne tilbake til aktiviteter som kan gi positiv forsterkning og ha en naturlig antidepressiv effekt. Denne metoden er enkel for klinikere å lære og å bruke.

Myten om impulsivitet og rus

I sin nyeste bok *Myths about suicide* går Thomas Joiner igjennom ulike myter om selvmord og undersøker om de stemmer med resultater fra forskningen. En av de vanligste mytene er at selvmord skjer på impuls eller i rus.

– Selvmord som en plutselig og impulsiv handling skjer noen ganger, men jeg mener det er veldig sjelden. Det strider mot alt i menneskets natur at en så drastisk handling kan skje plutselig uten mentale forberedelser over lang tid. Selv om personer som har gjort alvorlige selvmordsforsøk sier at de før det aktuelle forsøket tenkte på selvmord i bare en kort tid, kan vi se at de ofte har tenkt på det lenge før, men at de tidligere har lagt tankene på hylla eller gjort mindre alvorlige forsøk. Tidligere selvmordstanker eller selvmordsforsøk er viktige forberedelser til alvorlige selvmordshandlinger ved en senere anledning.

En annen myte er at mennesker som dør av selvmord, ofte er beruset. Joiners forskning viser noe annet. En metaanalyse av studier av blodalkohol målt ved obduksjon viser at 80 prosent av de som dør av selvmord, enten var edru eller hadde drukket tilsvarende en drink når de døde. Avsløringen av disse to mytene peker i samme retning: Et selvmord er i de fleste tilfeller ikke et øyeblikks impuls eller en full persons handling, det skjer etter lengre tids mentale forberedelser.

– Overlegget og bevisstheten til personen er imidlertid nesten alltid preget av en diagnostiserbar psykisk lidelse. Bedre behandling av psykiske lidelser er derfor helt essensielt for å forebygge flere selvmord, mener Thomas Joiner.

Videre forskning

– Den viktigste veien videre i forskning på selvmord er å gjøre flere gode studier med selvmord som utkomstvariabel. Vi har mange studier som viser effekt av ulike tiltak på selvmordsforsøk og selvskading, men vi har svært lite forskning på hva som faktisk reduserer antall selvmord. Dette er selvsagt metodologisk krevende siden selvmord, heldigvis, er en sjelden hendelse. Vi trenger derfor å inkludere svært mange personer i forskningen, det er nødvendig fordi det er viktige forskjeller mellom de som dør av selvmord og de som skader seg. I de fleste vestlige land har vi ca. 12 selvmord per 100 000 personår, og det krever derfor veldig store datamaterialer å finne ut effekten av tiltak mot selvmord.

Eksperimentelle studier av selvmordsatferd er også viktig i tiden fremover. Disse kan gi et bedre grunnlag for å trekke konklusjoner om kausalitet.

– Vi gjør nå studier i mitt laboratorium hvor vi undersøker hvor villige folk er til å gi seg selv sjokk i en prosedyre hvor vi manipulerer at de mislykkes og taper i et spill. Folk som er villige til å straffe seg selv, vil vi forvente er mer tilbøyelige til å forsøke å ta livet sitt i vanskelige situasjoner, og det finner vi da også.

THOMAS JOINER

- Robert O. Lawton professor ved Florida State University
- En av verdens ledende forskere på selvmordsatferd
- Forfatter av *Why People die by suicide* (2005) og *Myths about suicide* (2010)
- Har skrevet 500 artikler og vært redaktør for mer enn 15 bøker
- Tildelt en rekke priser, blant andre den amerikanske psykologforenings pris for viktige bidrag fra unge forskere (2000)

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 2, 2012, side

TEKST:

Johan Sivveland

KONTAKT: anette.berglund@gmail.com

FOTO:

Helge Skodvin