

Selvmordsforebygging: Balansegang mellom realisme og optimisme

TEKST

Kim Larsen

PUBLISERT 5. oktober 2010

Medias omtale av selvmord er ofte preget av anklagen om at fagfolk burde ha oppdaget faresignalene og hindret selvmordet. Etterlattes bebreidelse av psykiatrien kan være preget av det samme. Når det i ettertid er så lett å se hva som skulle vært gjort, hvorfor ble dette opplagte ikke tatt hånd om av fagfolk med opptil syv års utdannelse til å håndtere slikt?

Hvilket av disse to utsagnene tror du er korrekt?

1) *De fleste som begår selvmord, snakker om det på forhånd,* og 2) *De fleste som snakker om å begå selvmord, gjør det ikke.* Det første utsagnet fremstår som korrekt ut fra eksisterende forskning. Problemet er at også det andre utsagnet er riktig.

«Et noe overraskende funn i Hjelmeland og Knizeks artikkel er «tabuiseringsfaktoren» - formodningen om at «det finnes en risiko for å vekke selvmordstanker til live hos en person hvis man spør om han/hun har tanker om selvmord»»

Mange risikofaktorer for selvmord er dokumentert på gruppenivå. Problemet er at disse har lav spesifisitet (de er tilstede hos langt flere personer enn de som dør i selvmord) og lav sensitivitet (de er ikke tilstede hos mange personer som dør i selvmord), slik at prediksjon av selvmord på individnivå blir urealistisk. En vurdering ut fra risikofaktorene vil gi et meget stort antall *falske positive* (de en tror vil komme til å begå selvmord, men som ikke gjør det) og *falske negative* (de en tror ikke vil begå selvmord, men som likevel gjør det). Den samme logikken gjelder også andre risikofaktorer, f.eks. psykiske lidelser. Mange av dem som tar livet av seg, har en diagnostiserbar psykisk lidelse, men de fleste personer som har en psykisk lidelse, tar ikke livet av seg.

La oss ta et talende eksempel med utgangspunkt i en av risikofaktorene: at individet gir omgivelsene varsler, eller signaler, om selvmordet. Dette er hendelser som f.eks. at personen har gitt uttrykk for selvmordstanker, vært opptatt av testamentering, etc. – hendelser som det i ettertid er lett å se har sammenheng med selvmordet. Statistisk sett vil ca. 70% av alle som begår selvmord, sende ut slike «varsler» på forhånd. Hvorfor er det da så vanskelig for personalet å være «i forkant» og identifisere selvmordsfaren? Fordi «varsler» er svært vanlig i befolkningen generelt, også hos dem som aldri vil begå selvmord.

En «trøstende» tanke

Flere filosofer og skjønnlitterære forfattere har vært inne på at selvmordstanker kan ha en trøstende funksjon, som en slags psykologisk sikkerhetsventil. Friedrich Nietzsche skriver at «Tanken på selvmord er en stor trøst; med den kan man komme seg velberget gjennom mang en tung natt». Henrik Wergeland finner trøst i at «Dødens Arme staae jo altid aabne». E. M. Cioran skriver at «Uten muligheten for selvmord hadde jeg tatt livet av meg for lenge siden».

De fleste varsler er «falsk alarm» på den måten at de ikke vil etterfølges av selvmord. Betydningen av varslene vil derfor være forskjellig etter hvor en leser dem langs tidsaksen. Dette kan pedagogisk sett treffende illustreres av to sirkler plassert inne i hverandre. Dersom en ser prosessen prospektivt (i forkant), som en gjør som behandler i psykisk helsevern, vil risikobetingelsene kunne illustreres ved en liten sirkel som inneholder kategorien «varsler etterfulgt av selvmord» omsluttet av en langt større sirkel som inneholder kategorien «varsler ikke etterfulgt av selvmord». Det er menneskene illustrert ved den lille sirkelen det vil være livsviktig å fange opp. Dersom en ser prosessen retrospektivt (i etterkant, etter at selvmordet er et faktum) vil de to sirkelene se vesentlig annerledes ut. Da får vi en stor sirkel (70% av totalen) omsluttet av en litt større sirkel (30% større). Den ytre sirkelen illustrerer de selvmordene som kom «som lyn fra klar himmel (ca. 30%), hvor det ikke var forutgående varsler, mens den indre sirkelen illustrerer de tilfellene hvor varsler ble etterfulgt av selvmord (ca. 70%). Derfor blir det prospektive og retrospektive perspektivet på selvmord så forskjellig. Som Søren Kierkegaard sa: «Livet må leves forlengs og forstås baklengs».

Spør om selvmord

Et noe overraskende funn i Hjelmeland og Knizeks artikkel er «tabuiseringsfaktoren» – formodningen om at «det finnes en risiko for å vekke selvmordstanker til live hos en person hvis man spør om han/hun har tanker om selvmord». Andelen som tror påstanden stemmer, varierer fra 10–11% (befolkningen generelt og hjelpepleiere) til null (psykiatere og psykologer). Dette kan skyldes en forveksling av resultater fra gruppenivå og individnivå – dvs. en økologisk feilslutning.

Det er en kjent sak i suicidologien at visse typer medieomtaler av selvmord, særlig om det angår kjente og idealiserte personer, medfører såkalte «copycat»-selvmord og en økning av antall selvmord utført med samme metode i tiden etter reportasjen. Denne

spredningseffekten forekommer imidlertid *ikke* ved individuelle samtaler fordi personer med et høyt lidelsestrykk vil hatt selvmordstanker. Derfor vil spørsmål om selvmord ha en umiddelbar resonans hos den som blir spurt. Det oppfattes av pasienten korrekt som at man bryr seg og viser empati – den som spør, har «tatt mot til seg» og vært innstilt på å ta det personlige ubehaget det å stille et slikt spørsmål ofte innebærer.

Det er i altfor liten grad tidligere blitt spurt om selvmord i behandlingsapparatet, trolig også fordi det er ubehagelig for oss som behandlere – det oppleves som intimitetsovertråkkende og for personlig. Myten om at det «kan sette personen på tanken» har nok derfor også vært en velkommen rettferdiggjørelse for å unnlate å spørre. Det er tvert imot riktig å praktisere en regel om å spørre alle om selvmordstanker, slik Sosial- og helsedirektoratet anbefaler i «Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern» (2008).

Håp der hvor ingen skulle tro det fantes

Det er et vesentlig behov for opplæring i suicidologi for alle som arbeider i psykisk helsevern. Opplæringen bør forestås av leger og psykologer (eller tilsvarende) med spesielle kunnskaper i suicidologi. Informerte holdninger og gjennomtenkte tiltak kan i kontakt med suicidale pasienter være bokstavelig talt livsviktige, samtidig som de psykoterapeutiske utfordringene kan være mange.

Suicidologisk forskning tyder på at man bør tenke bredspektret i selvmordsforebyggingen. Også tiltak som ingen skulle tro har effekt, har vist seg å ha betydelig selvmordsforebyggende virkning. De mest kontraintuitive selvmordsforebyggingsstiltak er tiltak som kommer sent i den suicidale prosess, like før selvmordet skjer. Eksempler er den betydelige effekten av detoksifikasjonen av husholdningsgass i Storbritannia som foregikk mellom 1958 og 1974 (Kreitman, 1976), lovendringen som påbød å selge mindre pakningsdoser av reseptfrie analgetika som paracetamol og acetylsalisylatpreparater i England og Wales i 1998 (Hawton, Simkin, Deeks et. al., 2004), og sikring av broer og utprangssteder (slik det f.eks. er gjort på Tromsøbroen). Et annet frapperende eksempel er begrensning i tilgangen til skytevåpen og økt sikring av disse. Amerikansk forskning indikerer at et skytevåpen som er innkjøpt med intensjonen om å skremme innbruddstyver, med langt større sannsynlighet vil bli brukt til selvmord av han som kjøpte det, enn til å forhindre kriminelle handlinger (Kellerman & Reay, 1986).

Grunnen til at slike tiltak har virkning, er at selvmordsimpulsen ofte er både temporær og ambivalent. Disse metodebegrensende tiltakene har det fellestrekket at de «kjøper tid» og trekker ut selvmordshandlingen slik at selvmordsimpulsen forandrer seg. Mange selvmord er impulsive – det er særlig disse som forebygges gjennom begrensning av tilgang til selvmordsmetoder. En høy bro beliggende i nærheten av et bysentrum vil være veldig tilgjengelig for impulsive selvmord (f.eks. en alkoholpåvirket ungdom med akutt kjærlighetssorg) hvor personen kan ha en utmerket prognose bare han/hun overlever en temporær krisesituasjon. Denne forskningen viser viktigheten av å ikke låse seg fast i holdningsmessige antakelser om hva som ikke virker.

Når det gjelder selvmord, virker det som de fleste opererer med en uuttalt nullvisjon, og tenker at dersom en person i kontakt med psykisk helsevern har utført selvmord, må behandlerne nødvendigvis ha gjort en feil. Det behøver slett ikke være tilfellet. Vi vil ved hjelp av suicidologisk kunnskap og konstruktive holdninger kunne forhindre mange selvmord, men aldri alle.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 10, 2010, side 906–907

TEKST

Kim Larsen, psykologspesialist, Sykehuset Østfold og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging

+ Vis referanser

Referanser

Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J. et al. (2004). UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. *British Medical Journal*, 329, 1076-1079.

Kellerman, A. L. & Reay, D. T. (1986). The advisability of keeping firearms in the home for protection must be questioned. *New England Journal of Medicine*, 314, 1557-1560.

Kreitman, N. (1976). The coal gas story: United Kingdom suicide rates 1960-1974. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 30, 86-93.