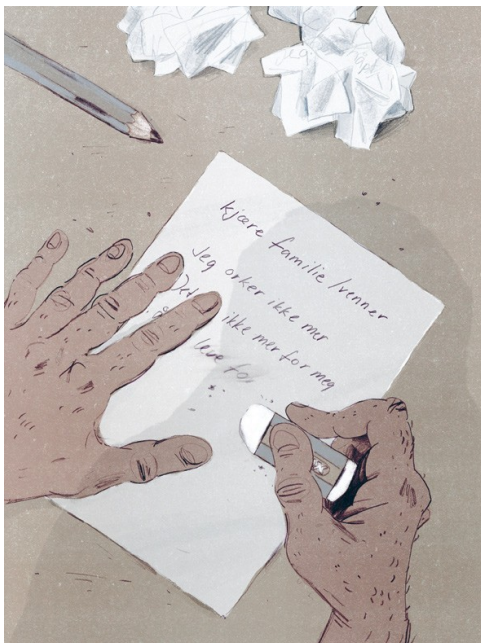


# Utdatert om selvmord



ILLUSTRASJON Åshild Irgens

Artikkelen om selvmord og selvmordsforsøk på nettsidene til Norsk psykologforening er tidvis både utdatert og unøyaktig.

TEKST

**Linda Katrine Tvei**

PUBLISERT **4. september 2016**

Selvmondsatferd og selvmord er noe av det mest utfordrende man kommer ut for som klinikere. For å beskrive og forstå fenomenene er det derfor ekstra viktig å ha et oppdatert begrepsapparat, og en forståelse av de psykologiske mekanismene som er forankret i eksisterende evidens. Norsk psykologforening (NPF) postet en artikkel av Gudrun Dieserud på sine hjemmesider 18. mai om hva selvmord og selvmordsforsøk er. Det er berømmelsesverdig at NPF setter fokus på og sprer kunnskap om et så viktig tema. Artikkelen favner bredt, og omfatter mye interessant og nyttig stoff. Dessverre inneholder den også påstander som er utdaterte, både teoretisk og empirisk. Med et så alvorlig tema er ikke dette trivielt.

## Hva er selvmordsforsøk?

I artikkelen definerer Dieserud begrepet selvmordsforsøk som «[...] en handling som ikke ender med døden, men der en person med vilje tar en overdose medikamenter eller skader seg på annen måte». Selve begrepet *selvmordsforsøk* impliserer at hensikten med atferden er å ta livet sitt. Vi vet imidlertid fra norske og internasjonale studier at det ligger mange intensjoner bak selvmordsforsøk (Hjelmeland & Hawton, 2004;

Hjelmeland et al., 2002). Dieserud vektlegger videre at «selvmordsforsøk er ofte et rop om hjelp». Forståelsen av selvmordsforsøk som a «cry for help» ble lansert av Erwin Stengel tidlig på 60-tallet, og ble raskt tolket som at selvmordsforsøk primært handler om å appellere til omgivelsene. Professor Mark Williams ved University of Oxford går i sin bok *Cry of pain* i rette med denne myten. Han skriver: «[...] the cry for help idea [...] has outlived its usefulness» (s. xv). Selv om suicidale handlinger kan føre til at omgivelsene endrer hvordan de forholder seg til vedkommende som har skadet seg, betyr ikke dette at *det* er hensikten med handlingen. Som Williams poengterer: «those who work closely with people who feel suicidal and sometimes act on such feelings know that such behavior is never ‘merely’ anything» (s. xv). Det er ikke dermed sagt at det å uttrykke et ønske om hjelp ikke kan være en *konsekvens* av atferden, men det er som oftest ikke den som i utgangspunktet leder mennesker i krise til å skade seg.

**«Dieseruds beskrivelse av en lineær modell der summen av belastninger øker og til slutt blir for mye, er simplistisk og sterkt kritisert av toneangivende suicidologer»**

Det er flere grunner til at Dieseruds videreføring av «rop om hjelp»-myten er farlig. Denne omtalen av suicidale handlinger har, som Williams (2014) påpeker, fått en klart nedlatende konnotasjon og har derfor sammenheng med hvordan vi som klinikere møter denne pasientgruppen. En metaanalyse fant at helsepersonell var betydelig mindre sympatiske i møte med det de oppfattet som «rop om hjelp» enn med «virkelige selvmordsforsøk» (Hawton, Taylor, Saunders, & Mahadevan, 2011). En viktig grunn til at «rop om hjelp» er en livsfarlig myte, er at den bagatelliserer suicidal atferd som på kort sikt kan virke ufarlig, men som på lang sikt innebærer betydelig risiko. I en omfattende britisk studie så man for eksempel at pasienter som kuttet seg overflatisk, hadde større risiko for selvmord på lang sikt enn pasienter som forgiftet seg (Hawton et al., 2012). Dieseruds artikkel er for det første unyansert på at det som for klinikere og ambulanspersonell kan oppfattes som selvmordsforsøk, ikke nødvendigvis er det, for eksempel medisinsk alvorlig selvforgiftning. Dette er noe vi trenger å vite og være nysgjerrige på når vi snakker med disse pasientene. For det andre er den unyansert på at *handlinger som fremstår tilsynelatende ufarlige, medfører en betydelig selvmordsrisiko på lang sikt*, eksempelvis overflatisk kutting. Dieserud kommenterer ikke de siste årenes innsikt i at det ikke nødvendigvis er noen sammenheng mellom medisinsk alvorlighetsgrad (hvor potensielt dødelig handlingen er) og hvor sterkt den som skader seg, ønsker å dø. Mennesker som skader seg selv alvorlig, ønsker ikke nødvendigvis å dø, og de som har et sterkt ønske om å dø, benytter seg ikke nødvendigvis av livstruende metoder (Gjelsvik, Heyerdahl, Holmes, Lunn, & Hawton, (i trykk); Sapyta et al., 2012). Slike data minner oss om at plausible sammenhenger (jo mer alvorlig selvskading, jo

sterkere dødsønske) ikke nødvendigvis er tilfelle når man studerer denne populasjonen nærmere. Dieseruds endimensjonale beskrivelse av selvmordsforsøk bygger opp under en ensidig prioritering av medisinsk alvorlige over mindre medisinsk alvorlige handlinger. Dette er noe av bakgrunnen for at europeisk terminologi er *villet egenskade* (med varierende grad av medisinsk alvorlighetsgrad og suicidal intensjon) heller enn å skille mellom selvmordsforsøk og ikke-suicidal selvskading (Kapur, Cooper, O'Connor, & Hawton, 2013). Å ha et oppdatert begrepsapparat når man skriver om disse fenomenene, er altså ikke kun semantikk. Hvordan vi forstår selvskading og selvmordsatferd, har direkte sammenheng med hva vi gjenkjenner som farlig, og hvordan man som kliniker velger å agere.

### **Simplistisk forståelse av prediksjon**

Dieserud skriver: «Selvmord er som oftest ingen tilfeldig handling, men er knyttet til summen av et menneskes sårbarhet og opplevde problemer, selv om handlingen kan fremstå som impulsiv.» Det Dieserud er unyansert på, er at det er mange som har en stor sum av ekstreme belastninger, som aldri vil være i selvmordsfare. Hvordan vil Dieserud forklare at summen av en gitt rekke belastninger for noen er håndterbart, mens det for andre utløser en suicidal krise? Dette er selve gåten klinikere står ovenfor i møte med selvmordstruede pasienter. Siste tiårs forskning har vært opptatt av å identifisere nettopp under hvilke omstendigheter belastninger for et lite mindretall blir for mye. Dieseruds beskrivelse av en lineær modell der summen av belastninger øker og til slutt blir for mye, er simplistisk og sterkt kritisert av toneangivende suicidologer (f.eks. Klonsky & May, 2014; Nock et al., 2008; O'Connor & Nock, 2014). Et slikt perspektiv forholder seg ikke til dilemmaet rundt at så mange synes å være i risiko, samtidig som så få faktisk ender med å skade seg selv eller ta sitt eget liv. Dette henger sammen med et tredje og veldig problematisk poeng i Dieseruds artikkel. Dieserud påpeker at en persons kognitive stil kan fungere som en individuell markør for risiko, for eksempel ved å se på hvordan en person vanligvis løser problemer:

Når vi skal prøve å forstå selvmordsfare, kan det være til hjelp å vurdere en persons vanlige måter å løse problemer på. Som oftest er det mulig å se et relativt fast mønster i menneskers mestringsstrategier gjennom livet. Det er ikke slik at vi endrer oss dramatisk i ulike livsfaser eller krisesituasjoner.

Dette stemmer ikke. Antakelsen om trekkliggende sårbarhetsfaktorer har vært svært toneangivende, særlig med Beck og kollegers modell for tilbakevinnende depresjon (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Man antok at dysfunksjonelle holdninger ble betraktet som udetonerte bomber som dersom de sammenfalt med eksterne livshendelser, kunne resultere i depressivt tilbakefall (f.eks. når den dysfunksjonelle antakelsen om at man kun har verdi når man er i et forhold, sammenfaller med et samlivsbrudd). Forskning på prediktorer for depressivt tilbakefall viser imidlertid at denne modellen mangler støtte. Segal og kolleger skriver: «there has been very few occasions in clinical psychology research in which such strong prediction has been rejected in such a clear-cut way» (Segal, Williams, & Teasdale, 2013). I stedet forstås

sårbarhet for depressive og suicidale tilbakefall i økende grad i form av individuelle forskjeller i hvor raskt maladaptiv kognitiv prosesseringsstil (f.eks. ruminativ, abstrakt, svekket evne til problemløsning) re-etableres ved dysforisk stemningsleie (Williams, Crane, Barnhofer, Van der Does, & Segal, 2006; Williams, 2014). Dette betyr at svingninger i stemningsleiet for enkelte svært raskt kan utløse dramatiske endringer i både tanke- og følelsesinnhold og dysfunksjonelle måter å prosessere tanker på, som ikke er målbart når stemningsleiet er normalt, og som kan eskalere en suicidal krise. Williams, Barnhofer, Crane og Beck (2005) demonstrerte dette i en eksperimentell studie med tre grupper: en gruppe med tidligere suicidal depresjon, en gruppe tidligere deprimerte, men uten en historie med suicidalitet, og en gruppe som aldri hadde vært deprimerte. Det var ingen forskjell i hvordan disse tre gruppene løste interpersonlige problemer forut for en eksperimentell intervensjon som senket stemningsleiet. Det var først når de ble gjort triste, at en kognitiv sårbarhet ble synlig: Mens alle ble litt nedstemte, utløste det midlertidig lave stemningsleiet for gruppen med en suicidal historikk en kollaps i problemløsningsevnen som ikke var synlig i fravær av dysforisk stemningsleie. Dette betyr at noen svært raskt kan gå fra å ha en helt upåfallende måte å fungere på til å være ute av stand til å løse enkle praktiske, og ikke minst komplekse relasjonelle, problemer. Dette kan vi som klinikere gjenkjenne i pasienters fortellinger om at de uten forvarsel plutselig kan føle seg mye verre.

### **Utfordrende å predikere suicidrisiko i klinisk praksis**

Hvorfor er dette essensiell kunnskap i vurdering av selvmordsrisiko? En klar melding fra denne og lignende studier er at prediksjon av selvmordsfare er ytterst problematisk. Konklusjonen fra systematiske studier som har undersøkt om vi med noenlunde sikkerhet kan predikere fremtidig suicidrisiko, er et utvetydig nei (O'Connor, Platt, & Gordon, 2011). Redaktøren av British Medical Journal har beskrevet forsøkene på å vurdere fremtidig suicidal atferd og selvmord som «ganske enkelt ikke evidensbasert praksis». At faresignalene først blir synlige (og målbare) i kontekst av korte blaff av lavt stemningsleie, reiser særlige utfordringer for klinikere. At det for mer enn halvparten av de som skader seg selv (med varierende grad av suicidal intensjon), tar mindre enn 10 minutter fra de har tanken til de faktisk skader seg, illustrerer dette ytterligere (Deisenhammer et al., 2009). Dieseruds påstand om trekkliknende sårbarhetsfaktorer er altså ikke bare uten empirisk støtte – den gir et feilaktig og misvisende bilde av hvilke utfordringer vi står overfor i vurdering av selvmordsrisiko.

At NPF løfter frem temaet selvmord og selvmordsatferd, er bra og viktig. Som en av de viktigste aktørene i Norge for å formidle kunnskap om psykiske helseplager både til fagfolk og et mer generelt publikum er det dog svært viktig at det som blir formidlet, er evidensbasert kunnskap. Selvmord er den mest fatale følgen av psykisk smerte både for individet selv og for pårørende, og noe av det verste man som kliniker kan oppleve. Da er det ekstra viktig å ha et oppdatert og evidensbasert kart å navigere etter.

## TEKST

**Linda Katrine Tvei**, 5.-års profesjonsstudent. Nylig avsluttet studieopphold ved University of Oxford, Department of Psychiatry

+ Vis referanser

### Referanser

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy and depression.*: Guilford Press.
- Deisenhammer, E.A., ing, C.-M., Strauss, R., Kemmler, G., Hinterhuber, H., & Weiss, E. (2009). The Duration of Suicidal Process: How Much Time Is Left for Intervention Between Consideration and Accomplishment of a Suicide Attempt? *The Journal of clinical psychiatry*, 70(1), 19-24.
- Gjelsvik, B., Heyerdahl, F., Holmes, J., Lunn, D., & Hawton, K. (I trykk). Is there a relationship between suicidal intent and lethality in deliberate self-poisoning? IN PRESS.
- Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J., & Waters, K. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1212-1219.
- Hawton, K., Taylor, T.L., Saunders, K.E.A., & Mahadevan, S. (2011). Clinical care of deliberate self-harm patients: an evidence-based approach. I R.C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (red.), *International Handbook of Suicide Prevention*: John Wiley & Sons
- Hjelmeland, H., & Hawton, K. (2004). Intentional Aspects of Non-Fatal Suicidal Behaviour. I D.D. Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, & A. Schmidtke (red.), *Suicidal Behaviour, Theories and Research Findings*: Hogrefe and Huber.
- Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., Leo, D.D., Fekete, S., ... Wasserman, D. (2002). Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), 380-393.
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R.C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry*, 202, 326-328. doi: 10.1192/bjp.bp.112.116111
- Klonsky, E.D., & May, A. (2014). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: A critical Frontier for Suicidology Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 1-5.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.
- O'Connor, R.C., & Nock, M.K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014, 1, 73-85.
- O'Connor, R.C., Platt, S., & Gordon, J. (2011). Achievements and challenges in suicidology: Conclusions and future predictions. I R.C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (red.), *International handbook of suicide prevention* (pp. 625-642): Wiley-Blackwell.
- Sapyta, J., Goldston, D.B., Erkanli, A., Daniel, S.S., Heilbron, N., Mayfield, A., & Treadway, S.L. (2012). Evaluating the Predictive Validity of Suicidal Intent and Medical Lethality in Youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 222-231.
- Williams, J.M.G., Crane, C., Barnhofer, T., Van der Does, A.J.W., & Segal, Z.V. (2006). Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 91(2-3), 189-194.
- Williams, M.G. (2014). Cry of pain, understanding suicide and the suicidal mind: Piatkus.
- Williams, M.G., Barnhofer, T., Crane, C., & Beck, A.T. (2005). Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of abnormal psychology*, 114(3), 421-431.

