

Misvisende om selvmordsforebygging



Faksimile fra aprilutgaven av Psykologtidsskriftet.

Det kan være ubehagelig å utfordre toneangivende fagfolks «fakta», men det er nødvendig.

TEKST

**Heidi Hjelmeland
Birthe Loa Knizek
Mette Lyberg Rasmussen**

PUBLISERT 3. mai 2020

EMNER

selvmordsforebygging

Selv mord

I innlegget «Myter og fakta om selvmordsforebygging» kommer Walby, Myhre, Tørmoen, Kildahl og Mehlum (2020) med en rekke påstander. Forfatterne er ikke hvem som helst i fagfeltet. De representerer *Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging* (NSSF). Dermed burde man kunne forvente en sober argumentasjon. Noen av påstandene deres er imidlertid så misvisende eller direkte uriktige at de ikke kan stå uimotsagt. Det er dessverre ikke plass til å ta tak i alle her, men vi vil kommentere noen av dem.

LES OGSÅ

Myter og fakta om selvmordsforebygging

Kritikere har tegnet et bilde av at selvmordsforebyggingen i Norge er i krise. Det er langt fra sannheten.

Biomedisinsk forklaringsmodell

Walby et al. (2020) viser til sine til sammen «over 70 års erfaring på feltet» og hevder at de aldri har møtt «biomedisineren». Da ser de ikke egen skog for bare trær. Vi har kritisert NSSFs biomedisinske *forståelse* av suicidalitet. Den biomedisinske forklaringsmodellen knytter selvmord direkte til psykiske lidelser (O'Connor & Sheehy, 2000). NSSFs talspersoner har i alle år insistert på at minst 90 % av de som tar sitt liv, har minst én psykisk lidelse (med tilhørende årsakssammenheng), senest i det intervjuet (Walby i intervjuet av Halvorsen, 2020) som avstedkom deres kommentar (Walby et al., 2020). I forbindelse med Ari Behns selvmord var de igjen ute i «alle kanaler» og understreket den sterke sammenhengen mellom psykiske lidelser og selvmord. Walby har til og med hevdet at «det er sykdommene som først og fremst dreper» (Dagsrevyen, november 2018). Mer biomedisinsk enn det blir det ikke.

LES OGSÅ

Første gang jeg mistet en pasient

Det kjentes som et tungt lodd som sakte ble senket ned gjennom magesekken. Kunne jeg bruke erfaringen på en meningsfull måte?

Walby (i intervjuet av Halvorsen) hevder at det i forskningsverdenen ikke er noen diskusjon om betydningen av å fokusere på psykiske lidelser i selvmordsforebyggingen, «bortsett fra i noen små miljøer». Han viser til den samme forskningen som alltid; forskning som ikke holder forskningsmetodisk mål (Hjelmeland et al., 2012). Når det gjelder påstanden om små miljøer, tar han dessuten ettertrykkelig feil. Både her i landet og internasjonalt er det stor motstand mot en snever biomedisinsk forståelse av selvmord. Utallige forskere, klinikere, selvmordsforebyggere, etterlatte ved selvmord, og personer med levd erfaring med suicidalitet over hele verden har dannet det stadig voksende internasjonale *Critical Suicide Studies Network* (www.criticalsuicidology.net). Nettverket tar et oppgjør med det rådende «sannhetsregimet», der suicidologien har blitt altfor snever i sitt fokus på individuell patologi (Marsh, 2010) og positivistiske forskningsmetoder (Hjelmeland, 2016). Nettverkets utgangspunkt er at suicidalitet kjennetegnes av mangfoldighet, ustabilitet, sosial kontekst og kompleksitet (White et al., 2016). Den internasjonale Aeschi-gruppen har i mer enn 20 år kritisert fokuset på psykiske lidelser i klinisk selvmordsforebygging, både fordi det er lite fruktbart, og fordi det har en rekke uheldige konsekvenser (Michel & Jobes, 2011). Dette er kun to av mange eksempler.

«Istedenfor å legge opp til saklig debatt, går NSSF til angrep med påstander om at «mange misforstår»»

Biomedisinsk versus biopsykososial

Et vanlig forsvar mot kritikk av et biomedisinsk ståsted er at man *egentlig* bekjenner seg til den biopsykososiale modellen. Så også Walby og co. Men hva innebærer det egentlig?

Modellen kan beskrives som eklektisk, med store forskjeller på vektleggingen av biologiske (eller medisinske/psykiatriske), psykologiske eller sosiale risikofaktorer. Man skiller også mellom bottom-up- og top-down-mekanismer i systemet, noe som gir grunnlag for reduksjonistiske tilganger: «Contemporary psychiatry is more imbalanced than ever, with it currently attracting a great deal of criticism for its positivistic commitments and for its bias in favor of biomedical/neuroscientific explanatory paradigms» (Benning, 2015, s. 350–351). Hovedproblemet er dessuten fokuset på risikofaktorer, enten disse er biologiske, psykologiske eller sosiale, med tilhørende lineær forklaringstankegang, og der det ikke er rom for suicidalitetens subjektive og kontekstuelle *mening* (Hjelmeland, 2016).

Problemet er risikofaktorfokus

En metaanalyse av 50 års risikofaktorforskning konkluderte med at *ingen* risikofaktorer har klinisk nytteverdi (Franklin et al., 2017). Nesten ingen av dem som sliter med de vanlige risikofaktorene, tar sitt liv. Dette gjelder også psykiske lidelser: «96%-98% of mood disorder patients will *not* die by suicide» (Franklin et al., 2017, s. 217). Psykiske lidelser (og andre risikofaktorer) sier, *i seg selv*, lite eller ingenting om hva suicidaliteten handler om for dem det gjelder, eller om selvmordsrisiko. Dermed gir de psykiske lidelsene heller ikke et godt nok grunnlag til å vurdere, håndtere eller behandle suicidalitet hos enkeltpersoner. Derfor er det mer fruktbart å fokusere på de(n) subjektive *mening(er)* suicidaliteten har for dem det gjelder, i deres *kontekst* (Hjelmeland & Knizek, 2016a).

I en oppsummeringsstudie av kvalitativ forskning peker White (2016) på betydningen av at klinikere erkjenner at pasientene deres er medlemmer av familier, samfunn og kulturelle kontekster, og hvordan en suicidal person kanskje strever med å håndtere behov, verdier og forventninger fra hver av dem. Hun understreker at «...by helping suicidal persons to see some of the cultural and societal constraints that may be contributing to their despair (e.g. narrow notions of masculinity, patriarchal practices), practitioners can help individuals recognize that the challenges they are facing may not be of their own making, which is in keeping with a social justice orientation to counselling and prevention» (s. 348).

Stråmannsargumentasjon

Som nasjonalt senter har NSSF makt til å definere «fakta» både helsemyndigheter og deler av fagmiljøet innretter seg etter. Andre deler av fagmiljøet er svært kritiske. I stedet for å legge opp til saklig debatt, går NSSF til angrep med påstander om at «mange misforstår» og «enkelte mener». Når de ikke sier hvem disse er, fremstår dette som stråmannsargumentasjon. De hevder for eksempel at «Det fremstår som et paradoks at samfunnet som helhet ønsker økt åpenhet om selvmordsproblematikk, samtidig som enkelte mener at man skal ha mindre fokus på dette i psykisk helsevern». Vi har aldri hørt om noen som mener det.

De navngir imidlertid én av sine kritikere, når de hevder at «Hjelmeland har til og med hevdet at det å ha et sterkt fokus på psykiske lidelser er en medvirkende årsak til at selvmordsraten ikke har gått ned». Dette er ikke riktig. Hun svarte ja på et direkte spørsmål fra Psykologtidsskriftets journalist om det sterke fokuset på psykiske lidelser *kan være en medvirkende årsak til manglende nedgang i selvmordsraten* (det er betydelig forskjell på *kan være* og *er*), og listet opp en rekke mulige grunner for en slik mulig sammenheng (Hjelmeland intervjuet av Halvorsen, 2020). Dessverre tok ikke journalisten med *alle* begrunnelsene. Han utelot poenget etterlatte etter selvmord har framhevet, nemlig at det var fagfolks stadige understreking av at selvmord handler om psykiske lidelser, som gjorde at de ikke så selvmordsfaren hos sine sønner. De trodde at man måtte ha en psykisk lidelse for å ta sitt liv, og ettersom de ikke hadde sett tegn til alvorlig psykisk lidelse, trodde de ikke det var noen selvmordsfare (Rasmussen & Dieserud, 2018). Dette er studien fagsjefen i Psykologforeningen (Herheim, 2020) viser til, men som Walby og co. bare avfeier, med svært misvisende argumentasjon; en studie Rasmussen og Dieserud for øvrig fikk *Legeforeningens pris for forebyggende arbeid 2019* for.

Myter og fakta?

Walby og co. (2020) ser ut til å mene at de forvalter «fakta», mens vi som representerer andre faglige ståsteder, bare har «myter» å fare med. Man bør imidlertid være svært forsiktig med å snakke om fakta i suicidologien. Suicidalitet handler om mange ulike ting, og kvalitativ forskning har bidratt med kunnskap om mange kontekstuelle forståelser av selvmord/ suicidalitet (Hjelmeland & Knizek, 2016b; White, 2016). Det er ingen forhold som gjelder for absolutt alle selvmord. Suicidalitet er et komplekst, mangefasettert, motsetningsfylt og kontekstuel fenomen, som typisk forekommer i dynamiske sosiokulturelle kontekster, der individuelle sårbarheter, relasjonelle identiteter, forventninger fra familie og kultur samt normative diskurser krysser hverandre på svært komplekse og motstridende måter, og «the emotional experience of suicidality is fluid, complex and layered» (White, 2016, s. 340).

Fora for saklige debatter

NSSF har vært premissleverandør for retningen på det nasjonale selvmordsforebyggende arbeidet i 25 år. Suicidologien er for tiden i rivende utvikling (se f.eks. www.criticalsuicidology.net for referanser). Det kan være ubehagelig å utfordre toneangivende fagfolks «fakta» (Hjelmeland & Knizek, 2017), men det er

nødvendig. Det er blant annet gjennom saklige debatter mellom folk som er uenige med hverandre, at fagfelt utvikles. Et nasjonalt senter bør se det som sin oppgave å skape gode fora og arenaer for slike. Helsedirektoratet tok utfordringen på tampen av fjoråret, da de i forbindelse med revisjon av retningslinjene inviterte en rekke kritiske røster til seminar. Herved oppfordres NSSF til å gjøre tilsvarende.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 5, 2020, side 377-380

TEKST

Heidi Hjelmeland, PhD, professor, Institutt for psykisk helse, Norges teknisknaturvitenskapelige universitet (NTNU)

Birthe Loa Knizek, PhD, psykologspesialist, professor, Institutt for psykisk helse, Norges teknisknaturvitenskapelige universitet (NTNU)

Mette Lyberg Rasmussen, PhD, psykolog, DPS Groruddalen, Akershus universitetssykehus (AHUS), og kandidat, Norsk Psykoanalytisk Institutt.

+ Vis referanser

Benning, T.B. (2015). Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. *Journal of Affective Disorders*, 6, 347-352. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S82937>

Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Fox, K.R., Bentley, K.H., Kleiman, E.M., ... Nock, M.K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Journal of Affective Disorders*, 143(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>

Halvorsen, P. (2020). Splittet i synet på selvmordsforebygging. *Journal of Affective Disorders*, 57(2), 90-95.

Herheim, Å. (2020). Å forstå psykologien bak selvmord er ingen sjekklisteroppgave.

Hjelmeland, H. (2016). A critical look at the current suicide research. I: J. White, I. Marsh, M. Kral & J. Morris (red.), *Handbook of Suicide and Risk Management*, s. 31-55. UBC Press.

Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B.L., Leenaars, A.A. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: Are they methodologically flawed? *Journal of Affective Disorders*, 36, 605-626. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.584015>

Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2016). Time to change direction in suicide research. In: R. O'Connor & J. Pirkis (red.), *Handbook of Suicide and Risk Management*, 2nd edition, s. 696-709. Chichester, UK; Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118903223.ch39>

Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2016b). Qualitative evidence in suicide: Findings from qualitative psychological autopsy studies. I: K. Olson, R.A. Young, I.Z. Schultz (red.), *Handbook of Suicide and Risk Management*, s. 355-371. New York: Springer Science+Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2920-7_21

Hjelmeland, H., & Knizek, B.L. (2017). Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power and vested interests. *Journal of Affective Disorders*, 41(8), 481-492. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1332905>

Marsh, I. (2010). *Handbook of Suicide and Risk Management*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Michel, K. & Jobes, D. (red.) (2011).

Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12303-000>

O'Connor, R. & Sheehy, N. (2000)

. Oxford: PBS Blackwell.

Rasmussen, M.L. & Dieserud, G. (2018). Etterlattes erfaringer ved selvmord hos unge men.
, <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0571>

Walby, F.A., Myhre, M., Tørmoen, A., Kildahl, A.T., og Mehlum, L. (2020). Myter og fakta om selvmordsforebygging.
, 57(4), 294-297.

White, J. (2016). Qualitative evidence in suicide ideation, attempts, and suicide prevention. I: K. Olson, R.A. Young, I.Z. Schultz (red.),
, s. 335-354. New York: Springer Science+Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2920-7_20

White, J., Kral, M., Marsh, I., & Morris, J. (2016). Introduction: Rethinking suicide. I: J. White, M. Kral, I. Marsh, & J. Morris (red.),
st (s. 1-11). Vancouver: UBC Press.