

Psykologisk behandling av selvmordsforsøkere

Selvmordsatferd er forbundet med høy grad av utstøtning. Hjelpetiltak og forskning har vært av beskjedent omfang, lidelsens alvorlighetsgrad tatt i betraktning. I de senere år er det imidlertid kommet flere initiativer for å forstå og forebygge selvmordsatferd og selvmord.

Selvmordsforskning har i hovedsak vært rettet mot risikofaktorer. Intervensjonsstudier har vært sjeldnere, og det har vært reist spørsmål om det i det hele tatt er mulig å forebygge selvmord. Fraværet av gode intervensjonsstudier kan føre til resignasjon og mytedanning om at de som virkelig vil ta sitt liv, gjør det uansett, mens selvmordsforsøkere bare vil ha oppmerksomhet og ikke mener alvor med sine trusler. En hovedgrunn til at det er så vanskelig å dokumentere effekt av intervensjon, er at det er nødvendig med store materialer (mange tusen mennesker) for å kunne påvise ev. statistisk signifikant nedgang i antall selvmord. Derfor må man i mange tilfeller benytte indirekte mål for å vise effekt. Hvis en behandlingsmetode virker mot depresjon, er dette noe vi kan anta vil medføre færre selvmord. Slik kan man også tenke om en behandling som lykkes i å redusere rusatferd og annen utagering hos pasienter med personlighetsforstyrrelser.

Et selvmordsforsøk er en handling med mange forskjellige årsaker. Dermed er det vanskelig å gjøre kontrollerte studier av et virkemiddel. Eksempelvis er det alminnelig enighet om at litium virker selvmordsforebyggende ved manisk-depressiv sinnslidelse. Selv om de fleste selvmordstruede har en klinisk depresjon, er det imidlertid de færreste som har en manisk-depressiv lidelse og der effekten av litium på forekomsten av selvmordsforsøk eller selvmord kan måles.

Selvmordsforsøk er en av de viktigste risikofaktorer for senere selvmord (1). Derfor er det viktig å intervenere. Intervensjonen bør rette seg mot hovedproblemene. Det kan for eksempel være psykososial intervensjon med eller uten medikamentell behandling. I en systematisk oversikt over kontrollerte studier etter selvmordsforsøk (2) var konklusjonen at såkalt dialektisk atferdsterapi etter Linehan og medarbeideres modell (3) er bedre enn rutinebehandling. Hovedkonklusjonen var imidlertid at det er stor usikkerhet omkring hvilke psykososiale intervensjoner som er effektive, og behovet for store kontrollerte studier understrekes.

Guthrie og medarbeidere har foretatt en randomisert studie av kortvarig psykologisk intervensjon etter selvpåført forgiftning. Intervensjonen ble foretatt av trente sykepleiere (4). 119 pasienter ble randomisert til

kortvarig psykodynamisk intervensjon i form av fire ukentlige 50-minutters sesjoner i hjemmet, eller til rutinemessig oppfølging. Pasientene i intervensjonsgruppen hadde vesentlig mindre selvmordsimpulser og mindre depresjon ved oppfølging etter seks måneder, og de var betydelig mer tilfreds med oppfølgingen. Andelen som hadde gjort nye selvmordsforsøk var 9% i intervensjonsgruppen, mot 28% i kontrollgruppen.

Selv om studien har gode resultater, er det flere metodeproblemer. Det var bare 60% av dem som begynte intervensjonen som var med på fire sesjoner, og de 119 representerte bare 51% av dem som ble invitert til å være med i studien. De resterende 49% sa nei. Deltakerne hadde mer alvorlige selvmordsforsøk bak seg enn dem som ikke var med. I kontrollgruppen ble omtrent en tredel henvisning til psykiatrisk poliklinikk, noen få til behandling for misbruk, mens de fleste ble rådet til å kontakte sin primærlege. Forfatterne har i en annen studie vist at mindre enn halvparten av pasientene ved fire engelske universitetssykehus fikk psykososial spesialistvurdering etter selvpåført forgiftning, noe de ikke mente kunne forsvares, verken av økonomiske eller faglige grunner (5).

Mye tyder på at den rutinemessige oppfølgingen er bedre i Norge enn den som er anført i den engelske studien og det som er praksis ved flere andre engelske sentre. Ved dårlig rutinemessig oppfølging skal det selvsagt ikke så mye til for å bedre situasjonen. De fire gangene pasientene i Guthrie og medarbeideres studie hadde kontakt med behandler, gav sikkert muligheter for oppmerksomhet omkring viktige problemer i den enkeltes livssituasjon. Hjemmebesøk kan være et konkret uttrykk for et engasjement som kan bryte med mange selvmordsforsøkernes gjentatte opplevelser av å bli avvist.

Etter mange års erfaring med selvmordsforsøkere virker det urealistisk å forvente at en måneds oppfølging kan være tilstrekkelig. Det er kanskje nok hvis den utløsende årsak er en avgrenset krisesituasjon. De fleste har imidlertid sammensatte problemer. Betydelige depresjoner og/eller personlighetsforstyrrelser er vanlig, og dette løses ikke på 3–4 timer. Problemer knyttet til avvisning, skam og lav selvfølelse medfører at det tar tid å bygge opp tillit til en behandler. Derfor kan det gå måneder og år før pasienten kan sette ord på traumer og krenkelser som kan ha ført til tvil om vedkommende er ønsket og berettiget til å utfolde seg i sitt eget liv.

Selvmordsrisikoen er økt særlig det første året etter et selvmordsforsøk, men også i

mange år etterpå (1). I tillegg er dødeligheten av andre årsaker høy, slik at 22% var døde ti år etter selvpåført forgiftning i Oslo (1). Dette taler for at man som utgangspunkt bør følge opp selvmordsforsøkere i minst ett år. Et slikt utgangspunkt svarer til oppfølgingen ved andre tilstander som har en like høy dødelighet. Noen pasienter ønsker ikke oppfølging. Dette gir like lite grunnlag for faglig unnfalleshets som om oppfølgingen av pasienter med diabetes mellitus skulle svekkes fordi enkelte ikke følger anbefalinger om livsstilsendring. Erfaringene med oppfølging i Bærums-modellen, med aktiv innsats fra helsesøstre, gir indirekte støtte for at systematisk oppfølging nytter (6).

Den kliniske praksis som er etablert etter selvmordsforsøk bør utvikles og bedres. Forskningsmessig bør det settes i gang store intervensjonsstudier hvor det inkluderes pasienter med homogene og sammenliknbare problemstillinger. Dette klarte ingen i forrige århundre, men nå er vi kanskje i ferd med å bevege oss ut av startblokkene?

Øivind Ekeberg

oeivind.ekeberg@ulleval.no
Institutt for medisinske atferdsfag
Postboks 1111 Blindern
0317 Oslo

Øivind Ekeberg (f. 1945) er overlege i psykiatri ved akuttmedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus og professor ved Institutt for medisinske atferdsfag. Han hadde hovedansvaret for å utarbeide et selvmordsforebyggende program i Norge.

Litteratur

1. Ekeberg Ø, Jacobsen D, Ellingsen Ø. Mortality and causes of death in a 10-year follow-up of patients treated for self-poisonings in Oslo. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24: 398–405.
2. Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R et al. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998; 317: 441–7.
3. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060–4.
4. Guthrie E, Kapur N, Machway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Marino-Francis F et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* 2001; 323: 1–4.
5. Kapur N, House A, Creed F, Feldman E, Friedman T, Guthrie E. General hospital services for deliberate self-poisoning: an expensive road to nowhere? *Postgrad Med J* 1999; 75: 599–602.
6. Dieserud G. *Suicide attempt. Unsolvable lives?* Doktoravhandling. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, 2000.