

Selvmondsatferd er et stort helseproblem, men vi mangler fortsatt mye kunnskap om hvordan selvmord kan forebygges

Hva bør gjøres ved selvmordsatferd?

Selvmondsatferd er knyttet til omfattende personlig smerte og lidelse og kan føre til sorg, usikkerhet, hjelpeløshet, sinne og fortvilelse blant familie, venner, kolleger og fagpersoner. Selvmord er fortsatt forbundet med tabu og fortielse. Dette er trolig noe av forklaringen på at kunnskap, forskning og tiltak ikke står i noe rimelig forhold til problemets omfang. Derfor blir mange av oss svar skyldig når det reises spørsmål om hvilke tiltak som har dokumentert selvmordsforebyggende effekt.

Flertallet av dem som tar sitt liv, har en behandlingstrengende psykisk lidelse på dødstidspunktet, oftest depresjon (1). For mange psykiske lidelser har vi kunnskap om hva som er effektiv intervensjon, men vi vet fortsatt lite om hvilke tiltak som er effektive ved selvmordsfare. Mesteparten av forskningen som er gjort innen suicidologi, dreier seg om risikofaktorer, og her er kunnskapsgrunnlaget ganske godt. Det er tankevekkende at i mange studier av eksempelvis depresjonsbehandling, er pasienter med høy selvmordsrisiko ekskludert, mens det innen andre områder i medisinen er vanlig å være særlig oppmerksom på de alvorligste tilstandene med høy dødelighet. I psykiatrien er selvmord en svært alvorlig konsekvens, men likevel er forskningsaktiviteten lav. Samtidig er noen av de mest inngripende virkemidler som benyttes i klinisk arbeid, slik som tvangsinnleggelse, knyttet til selvmordsfare.

Tvangsinnleggelse i psykiatrisk avdeling er et omfattende inngrep i den personlige frihet og integritet. Det foreligger imidlertid ingen kontrollerte studier som viser at tvangsinnleggelse forhindrer selvmord. Det er heller ingen kontrollerte studier som viser at elektrokonvulsiv behandling (ECT) har noen selvmordsforebyggende effekt, selv om det i lærebøker i psykiatri står at depresjon med selvmordsfare er en særlig indikasjon for slik behandling (2). Det er likevel ikke korrekt å konkludere med at fravær av dokumentert effekt er det samme som at et tiltak ikke virker. De fleste vil mene at det er etisk uakseptabelt å avstå fra tvangsinnleggelse ved åpenbar selvmordsfare i mangel av studier. Det foreligger mye viktig kunnskap basert på god klinisk erfaring, og kravet til kunnskapsbasert behandling forutsetter en ydmyk holdning med hensyn til hvor forskningsfronten faktisk befinner seg. Men et godt klinisk skjønn må heller ikke føre til at etablert praksis videreføres uten at det søkes mer systematisk kunnskap.

Det er mange bakenforliggende årsaker og kliniske tilstander ved selvmordsatferd. Det er derfor nødvendig med studier av avgrensede og relativt homogene grupper. Et eksempel på dette er studier av personer med ustabil personlighetsforstyrrelse, slik Lars Mehlum & Anne Irene Jensen beskriver i dette nummer av Tidsskriftet (3). Noen slike studier av tiltak har vist lovende resultater, og det er nå endelig igangsatt intervensjonsstudier ved selvmordsfare også i Norge. Behovet for intervensjonsstudier er særlig stort i vårt land, fordi vi ikke har hatt den samme nedgangen i selvmordsraten som Danmark, Sverige og flere andre europeiske land. For selvmordsforebygging gjelder den best dokumenterte effekten bruk av litium ved stemningslidelser. I en systematisk gjennomgang av randomiserte, kliniske studier fant Cipriani og medarbeidere at slik behandling førte til signifikant færre selvmord (4). Dette er et annet eksempel på en avgrenset intervensjon ved en relativt homogen tilstand.

Som Mehlum & Jensen påpeker, er det uheldig at mange pasienter med personlighetsforstyrrelse stadig møter nye fagpersoner. Kontinui-

tet i behandlingen er viktig for de fleste typer psykiatriske pasienter, ikke minst for dem som har opplevd manglende kontinuitet og trygghet under egen oppvekst, i sitt indre liv og ved tidligere behandling.

Selvmond er avslutningen av en lang og smertefull prosess. Den som velger å ta sitt liv, har hatt det vondt lenge. Smerten ble for tung å bære. Dette er vanligvis blitt formidlet på forskjellige måter til familie og nære venner og kolleger. De etterlatte opplever derfor både savn og vanskelige følelser knyttet til bevisstheten om lidelsen som lå til grunn for selvmordet. Selvmord er derfor en potensielt traumatiserende hendelse for de etterlatte. Helsevesenet er i økende grad blitt klar over betydningen av å sette inn psykologiske tiltak etter traumatiske hendelser, særlig når det dreier seg om katastrofer som berører mange. Hendelser som oppleves som katastrofale for den enkelte eller for en familie, slik som selvmord, kan være vel så vanskelig å bearbeide, blant annet som følge av mindre støtte, oppmerksomhet og fellesskap. I en del tilfeller kan etterlatte oppleve at de blir isolert og sett ned på.

Det er ikke alle som har behov for profesjonell psykologisk hjelp, selv etter de største katastrofer, og det kan være mange pårørende som heller ikke som etterlatt etter selvmord ønsker slik hjelp. I flodbølgekatastrofen i Sørøst-Asia i desember 2004 omkom 84 nordmenn. Denne hendelsen var en stor belastning for alle som var til stede. Det ble iverksatt et omfattende psykososialt hjelpeapparat, noe de fleste vil mene var både riktig og hensiktsmessig. Men antall personer som hvert år tar livet sitt i Norge er langt høyere enn antall nordmenn som ble drept i tsunamien, over 500 mennesker, og man regner med at 15–20 ganger så mange forsøker selvmord uten å lykkes (1). Etter slike hendelser gjøres det sjelden rutinemessig undersøkelse av om pårørende har helseproblemer og eventuelt behov for hjelp.

I praktisk medisin er det vanlig først å kartlegge om det foreligger helseproblemer og deretter sette inn tiltak i henhold til hvilke funn som er gjort. Det er ønskelig at det innføres en praksis med undersøkelse av etterlatte etter selvmord for å kartlegge symptomer og eventuelt behov og motivasjon for hjelp. Sorgen er ofte mer komplisert etter død som følge av selvmord enn ellers. I tillegg utvikler mange posttraumatisk stresslidelse, angst, depresjon eller andre psykiske problemer som de trenger faglig hjelp til. Her har norsk helsevesen en stor utfordring.

Øivind Ekeberg

oivind.ekeberg@uus.no

Øivind Ekeberg (f. 1945) er overlege i psykiatri ved Akuttmedisinsk avdeling, Ullevål universitetssykehus og professor i medisinske atferdsfag ved Universitetet i Oslo.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Retterstøl N, Mehlum L, Ekeberg Ø. Selvmord – et personlig og samfunnsmessig problem. Oslo: Gyldendal akademisk, 2002.
2. Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i psykiatri. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003.
3. Mehlum L, Jensen AI. Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2946–9.
4. Cipriani A, Pretty H, Hawton K et al. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. Am J Psychiatry 2005; 162: 1805–19.