

Ett psykiatriskt perspektiv på suicidprevention

Bo Runeson¹ och Marie Dahlin²

¹Professor vid Inst klin neurovet, Karolinska Institutet och överläkare. ²Med dr, universitetsadjunkt vid Inst klin neurovet, KI och överläkare Kontakt: bo.runeson@sll.se

*Jorden kan du inte göra om.
Stilla din häftiga själ!
Endast en sak kan du göra:
En annan människa väl.*

*Men detta är redan så mycket
Att själva stjärnorna ler.*

....

(Stig Dagerman 1954)

Ett individperspektiv

I psykiatrisk vård är ett individperspektiv på suicidprevention ofrånkomligt. Erfarenheterna hämtas från de tillfällen när försöken att bistå en enskild ångestfylld eller nedstämd människa fått gott resultat eller trots försök misslyckats. Dessa erfarenheter formar vår förståelse av vad självmord är och hur de kan förhindras, eller tvingar oss att ifrågasätta vår kunskap och syn på möjligheterna att förhindra självmord.

Individen som en unik varelse är ett perspektiv. Vår fascination över varje människas livsberättelse ger kraft till inlevelse och engagemang för den människa vi möter i en livsavgörande kris. Vår motvilja mot förenkling och trivialisering av våra egna livshisto-

rier finns med när vi inte vill reducera människans situation till enbart en depression eller en personlighetsstörning. Vi vet att människors hela liv och slutliga självmord sällan kan förstås i sjukdomstermer endast. Inför den enskilda människans överväganden kring självmord strävar vi som behandlare efter att förstå hela utvecklingen, benägenheten för sjukdom, vad som bidragit till eller utlöst tillståndet.

När Niklas Rådström beskriver självmordet som en konsekvens av vår förlust av självaktning är detta ett uttryck för det individuella, psykologiska perspektivet.

Men till sist är självmordet ändå i de allra flesta fall den yttersta konsekvensen av vad som sker när människor förlorar sin självaktning. Självaktningen är något ständigt hotat i våra liv och ofta hänger vi upp den på mycket sköra och, kan det sig för omvärlden, egensinnigt konstruerade fästen. Förlusten av självrespekt och självaktning är något annat än det mått av självsäkerhet vår identitet måste ikläda sig för att kunna möta och handla i världen. Självaktningen är det som ger vårt inre resning, det som är nödvändigt för att vi ska stå upprätta. Förlusten tömmer

bela personen på mening.

.....

Att vi saknar en någorlunda uttömmande psykologisk förståelse av och teoribildning inför självmordet beror kanske på ämnets undflyende karaktär. Men till sist har det väl att göra med att det utgör depressionssjukdomens yttersta konsekvens och dess behandlings misslyckande. Det är en handfallenhet som liknar vår egen då vi känner en, ofta kanske omedveten, kränkthet över att självmordsbehandlingen är ett brutalt avvisande av oss, de överlevande, och ett bryskt avvisande av vår otillräcklighet.

(En handfull regn, Niklas Rådström 2007)

Samtidigt ger han uttryck för synen att självmordet är ett resultat av en depression, som vi ofta ser förvränger individens syn på sina möjligheter att hitta en utväg. Det kan vara just depressionens mörkfärgning som förvrider de perspektiv vi som personer utvecklat inför livet och för att annars hantera våra svårigheter.

Det finns också formuleringar i texten som slående beskriver våra reaktioner i omgivningen. Både som närstående och som verksamma i sjukvården kan vi känna igen dessa. Suicidprevention i patientarbete är en krävande uppgift, som t ex i en längre samtalskontakt med den patient som inte vågar tro på nytt livsutrymme utan återkommer till allvarliga självmordstankar. Vi kan känna bävan inför att åta oss en uppgift där vi står ensamma med en människa som givit upp och där vi riskerar att misslyckas och bli påmind om vår egen otillräcklighet.

Trygghet

Det finns förstås flera relevanta perspektiv på suicidhandlingar än den drabbade individens; såväl de anhörigas eller närståendes som terapeutens, kontaktpersonens, läkarens eller sjuksköterskans. När vi valde *Trygghet* som tema för detta nummer av tidskriften handlar det först om vikten av att patienten får känna sig trygg för att motverka de inflytanden som påfrestningar, ångest och uppgivenhet kan ha för att ett självmord ska utlösas/genomföras. Tryggheten gäller också i att se till närståendes behov av omedelbart stöd när patienten återkommer till sina tankar om att inte vilja leva.

Behovet av trygghet i arbetet med självmordsnära människor är också centralt för att vi ska kunna erbjuda den vård som är av nöden. Om arbetet för den enskilda sjuksköterskan, terapeuten eller läkaren innebär stress, tidspress och organisatoriska brister motverkar det möjligheterna för en konstruktiv insats. Trygghet i relationen mellan den som har suicidtankar och den läkare som intervjuar honom eller henne är förutsättningen för att patienten ska våga berätta och anförtro sig. Det är också tryggheten i kontakten som inger förhoppningar och förutsättningar för att i ett fortsatt uppföljningsarbete kunna bryta ny mark.

Tryggheten kan också bestå i just det faktum att den behandlingsmodell vi praktiserar har god dokumenterad effekt och att vi använder evidensbaserade behandlingsmetoder för att finna verksam behandling för den patient vi

möter. Då är det viktigt att psykoterapeutiskt arbete har visat evidens för en svårbehandlad suicidnära patientgrupp i form av dialektisk beteendeterapi (Linehan et al 2006) och mentaliseringsbaserad terapi (Bateman & Fonagy 2008). För den farmakologiska behandlingen finns evidens för att depression i samband med suicidförsök kan hävas genom en väl genomförd antidepressiv behandling och att detta faktiskt leder till lägre risk för suicid än t o m efter suicidförsök utan depression (Tiihonen et al 2006). Vi kan förlita oss på att en omsorgsfull behandling mycket ofta får effekt om vi har uthållighet i arbetet. Om behandling däremot inte kan visa effekt vid utvärdering kan den på goda grunder överges.

Psykiatriskt vårdarbete med suicidnära patienter utvärderas inte bara genom väl gjorda studier utan också av Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet. Försök till systematiska genomgångar av de Lex Maria-fall där behandlingen inte räckt för att förhindra självmord görs regelbundet (Agerberg 2008). Men man har med detta snäva perspektiv avstått från att ställa dessa i relation till alla de behandlingar av suicidnära patienter som slutar med att patienten hittar tillbaks till hälsa och finner en god livssituation. När kritik grundas på de fall där behandlingen misslyckats och fr a på otillräckligt omfattande analyser kan den minska förtroendet för dessa riktlinjer och fr a minska läkarens upplevelse av trygghet i den egna kunskapen och den egna organisationen eller specialiteten.

Att välja perspektiv

Ett psykiatriskt perspektiv uttrycks av värderingen att självmordshandlingar är starkt knutna till psykisk sjukdom, vilket kan ses i en av de studier som ingår bland dem som refereras i detta temanummer (Tidemalm et al 2008). Viktigt är dock att inse att psykisk sjukdom oftast är en av flera aspekter på självmordet. Sjukdomen kan utgöra den viktigaste komponenten i vissa fall, men i andra åter kan den suicidala situationen bara i begränsad utsträckning relateras till sjukdomen. Andra faktorer, t ex de nära relationerna, inre eller kulturellt betingade tankemodeller för hur man handskas med livets svårigheter kan då vara avgörande, i närvaro eller t o m frånvaro av sjukdom. I försöken att förstå den suicidala processen kan vi välja och framför allt variera perspektiv.

Det folkhälsovetenskapliga arbetet för psykisk hälsa kan hämta sina idéer från psykiatrisk behandling av t ex depression. Brett inriktade interventioner på befolkningsnivå låter sig dock inte utvärderas på ett sätt där alla viktiga faktorer kan kontrolleras. Frågan är också om de påverkar personer med högre suicidrisk. Kanske kan t ex interventioner för att sänka alkoholkonsumtionen i landet minska befolkningens alkoholintag, men knappast påverka den alkoholberoende individ som har allvarlig suicidavsikt. Det är också svårare att visa att primärprevention vad gäller psykisk ohälsa har kostnadseffektivitet (Guyer et al 2009). Folkhälsoarbetet måste riktas mot frekventa fenomen som depressions- och ångesttillstånd

eller alkoholmissbruk men kan kanske få självmordspreventiv effekt som en följd av dessa insatser och i ett längre tidsperspektiv.

I prevention finns ingen anledning att kontrastera ett individperspektiv mot ett samhällsperspektiv eller ett folkhälsoperspektiv. Det är lika meningslöst som att ställa ett kognitivt perspektiv mot ett psykodynamiskt. I debatt betonas polarisering, men sål-lan leder det till bättre samarbete eller goda lösningar. Att hävda att det egna perspektivet är viktigare än någon annans är i alla sammanhang ett uttryck för brist på ödmjukhet och behov av förenkling och självhävdelse. Vi behöver ofta flera perspektiv på samma problem, vi behöver ofta nya perspektiv på svåra problem.

Referenser

- Agerberg M. Socialstyrelsen starkt kritisk. Brister i vården i två av tre självmordsfall. *Läkartidningen* 2008;105:2944-2946
- Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008;165:631-638.
- Guyer B, Ma S, Grason H, Frick KD, Perry DF, Sharkey A, McIntosh J. Early childhood health promotion and its life course health consequences. *Acad Pediatr* 2009;9(3):142-149
- Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:757-66.
- Tidemalm D, Langstrom NS, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ* 2008 Nov 18; 337:a2205
- Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Tanskanen A, Haukka J. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1358-1367.