“Noen ganger er det kanskje nødvendig.”

Om egenopplevelse av tvunget vern ved suicidalitet

Ved Arne Thorvik

Hvilken rett samfunnet bør gis til å gripe inn overfor selvmordstruede er en velkjent problemstilling, som i disse dager er aktualisert ved en offentlig utredning om tvang innen psykisk helsevern, Paulsrud-utvalget (NOU 2011).

I et historisk perspektiv kan det nevnes at suicid i antikken overveiende ble sett på som et moralsk og ikke-medisinsk fenomen. Momenter som dyd (modig eller feig handling) eller konsekvensene for kollektivet (offer eller svik) ble lagt til grunn for en etisk forståelse (van Hooff 1990). I senantikken og middelalderen kunne så kirkefedre peke på at selvmordstruede hadde et alternativ ved selv å søke hjelp hos medmennesker (Augustin 2003). Og først i opplysningstiden fikk den medisinske forståelsen av suicid fotfeste, som et sykdomslignende fenomen som kunne berettigede inngripen (Minois 1999).

Mens nyere medisinsk tradisjon i hovedsak tilsier at leger har rett og plikt til å gripe inn overfor selvmordstruede, eventuelt med tvang, har noen kritikere hevdet menneskets tilgrunnliggende rett til å suicidere uten inngripen.

ABSTRACT

Artikkelen tar for seg selvmordstruede menneskers egen opplevelse av tvunget psykisk helsevern, og er basert på empirisk materiale fremkommet i dybdeintervjuer som lå til grunn for artikkelforfatterens doktoravhandling. Selv om det krenkende aspektet ble poengtert av flere, formidlet informantene at de i ettertid hadde aksept for nødvendigheten av andres ivaretagelse i en situasjon der de var inne i en suicidal prosess.

The article describes the experience of compulsory detainment by suicide-threatened themselves, and is based upon empirical material gained through depth interviews for a PhD-thesis. Although the offending aspect was mentioned by a subgroup, the informants communicated their retrospective understanding of the necessity for this precaution, i.e. being taken care of in the middle of a suicidal process.

LEVERT: 27/2-12
REVIDERT: 01/7-12
AKSEPTERT: 03/7-12

Den norske filosof Peter Wessel Zapffe og den amerikanske psykiater Thomas Szasz kan nevnes som eksempler (Zapffe 1933/1992; Szasz 1999).

Målsetningen med denne artikkelen er likevel ikke å diskutere prinsipielle eller teoretiske føringer, men å presentere utdrag av to kvalitative studier basert på dybdeintervjuer av mennesker som på et tidspunkt har blitt vurdert som selvmordstruede. Studiene tar blant annen tematikk også for seg egenopplevelse av tvunget vern grunnet suicidalitet hos de informantene som hadde erfart dette.

Til nå har egenopplevelse av tvang vært lite vektlagt i forskning. Et datasøk ble foretatt 7. april 2011 i databasene PsycINFO (søkeord: “coercion” og “qualitative study”), Embase (søkeord: “mental disease”/“hospital admission” og “phenomenology”) og Ovid Nursing Full Text Plus (søkeord: “coercion” og “phenomenology”). Dette søket frembrakte to relevante artikler som tok for seg informanternes egenopplevelse av tvunget vern generelt, men ikke spesifikt knyttet opp mot suicidalitet.

Studiene er basert på fenomenologisk tradisjon. Nettopp den fenomenologiske bevegelse hadde som målsetning “å gå til saken selv”, uten teoretisk forforståelse.

“Å gå til saken selv” og skaffe empiri om egenopplevelser omkring fenomenet suicidalitet (herunder opplevelse av tvunget vern), var utgangspunktet for de to studiene, som gjengis i utdrag nedenfor.

Materiale og metode

Funnene som presenteres i denne artikkelen, er i sin helhet hentet fra min doktoravhandling *Suicid som etisk fenomen - teoretiske og empiriske perspektiver* (Thorvik 2011). Den empiriske delen (som utgjøres av de to studiene) er basert på intervjuer gjort i tidsperioden 2005–2008 med informanter tilknyttet daværende Psykiatrien i Vestfold (nå Sykehuset i Vestfold). Intervjuene kom i stand ved at behandler eller primærkontakt delte ut et informasjonsskriv med forespørsel om deltakelse i studiene, vel å merke på et tidspunkt der den forespurte ble vurdert som samtykkekompetent.

Studiene var godkjente av Regional komité for medisinsk forskningsetikk Sør-Norge (REK Sør), og Personvernombudet for samfunnsvitenskapene var orientert. Det ble presisert overfor mulige informanter at avslag på å delta i studien ikke ville ha konsekvenser for videre behandling. Uformelle tilbakemeldinger fra annet behandlerpersonale etter avsluttet intervju var utelukkende positive, og det er ikke rapportert at deltakelse i studien vanskeliggjorde en informants situasjon.

Et semi-strukturert intervju lå til grunn, og intervjuene ble utført på en skånsom måte. Lydbåndopptak ble transkribert av meg selv, og analysert i samarbeid med prosjektmedarbeider.

Studie I var basert på intervjuer med 20 informanter uten psykotisk lidelse (men for øvrig ikke spesifisert med hensyn til diagnose), som i tiden forut for intervjuet hadde vært vurdert som alvorlig selvmordstruede i den grad at det nødvendiggjorde innleggelse i akuttseksjon. Av disse hadde 10 gjort et selvmordsforsøk umiddelbart før aktuelle innleggelse. På intervjutidspunktet var informantene fortsatt inneliggende, men nær utskrivning. Samlet informantgruppe for Studie I kom til å bestå av 9 kvinner og 11 menn, med et aldersspenn fra 20 til 62 år. Median alder var 41 år.

Mens Studie I ikke var bundet opp til noen diagnose, inkluderte Studie II utelukkende informanter som på intervjutidspunktet innfridde kriteriene for ICD-10s kategorier F 20 – *schizofreni* eller F 25 – *schizoaffective lidelser*. Da det viste seg at det for denne studien var mindre tilgang av informanter fra akuttseksjon, ble designet endret til å inkludere informanter med nevnte psykotiske lidelser som hadde vært vurdert som alvorlig selvmordstruede i løpet av de siste 12 måneder, ved at de var blitt innlagt akuttseksjon eller hadde fått vesentlig øket oppfølging i sykehusavdeling der de allerede var inneliggende. På den måten kom Studie II også til å inkludere informanter som på intervjutidspunktet var innlagt langtidsseksjon eller hadde poliklinisk oppfølging. Samlet informantgruppe besto av 6 kvinner og 14 menn, med et aldersspenn fra 20 til 62 år.

Median alder var 33,5 år (altså lavere enn for "Studie I", men godt forenlig med kvantitativ forskning som viser at suicidrisiko for mennesker med schizofren eller schizoaffektiv lidelse er størst i ung alder (Williams 2001)). Åtte informanter hadde gjort et selvmordsforsøk i løpet av foregående 12 måneder.

Som nevnt hadde intervjuene basis i den filosofiske tradisjonen som kalles fenomenologi. I praksis innebar dette at intervjuer (jeg) forsøkte å ta informantens perspektiv, og rekonstruere dennes situasjon som selvmordstruet. Det var fokus på bevissthetsnivå, meningsopplevelse og intensjonalitet hos informanten. Spørsmålene var åpne, og ikke formulert med tanke på umiddelbar hypotesetesting.

Som del av det semi-strukturerte intervjuet ble alle informanter spurt om de nå eller tidligere hadde vært undergitt tvunget psykisk helsevern grunnet suicidalitet. Formuleringen som ble brukt, var hvorvidt informanten hadde vært "tvangsinnlagt", da denne betegnelsen ble antatt å være mer forståelig enn "undergitt tvunget psykisk helsevern" (som generelt inkluderer psykisk helsevernloven §§ 3-2 og 3-3, for så vidt også § 2-2).

Aktuelle paragraf ble ikke forespurt nærmere. Det kan nevnes at det er sannsynlig at Studie II i langt større grad enn Studie I inkluderte informanter som hadde vært underlagt tvunget vern etter § 3-3, idet studie II bare omfattet informanter med diagnose forenlig med den juridiske termen "alvorlig sinnslidelse", som er et hovedkriterium for etablering av denne typen tvunget vern.

Nedenfor presenteres sekvenser av begge studier, det vil si utdrag som anses å belyse informantens egenopplevelse av tvunget vern.

Det merkes at begge studier var langt mer omfattende, og berørte mange andre tematikker, så som informantens etiske refleksjon omkring fenomenet suicid. Til tross for omfattende datasøk var det heller ikke på dette punktet lyktes meg å finne tilsvarende studier. Derimot ble jeg i ettertid overrasket over hvor mye materiale informantene spontant presen-

terte. Selv om jeg som lege har måttet forholde meg til selvmordstruede pasienter i en årrekke, har perspektiver som deres etiske tenkning rundt fenomenet suicid i liten grad vært tema i den kliniske hverdagen.

For ytterligere opplysninger om materiale, metode og resultater, vises det til doktoravhandlingen (Thorvik 2011).

Funn

Opplevelse av tvunget psykisk helsevern – Studie I (informanter uten psykotisk lidelse)

Samtlige informanter omtalte på en positiv måte at de var blitt ivaretatt i døgnavdeling. Mange fremhevet at de før innleggelsen ikke hadde vært i stand til å ivareta seg selv, og brukte uttrykk som "trygt" eller tilsvarende i sin beskrivelse av innleggelsen:

"Jeg syntes da jeg først hadde kommet inn at det var en utrolig stor lettelse. Ro, vennlighet, og at jeg kunne være meg sjøl" (informant I-I, kvinne i 40-årene).

Ambivalens (til å ha overlevd, ivaretagelse og til å leve videre) var likevel et gjennomgående funn i en større undergruppe.

"Egentlig så er det sånn at jeg angreir litt for at jeg ringte til legen. Samtidig som jeg er jo litt glad for at jeg overlevde, også. Men det hadde vært deilig å ha vært borte, og sluppet alt det her. Jeg vet at jeg kommer til å gå gjennom veldig mye vondt ennå" (informant I-H, kvinne i 30-årene).

Fire informanter fortalte at de nå var eller tidligere hadde opplevd tvangsinnleggelse grunnet suicidalitet.

En av informantene syntes umiddelbart å se og godta nødvendigheten rundt tvangsinnleggelse:

"Nei, det med tvangsinnleggelse var nødvendig det, da. Jeg har jo ikke utgang nå heller, fordi at jeg hadde sånne selvdestruktive tanker i forgårs, også" (informant I-S, kvinne i 50-årene).

To av de øvrige poengterte det krenkende ved å være underlagt tvunget vern, men syntes likevel å se at det var nødvendig at de selv på et tidspunkt var blitt tvangsinnlagt:

"Det er jo som å komme i fengsel, da. Dette med å bruke tvang. Men det er vel nødvendig, kanskje" (informant I-A, mann i 30-årene).

"Jeg er ikke noe for det, jeg da. Jeg synes jo det er mye bedre hvis man kan bestemme sjøl. Men det er klart, noen ganger så må man kanskje. Tvangsinnlegge folk" (informant I-D, kvinne i 30-årene).

Den fjerde informanten som hadde opplevd tvunget vern, fortalte at han selv hadde hatt et forslag om hvordan dette kunne vært unngått for hans del:

"Så sier han legen at hvis du ikke kan gjøre det frivillig nå, så legger jeg deg inn på tvang. Så sier jeg at jeg kan ikke klare å ta det valget. Nei, da velger jeg bare, sa han. Jeg opplevde han som ganske ubehagelig, egentlig. (...) Jeg hadde et forslag sjøl, som jeg syntes hørtes veldig fornuftig ut, som legen ikke ville være med på i det hele tatt. Det var at jeg skulle komme til posten på DPS'et hver kveld. Og så sove der, og være der til jeg hadde kommet over det her verste fra morgenen. Så at jeg kunne reise hjem, og gjøre noen sånn praktiske gjøremål hjemme. Det var det jeg hadde hatt litt tro på sjøl, da" (informant I-M, mann i 30-årene).

På slutten av intervjuet sa også denne informanten at han var positiv til at samfunnet tar vare på mennesker som er selvmordstruede.

Opplevelse av tvunget psykisk helsevern – Studie II (informanter med psykotisk lidelse)

Selv om noen av Studie IIs informanter beskrev at de hadde vært ambivalente til hospitalisering, syntes samtlige å omtale fenomenet ivaretagelse på en overveiende positiv måte. Syv informanter brukte uttrykk som "trygt", "betryggende" eller "trygghet":

"Så passa de på meg hele tida. Satt ved siden av meg. Det var betryggende. Jeg var så redd, vet du. Veldig med angst, hele tiden" (informant II-A, mann i 20-årene).

En informant beskrev hvordan hun initialt hadde vært negativ til innleggelse, men fremsto i intervjusituasjonen som mer positiv til at hun var blitt ivaretatt, selv om hun reagerte på begrensninger hun var underlagt under innleggelsen. To andre informanter fortalte at det initiale møtet med psykiatrisk døgnpost også hadde hatt skremmende kvaliteter.

Tretten informanter fortalte at de hadde opplevd tvangsinnleggelse grunnet suicidalitet. Av disse syntes en undergruppe av syv informanter umiddelbart å se og godta nødvendigheten av at de var blitt ivaretatt på denne måten, og brukte positivt ladede betegnelser som "greit", "fint", "riktig" eller "glad for":

"Det synes jeg var veldig fint, for det at da følte jeg at de brydde seg om meg. Jeg måtte jo det, for jeg hadde jo ikke noen kontroll over meg. (...) Jeg skulle kutte av meg hodet. Og da var jeg guddomme lig. Det husker jeg at jeg var. Jeg ser meg sjøl, i ettertid. Og hvis jeg ikke hadde blitt tvangsinnlagt da, så vet jeg ikke. Da ville jeg hoppet fra sjette etasje og ned" (informant II-C, kvinne i 60-årene).

"Jeg ba jo om selvmordsspiller. Jeg ville jo dø. Det var riktig å legge meg inn under tvang da" (informant II-Q, kvinne i 50-årene).

Den andre undergruppen, som bestod av seks informanter, fokuserte på autonomikrenkelsen som tvangsinnleggelse innebærer. Likevel formidlet denne undergruppen også en aksept for nødvendigheten av denne typen ivaretagelse i situasjoner der de selv ikke hadde "kontroll". Følgende tekstutdrag er illustrerende:

"Det synes jeg var litt urettferdig. Og litt på en annen måte OK. I den hektiske delen jeg var i, så var det kanskje den greieste løsningen" (informant II-E, mann i 20-årene).

"Det er kanskje nødvendig mange ganger, men jeg vet ikke. Jeg føler at jeg får en dårligere allianse når jeg verken kan komme ut eller hjem" (informant II-O, kvinne i 40-årene).

Illustrasjon: Colourbox

Diskusjon

Reliabilitet

Termen "reliabilitet" betegner forskningsresultaters pålitelighet, troverdighet eller sikkerhet, og viser til at samme resultater kan nå dersom en studie gjøres på andre tidspunkter og av andre forskere, vel å merke med samme metode (Kvale & Brinkmann 2009). I de to studiene ble reliabilitet forsøkt ivaretatt ved at jeg la an på å bruke "åpne spørsmål" (uten ledende karakter), og ved at transkriberte intervjuer også ble gjennomlest og diskutert med prosjektmedarbeider.

Mens informantene tenderte mot å svare metaforisk i andre deler av studiene (for eksempel respondere med "en snøball begynte å rulle" når de beskrev egen suicidal prosess), var responsene deres på spørsmålsstillingen om opplevelse av tvunget vern mer presise og ikke-metaforiske. Dette anses å styrke reliabiliteten i denne delen av studiene.

Refleksivitet

I analysen av de transkriberte intervjuene la jeg vekt på å ha en kritisk og bevisst holding til min egen forforståelse av suicid. Det kan i den sammenhengen nevnes at nyere filosofer innenfor fenomenolo-

gisk tradisjon, så som Hans-Georg Gadamer, har hevdet at forsøk på å eliminere enhver forforståelse er et feilslått metodeideal. Tvert om er fordommer eller forforståelse en forutsetning for å komme i gang med en forståelsesprosess, en såkalt "hermeneutisk sirkel" (Gadamer 1972).

Min egen forforståelse av suicidproblematikk har overveiende vært psykodynamisk, en retning som har sett suicid som et irrasjonelt fenomen, der individet er prisgitt en underbevisst dynamikk (Thorvik 2008). Enn videre er jeg opplært i en klinisk tradisjon som tilsier at høygradig suicidalitet kan anses som en virkelighetsforvrengning som kan berettigede tvunget vern (fortrinnsvis tvungen observasjon), også hos pasienter med intakt virkelighetsoppfatning for øvrig. Ved å ha jevnlig diskusjoner med prosjektmedarbeider (som hadde annen fagbakgrunn) forsøkte jeg å opprettholde en kritisk og bevisst holdning til egen forforståelse.

Validitet

Termen "validitet" har tradisjonelt vært knyttet til gyldigheten av et utsagn, eller at en måling gjenspeiler det man faktisk ønsker å måle (Kvale & Brinkmann 2009).

Motsatt kvantitativ forskning har kvalitative studier ikke basis i en matematisk grunnmodell, som siden renessansen er blitt ansett som naturens fellesnevner eller "språk" (Kuhn 1970).

Derimot har fenomenologien hatt som siktemål å nå frem til erfaringens grunnleggende fellestrekk eller essens. I fenomenologisk forskningstradisjon har validitet vært ansett å foreligge dersom forskeren lykkes i å gi en beskrivelse av en essens, som vil fremtre som det som er konstant ved enkeltfenomener (i dette tilfellet enkeltinformanters beskrivelser) (Beck 1994). Videre har fenomenologisk tradisjon vektlagt at en "sann" beskrivelse av verden tilsier at ulike aspekter ved en forklaringsmodell er forenlige og utdyper hverandre. Dette har vært kalt koherensriteriet for sannhet (Young 2008).

I de to studiene forelå det nettopp en koherens mellom tema som ble definert med basis i intervjumaterialet. Informantenes opplevelse av gradvis nedsatt autonomi kunne ses i sammenheng med deres beskrivelse av en fremadskridende suicidal prosess. En større undergruppe i begge studier var i stand til å skildre en prosess der evne til å opprettholde et metaperspektiv og gjøre etiske vurderinger suksessivt ble mindre. Noen kunne beskrive hvordan suicidtankene fikk karakter av å være "eksterne", altså ikke tanker som informantene hadde opplevelse av "selv å tenke", men som ble påført dem "utenfra". Av informantene til Studie II (informanter med psykotisk lidelse) fortalte en større undergruppe at pågående og øket hallusinose bevirket suicidalitet.

På denne måten syntes informantene allerede å være underlagt en ufrivillig (tvungen) suicidal prosess. Dette belyser at de informantene som var eller hadde vært underlagt tvunget psykisk helsevern i liten grad opponerte mot denne typen autonomikrenkelse, men i hovedsak syntes å ha en stilltiende aksept, begrunnet i egen opplevelse av autonomisedsettelse. At informantene i liten grad opponerte, var også koherent med at ambivalens var et gjennomgående funn. En større undergruppe beskrev ambivalens på flere stadier i prosessen: til å realisere egne suicidintensjoner, til å gjøre et suicidfor-søk, til å ha bedt om hjelp og til å leve videre.

Det skal likevel nevnes at spørsmålsstillingen om studienes validitet kan nyanseres. Selv om det ble presisert overfor alle forespurte at studien ikke var å forstå som en del av behandlingen gitt ved aktuelle psykiatriske enhet, kan man ikke utelukke at de pasientene som valgte å delta som informanter hadde et mer positivt forhold til behandlerapparatet, slik at de informantene som hadde opplevd tvangsinnleggelse i mindre grad opponerte i intervjuet. På denne måten kan det foreligge en "skjevhet" i utvalget, som for øvrig er lite.

Relevans

Begge studier indikerer at en suicidal prosess kan nå et nivå der individet ikke er i stand til en selvstendig etisk vurdering. Retrospektivt var informantenes holdning til at tvunget psykisk helsevern hadde vært anvendt i en slik situasjon, overveiende preget av en stilltiende aksept. Noen informanter ga endog sin uforbeholdne tilslutning og syntes å oppleve tvunget vern som en trygghet. Andre problematiserte også negative aspekter, så som tap av allianse med en behandler, og autonomikrenkelse.

Autonomiprinsippet er ofte anført i dagens medisinske etikk, sammen med forpliktelsen til å ivareta liv. Disse to føringene (som filosofihistorisk kan føres tilbake til Immanuel Kant) lar seg vanskelig forene i møtet med høysuicidale mennesker (Cholbi 2002).

Med alle de forbehold som er tatt med hensyn til validitet, kan de beskrevne funnene gis relevans som argumentasjon for at respekten for individets autonomi i gitte situasjoner ikke skal ha forrang. Suicidalitet er en tilstand preget av stor ambivalens, og individet kan allerede oppleve seg som underlagt en "indre tvang", slik at autonomi i tradisjonell forstand ikke foreligger. *I så fall bør forpliktelsen til å ivareta liv tillegges mest vekt.*

Dette forhindrer ikke at pasienter også kan oppleve tvangsinnleggelse og møtet med psykiatriske døgnavdelinger som skremmende, og at bruk av tvunget vern kan bidra til at pasientens tillit til behandlingsapparatet svekkes (noe informanter beskrev). Nettopp slike aspekter må inngå i en helhetsvurdering (som man etter gjeldende lovverk er pliktig

til å foreta før tvunget vern etableres). Og føringen som tilsier respekt for andres autonomi impliserer at tvunget vern bare bør opprettes på strenge indikasjoner, og at alternativer bør overveies inngående (noe en informant tematiserte).

Det understrekes at denne drøftingen bare tar for seg bruk av tvunget vern ved høygradig suicidalitet, og ikke ved andre indikasjoner.

Arne Thorvik er psykiater og avd. overlege ved Psykiatrisk fylkesavd. sykehuset i Vestfold. Han disputerte for PhD-grad i 2011 med en avhandling bl.a. basert på dybdeintervjuer av pasienter med suicidproblematikk. Thorvik er medlem av redaksjonskomiteen ved *Suicidologi*.

Referanser

- Augustine 2003. *City of God*. London: Penguin Classics.
- Beck C.T. 1994. *Reliability and validity issues in phenomenological research*. *Western Journal of Nursing Research*, 16 (3): 254–67.
- Cholbi M. 2002. *Suicide intervention and non-ideal Kantian theory*. *Journal of Applied Philosophy*, Vol. 19, No. 3: 245–259.
- Gadamer H.G. 1972. *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. Tübingen: J.C.B. Mohr. (engelsk oversettelse (2004) *Truth and Method*. New York: Crossroad).
- Hooff A. van 1990. *From autothanasia to suicide. Self-killing in classical antiquity*. London: Routledge.
- Kuhn T.S. 1970. *The structure of scientific revolutions – second edition, enlarged*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kvale S. & Brinkmann S. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Minois G. 1999. *History of suicide*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- Norges offentlige utredninger (NOU) 2011: 9. *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*.
- Szasz T.S. 1999. *Fatal freedom – the ethics and politics of suicide*. Westport, Connecticut: Praeger.
- Thorvik A. 2008. *Å stå på Freuds skuldre: Hovedlinjer i psykodynamisk forståelse av suicid*. *Suicidologi* 3 (13): 5–9.
- Thorvik A. 2011. *Suicid som etisk fenomen - teoretiske og empiriske perspektiver*. Oslo: Unipub.
- Williams M. 2001. *Suicide and attempted suicide*. London: Penguin Books.
- Young J.O. 2008. *The coherence theory of truth*. Stanford encyclopedia of philosophy. <http://plato.stanford.edu/entries/truth-coherence/>.
- Zapffe P.W. 1933/1992. *Essays*. Oslo: Aventura forlag.