Psykiatrisk behandling etter barn og unges selvmordsforsøk

Ved Berit Grøholt

Alle som gjennom sitt arbeid har regelmessig kontakt med unge mennesker, vil før eller senere stå overfor et ungt menneske som trenger psykiatrisk hjelp etter et selvmordsforsøk. Barne- og ungdomspsykiatrien gir slik hjelp til dem under 18 år, men vi mangler foreløpig en god oversikt over hva som gjøres. Etter min mening trenger vi noen spesifikt tilrettelagte tilnærminger i Norge, som kan tilpasses den enkeltes bakenforliggende problem. Tiltakene må prøves ut systematisk, for behovet for systematisert kunnskap er stort både nasjonalt og internasjonalt. Her vil jeg skissere erfaringer basert på eget klinisk arbeid og på andres studier. Mer utfyllende beskrivelser kan en finne i bøker og artikler (Brent 1997; Sprague 1997; Hawton 1986; Berman & Jobes 1991).

Evaluering er utgangspunkt for behandling

Evaluering av fare for gjentatt suicidal atferd er første trinn, og er beskrevet i dette nummer av Suicidologi (se s. 5ff.). Oppsummert må vi søke svar på en rekke spørsmål: I hvor stor grad ønsket den unge å dø? Hvor farlig var forsøket rent medisinsk? Hvilke forhold og problemer utløste selvmordshandlingen? Hva ønsket den unge å oppnå? Var det døden, eller å slippe unna en umulig situasjon? Har den unge vist suicidal atferd før? Har hun/han hatt eller har psykiatriske symptomer eller lidelser? Hvilke psykologiske forhold preger den unge? Håpløshet over tid? Impulsivitet? Sinne og fiendtlighet? Hvordan har familien det? Er det konflikter, vold, rusmisbruk i familien? Psykiatrisk lidelse? Støtter medlemmene hverandre? Er det lett tilgang på spesielt farlige selvmordsmidler, som skytevåpen eller farlige medisiner? Ikke noen enkel faktor gir klare holdepunkter, og et ufarlig selvmordsforsøk kan være like alarmerende som et som nesten fører til døden. Men i sum vil svarene gi oss holdepunkter for hvordan hjelpen bør tilrettelegges. I Storbritannia anbefales innleggelse på somatisk avdeling etter et selvmordsforsøk for å gjøre en slik evaluering mulig. En slik hovedregel burde vi også ha i Norge.

Ikke-selvmordskontrakt

En kontrakt der ungdommen forplikter seg til ikke å skade seg selv i en gitt tidsperiode, er ofte nyttig. Reaksjonen på et slikt kontraktforslag vil i tillegg gi oss informasjon om hvordan den unge og familien ser på og hankses med situasjonen. I kontrakten må de involverte få vite hvor de kan henvende seg hvis selvmordsimpulser blir påtrengende. Jeg foretrekker muntlig kontrakt med skriftlig informasjon om hvem en kan kontakte. Mange undersøkelser har vist at en mulighet for

rask kontakt på 24-timers basis forebygger gjentatt selvskade (Hawton et al. 1998). Kontrakt eller ei: Spørsmålet om selvmordsimpulser hos den unge og foreldres angst for slike bør tas opp med jevne mellomrom gjennom hele behandlingskontakten.

Avbrutt behandling

Dette er et vanlig problem. Årsakene kan være mange: Smerten ved å ta inn over seg at et barn ikke fant livet levelig kan være for stor. Behandlingen kan virke uklar og målet uforståelig. Familien føler seg ikke respektert og mangler tillit til behandleren, eller opplever psykiatrisk behandling for stigmatiserende. I familier med mange problemer er risikoen for brudd størst. Følgende forhold kan redusere denne risikoen: Regelmessige avtaler tilpasset familiens praktiske virkelighet, og alltid ny avtale før en skilles. Avgrenset og tids-begrenset behandlingsavtale der fokus for behandling er klart. Familien og ev. andre viktige personer involveres uavhengig av type behandling som blir valgt. Familien og den unge bør kontaktes hvis de uteblir fra en avtale.

Hva slags behandling?

I barne- og ungdomspsykiatrien i Norge vil som regel hele familien delta i den innledende fasen, der problemer og ressurser kartlegges og en finner fram til tiltak. Ofte vil ungdommen få et tilbud om samtalebehandling, mens foreldre møter sjeldnere, og som regel med en annen behandler. Andre ganger møter hele familien sammen til familieterapi (Grøholt 1999). Vi har foreløpig ingen norske studier som sier noe om hva som hjelper, og for hvem. Derfor må vi hente systematisk erfaring fra utlandet. Det kan virke overraskende at vi også internasjonalt har få studier å holde oss til. Her vil jeg nøye meg med å beskrive noen fellestrekk fra studiene.

Hjelp til den unge

Angst og depresjon er meget vanlige problemer for suicidal ungdom, og tiltak rettes ofte mot disse tilstandene. Fokuserte og tidsavgrensede tilnærminger har på kort sikt vist best effekt, og foretrekkes av de unge (Brent et al. 1997). Best studert er to behandlingsformer som kalle kognitiv atferdsterapi og interpersonlig terapi. I Norge er mange opptatt av å tilegne seg en av disse to metodene. Prinsipper i metodene er nyttige også utenfor terapien.

Utgangspunktet er den innledende evalueringen. De problemer som utløste selvmordsatferden, vil være viktige for hva en velger å sette søkelys på. Den unges ønske om forandring er drivkraften i behandlingen, og forandringsønsket er ofte knyttet til den konflikten eller skuffelsen som ledet til selvmordsforsøket. Her vil jeg føye til en viktig erfaring fra Finland: Der ingen utløsende årsak finnes, er risikoen for senere selvmord særlig stor. Det kan henge sammen med en vedvarende indre følelse av håpløshet, eller med at symptomer på en mer alvorlig psykiatrisk lidelse ikke registreres. Vi vet at både

schizofreni og bipolare lidelser (psykoser) ofte starter i tenårene, og at det går lang tid fra symptomene debuterer til diagnosen stilles. I denne perioden med ensomhet og forvirring for den unge er risikoen for selvmord øket.

Selv om slike prosesser overses for ofte, er allikevel depresjon, angst og atferdsforstyrrelser langt vanligere, og de utløsende årsakene til selvskaden er oftest knyttet til forholdet til andre mennesker. I korttidsterapiene kan en gå gjennom konkrete episoder der den unge, som jeg vil omtale som "hun", har følt problemer i forhold til andre. I mange tilfelle vil hun ha feiltolket situasjonen og følt seg avvist uten reell grunn. Da blir oppgaven i terapien å oppmuntre henne til å prøve ut en annen tolkning: "De i klassen overser meg ikke fordi jeg er så dum og stygg." Kanskje henger det sammen med at hun ikke hilser og ser ned hver gang hun kommer inn i klassen. Når hun prøver seg på et hei og et smil og hun registrerer at reaksjonen fra andre endrer seg, har hun tatt et første skritt for å rydde unna selvnedvurderende feiltolkninger. Andre ganger vil målet være å trene seg opp i "sosiale ferdigheter". Midlene kan være rollespill i timene, eller øvelser i trygge omgivelser (f. eks. å si terapeuten sin hjertens mening), som gradvis overføres til miljøet der konflikten oppstår.

trener hun på å kjenne igjen tegnene på følelsesstorm, og øver seg på å bakke tilbake til den "temperaturen" der hun fortsatt tenker rasjonelt. Før den unge opplevelsen av å påvirke omgivelsene sine, er det et skritt i riktig retning.

Er selvmordsforsøket utløst av at en kjæreste har trukket seg, er selvfølelsen i fokus. Opplevelsen av at ens verdi som menneske avhenger av én enkelt persons reaksjon, er en vanlig feiloppfatning som kan bearbeides. Kognitiv atferdsterapi tar utgangspunkt i mistolkninger og selvnedvurdering som melder seg automatisk, mens interpersonlig terapi fokuserer direkte på et vanskelig forhold til en viktig person, uavhengig av hva som er årsak til depresjon. Begge behandlingene kan kombineres med medikamentell behandling hvis de ikke har vist effekt etter noen måneder. Indikasjonene for medisinerings vil ikke bli beskrevet nærmere her.

Hjelp til familien

I familieterapi er målet for behandlingen å modifisere kommunikasjon mellom medlemmene, eller endre fastlåste oppfatninger eller forklaringer (narrativer) som er felles for familien. Er ungdommene utagerende og/eller involvert i rusmiddelmissbruk og antisosial atferd, er metodene over sjelden tilstrekkelige. Best effekt finner en ved meget omfattende tiltak rettet mot den unge, mot hele familien og den unges miljø, som i multisystemisk terapi (Henggeler et al. 1999).

Psykoedukasjon

God erfaring har en med å gi familien kunnskap om selvmordsatferd. Mange foreldre tror at barnet deres gjør seg til og manipulerer når de beskriver sine vansker, og kunnskap vil gi dem en bedre forståelse av barna sine.

Mange av de problemene og lidelsen som fører til selvmordsforsøk har en tendens til å komme tilbake, som f. eks. depresjon eller skuffelser i kjærlighetsforhold. Å lære den unge og familien å kjenne igjen tegn på at det bygger seg opp mot en selvmordskrise, er en viktig del av kunnskapsformidlingen. De trenger informasjon om hvor de i så fall igjen kan skaffe hjelp. Et viktig mål for hjelpeapparatet og politikere er å sørge for at slike tilbud eksisterer.

Varighet av hjelpetilbudet

Mange av tilbudene nevnt over er kortvarige og avsluttes etter noen måneder. Selv om det har mange fordeler i utgangspunktet, mener jeg at det sjelden er tilstrekkelig. Vi burde også samle erfaring med det som kalles "booster sessions", det vil si sjeldnere oppfølgingssamtaler over tid for å se hvordan det går.

Psykodynamisk psykoterapi

Psykoterapi slik det praktiseres de fleste steder i Norge i dag går over lang tid, og målet er å arbeide med de helt spesielle opplevelser den enkelte har bak seg som har bidratt til at hun er den hun er. Når unge velger å forplikte seg i en slik terapi, oppleves det meningsfullt både for terapeut og behandler. Dette bør fortsatt være et tilbud, men flertallet unge og familier vil nok foretrekke de mer avgrensede tilnærmingene som vi må utvikle bedre i årene som kommer.

Berit Grøholt er barnepsykiater og har i mange år arbeidet som overlege ved Sentralsykehuset i Akershus. Hennes doktorarbeid omhandler selvmord og selvmordsforsøk blant barn og unge. Hun har nå stipend fra NFR for å gjøre etterundersøkelser.

Referanser

- Berman A. L., Jobes D. A. **Adolescent suicide: Assessment and intervention.** Washington DC: American Psychological Association, 1991
- Brent D. A. **The aftercare of adolescents with deliberate self-harm.** Journal of Child Psychology and Psychiatry 1997; 38: 277-86.
- Brent D. A., Holder D., Kolko D., Birmaher B., Baugher M., Roth C., Iyengar S., Johnson B. A. **A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy.** Archives of General Psychiatry 1997; 54: 877-85.
- Grøholt B. **Familieterapi, systemteori og selvmordsatferd.** Suicidologi 1999; 4: 10-2.
- Hawton K. **Suicide and attempted suicide among children and adolescents.** London: Sage, 1986.
- Hawton K., Arensman E., Townsend E., Bremner S., Feldman E., Goldney R., Gunnell D., Hazell P., van Heeringen K., House A., Owens D., Sakinofsky I., Traskman-Bendz. **Deliberate self harm:**

Forts. fra forrige s.

systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. British Medical Journal 1998; 317: 441-447

Henggeler S. W., Rowland M. D., Randall J., Ward D. M., Pickrel S. G., Cunningham P. B., Miller S. L., Edwards J., Zealberg J. J., Hand L. D., Santos A. B. Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1999; 38: 1331-9.

Rotheram-Borus M. J., Piacentini J., Miller S., Graae F., Castro-Blanco D. Brief cognitive-behavioral treatment for adolescent suicide attempters and their families. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1994; 33: 508-17.

Sprague T. Clinical management of suicidal behaviour in children and adolescents. Clinical Child Psychology and Psychiatry 1997; 2: 113-23.

Forts. fra s. 10

Referanser

Berntsen G, Husby R: Behandling av selvmordsforsøkere i somatisk avdeling Tidsskr. Nor. Lægeforen. 1994; 114: 2374-2378

Burmo M, Borg SE, Dieserud G, Sveum BD: Selvmordsforsøk i Bærum 1984-1988. Rapport om det oppfølgende arbeid etter selvmordsforsøk i Bærum kommune. Bærum kommune, Helsestaten 1990

Dieserud G, Mathiesen KS, Dalgard OS: Veileder: selvmordsforebyggende arbeid: Bærumsmodellen. Oslo: Senter for sosialt nettverk og helse, 1993

Dunne DJ: Following a suicide postvention. I: Bongar B: Suicide, guidelines for assessment, management and treatment. New York: Oxford University Press, 1992

Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet. FOR 2000-12-21 nr 1409

Forskrift om etablering av tvungen psykisk helsevern mv. FOR 2000-12-21 nr 1410

Lingjærde O: Medikamentell behandling i oppfølging etter selvmordsforsøk. Suicidologi 2001; 6 (2): 14-16

Lov 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

Mork E, Ekeid G, Ystgaard M, Mehlum L, Holte A: Psykososial oppfølging etter parasuicid ved medisinske sykehusavdelinger i Norge. Tidsskr. Nor. Lægeforen. 2001; 121: 1038-43

Prosjektplan og handlingsplan mot selvmord 1994-1998. Skriftserie 4-95. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995

Retterstøl N: Samarbeid og svikt innen behandlingssystemet. Suicidologi 1999; 41: 18-20

Tiltak mot selvmord: oppfølgingsprosjekt: prosjektplan utarbeidet av Statens helsetilsyn. Oslo 2000. Utgitt som suppl. til Suicidologi 2000.

Forts. fra s. 7

Referanser

Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiatry 1974; 131:1121-1123.

Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Brit J Psychiatry 1979; 134:322-89.

Aktuell litteratur på området

Bruland Vråle G: Møte med det selvmordstruede menneske. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 2000.

Chiles JA, Strohsahl KD. The Suicidal Patient. Principles of Assessment, Treatment, and Case Management. Washington DC: American Psychiatric Press, 1995.

Mehlum L (red): Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 1999.

Retterstøl, N: Selvmord. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.

Forts. fra s. 18

Rønnestad MH. Psykoterapiforskning: Noen utviklingslinjer og betraktninger om "the Dodo bird verdict": "Everybody has won and all must have prizes." Tidsskrift for Norsk Psykologforening 2000; 37: 1003-1016.

Shneidman, ES. Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior. Nortvale, NJ: Aronson, 1993.

Shneidman, ES. Suicidology and the university: a founder's reflections at 80. Suicide and Life-Threatening Behavior 2001; 31 (1): 1-8.

van der Sande R, Buskens E, Allart E, van der Graaf Y, van Engeland H. Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. Acta Psychiatr Scand 1997; 96: 43-50.

Weishaar ME, Beck AT. Cognitive approaches to understanding and treating suicidal behavior. I: Blumenthal SJ, Kupfer DJ, red. Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients (pp. 469-498). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990

Ny norsk doktoravhandling:

Tyssen, Reidar

Mental health problems among medical students and young physicians: a nationwide and longitudinal study.

Univ. i Oslo, Institutt for medisinske atferdsfag, 2001

Vråle, Gry Bruland

Møte med det selvmordstruede mennesket.

2.utgave.

Oslo: Gyldendal Ad Notam, 2000. 150 sider.

Dette er en revidert utgave av boken med samme tittel som utkom første gang i 1993. Mye har skjedd i sektoren siden førsteutgivelsen og en revisjon var etterlenget. Innholdsmessig presenteres fagstoffet med en god balanse mellom fremstilling av teoretisk viten omkring selvdestruktiv atferd og praktisk anvendelig kunnskap. Innholdet er konkret og klinisk rettet med f.eks. omtaler av konflikter som kan oppstå i behandling av selvmordsnære mennesker. Når temaet blir så konkret som her, kan fremstillingen fort bli som i en prosedyrebok. Det har forfatteren klart å unngå. Teksten gir anvisninger, men samtidig rom for egen vurdering. Boken fremstår som kompetent og dekkende i forhold til hva den tar mål av seg til å presentere, og med det nødvendige optimistiske grunnsyn. Det kommer tydelig fram at faglig og personlig innsikt er en forutsetning i arbeidet.

Boken henvender seg i første rekke til sykepleiere som møter selvmordsatferd i sitt arbeid, og til studenter i grunn- og videreutdanning i sykepleie. Man kan diskutere hvorvidt det er god prioritering å utgi en bok som eksplisitt henvender seg til sykepleiegruppen når temaet er et fagområde (suicidologi) som i sin natur er slik at ingen faggrupper kan sies å ha monopol på yte omsorg og behandling, og hvor de praktiske handlinger ofte ligger i det tverrfaglige landskap. Når det pekes på dette forholdet, er det fordi boken kan fylle et behov for lærebøker langt utover sykepleiefagets rekke.

Dag Willy Tallaksen