Hva er virksomme psykoterapeutiske faktorer ved suicidalitet?

Ved Gudrun Dieserud

Ulike modeller for oppfølging av selvmordsforsøkere kan vise til redusert omfang av suicidalhandlinger mens tiltakene pågår, men vanligvis stiger raten igjen etter at tiltakene er avsluttet. Suicidologien er ennå ikke samlet i synet på hva som er virksomme terapeutiske faktorer i behandling av suicidalitet. Imidlertid ser vi en økende interesse for oppfatningen av terapi som et samarbeidsprosjekt mellom pasient og terapeut, der målet er å nå frem til en felles forståelse av suicidalhandlingen som meningsbærende strategi. Dette perspektivet er et viktig supplement til terapi som ekspertbehandling for en underliggende psykisk lidelse med suicidalitet som et av symptomene.

Til tross for internasjonal enighet om å utvikle bedre behandlingstilbud til suicidale personer, med oppfølging etter selvmordsforsøk som et høyt prioritert tiltak i en rekke land i tillegg til Norge, har terapiforskningen hittil ikke ført til enhetlig kunnskap om virksomme psykoterapeutiske tilnærminger til suicidalitet. Ut fra erkjennelsen av at både selvmord og selvmordsforsøk kan forstås fra flere faglige synsvinkler (f.eks. biologiske, psykologiske, interpersonlige, psykiatriske, sosiologiske), både i forhold til underliggende og utløsende faktorer, har terapeutiske anbefalinger kunnet bli svært ulike.

Oppfølging etter selvmordsforsøk - anbefalte tiltak

I en gjennomgang av en rekke effektstudier av ulike modeller for oppfølging etter selvmordsforsøk konkluderes det i en *Effective Health Care*-bulletin med noen overordnede anbefalinger for slike tiltak:

- 1) Selvpåført skade av alle alvorlighetsgrader og med ulik hensikt bør inkluderes i tiltaket.
- 2) Alle selvmordsforsøkere bør tilbys psykososial vurdering av spesialist etter somatisk førstehjelp.
- 3) Det bør etableres oppfølging før utskrivning fra sykehus.
- 4) Allmennleger må skoles i adekvat behandling av suicidale pasienter.
- 5) Det må etableres rutiner for å ta kontakt med pasienter som dropper ut av oppfølgingssystemer.
- 6) Selvmordsforsøkere må informeres om medisinsk fare for skader forbundet med de handlingene de har gjort.
- 7) Det må arbeides med å fremskaffe evidens for effektive terapimetoder for suicidale individer.

(NHS Centre for Reviews and Dissemination 1998).

Internasjonalt er det påvist reduksjon i suicidalatferd som resultat av ulike oppfølgingssystemer, der en eller flere av de nevnte anbefalingene er integrert (Goldney 1998). Motto (1976) har rapportert signifikant reduksjon i forventet selvmordshyppighet i forbindelse med et selvmordsforebyggende tiltak overfor en høyrisikogruppe. Den bestod av sykehusbehandlede pasienter som var innlagt på grunn av depresjon og/eller selvmordstanker eller -forsøk. Pasientene, som i utgangspunktet motsatt seg oppfølging, ble med jevne mellomrom tilskrevet av helsepersonell i løpet av en 5-årsperiode etter innleggelsen.

I brevene ble de ganske enkelt på en omtenksom måte minnet om muligheten for kontakt med behandler, hvis de ønsket det. Et viktig poeng i denne sammenhengen er at det er mulig å oppnå reduksjon av selvmordsatferd ved hjelp av enkle grep, forutsatt at tiltakene varer over tid. Etter at prosjektet var avsluttet steg imidlertid selvmordsraten igjen, slik at det kan se ut til at selve kontakttilbudet kan ha virket selvmordsforebyggende mens det varte, uten at det nødvendigvis har ført til endringer i pasientenes evne til å håndtere sine problemer på en mer konstruktiv måte.

Det er ikke spesielt overraskende at tiltak som kun fungerer som en trygghetsfor sikring om at det er hjelp å få, ikke fører til personlighetsmessig endring. Det er mer forbausende at ulike tiltak med et mer terapeutisk siktemål ikke alltid inneholder

spesifikke faglige retningslinjer for innholdet. Det vil si at mange av de oppfølgings-systemer som er etablert, søker å ivareta de seks første punktene i anbefalingslisten i *Effective Health Care*-bulletinen, som primært dreier seg om rammebetingelser for kontakten, mens få, om noen, av tiltakene inneholder tilbud om dokumentert effektiv terapi. Resten av artikkelen vil ha fokus på dette punktet.

Psykoterapeutisk behandling etter selvmordsforsøk

Selvmordsforsøkere i behov av psykoterapi er tradisjonelt blitt henvist til "treatment as usual," det vil si den til enhver tid ordinære tilnærming til psykiske problemer, ofte med primærfokus på symptombehandling av den antatt underliggende psykiske lidelse. Denne tilnærmingen er blitt kritisert for at den i for liten grad fokuserer på suicidalhandlingen som en meningsbærende strategi. Handlingen er et uttrykk for mer enn sykdom, snarere et forsøk på problemløsning for et menneske som opplever en uutholdelig psykisk smerte ved det å leve (Jobs 2000; Michel, 2000; Shneidman 1993). Jobs (2000) vektlegger i sin beskrivelse av "klinisk suicidologi" derimot å forstå suicidalitet både ut fra praktisk erfaring og forskningsbasert kunnskap, noe som fører til nye måter å arbeide klinisk med selvmordsnære personer på. Pasient og terapeut må etablere en arbeidsallianse basert på forståelsen av selvmords-handlingen som et forsøk på mestring (Jobs 2000, Linehan et al. 1991, Michel 2001). Vi kan se den samme tendens til et paradigmeskifte innenfor generell psykoterapiforskning, der økende forskningsinteresse knytter seg til det såkalte *terapeut/klient-match*-paradigmet, altså forskning som fokuserer på effekt av terapi ut fra forholdet mellom egenskaper hos terapeut og egenskaper hos pasient ("noen personer går bedre sammen enn andre")

(Rønnestad 2000). Ut fra det tradisjonelle metode/diagnose-match-paradigmet studeres overensstemmelse mellom behandlingsmetoder og kjennetegn hos pasienten, vanligvis uttrykt gjennom en diagnose (Rønnestad 2000). Selv om dette paradigmet fremdeles står sterkt innenfor generell suicidologisk terapiforskning, så har vi også en betydelig kognitiv psykologisk tradisjon innenfor suicidologi. I denne tradisjonen har hovedfokus vært på suicidale personers kognitive dysfunksjoner (kognitiv rigiditet, svart/hvitt-tenkning, og forskjellige aspekter ved problemløsningsprosessen), enten disse har vært knyttet til tilstedeværelsen av en psykisk lidelse eller ikke. Basert på pionærer som E. Shneidman, A. Beck og C. Neuringer, fulgt av bl a. G.W. Bonner, G.A. Clum, W.A. Dixon, og M. M. Linehan og medarbeidere, som alle har gjort banebrytende arbeider når det gjelder å beskrive suicidale personers kognitive organisering, er det utviklet ulike kognitive terapiformer som har vist seg å ha effekt i form av reduksjon av selvmordsatferd innenfor ulike pasient- og ikke-pasientgrupper.

Kognitiv terapi versus "treatment as usual"

Weishaar & Beck (1990) definerer kognitiv terapi som en aktiv, strukturert, problemorientert terapiform, der terapeut og pasient samarbeider om å komme frem til en felles forståelse av hvordan pasientens holdninger og oppfatninger er med på å skape psykiske problemer, for deretter å utfordre/endre "usanne" eller uhensiktsmessige oppfatninger. Det er påvist positiv effekt (reduisert suicidalatferd, hovedsakelig hos deprimerte eller borderline-pasienter) fra ulike varianter av denne terapiformen (Linehan et al. 1991; van der Sande et al 1997; Weishaar & Beck, 1990), sammenliknet med "treatment as usual." Ut fra den overbevisende forskningsevidens vi har for at mange selvmordsforsøkernes psykologiske funksjon er preget av ulike nivåer av problemløsningsvikt (Dieserud 2000), er det nærliggende å slutte seg til oppfatningen av den kognitive terapiretningen som riktig førstevalg for mange selvmordsforsøkere.

Imidlertid er psykoterapi praksis mer preget av integrasjon av flere teoretiske systemer enn av manualisert terapi ut fra ett teorisystem alene, og det er mye som tyder på at de fleste terapeuter, etter hvert som de får erfaring, i økende grad anvender begreper fra flere teorier i sitt arbeid (Rønnestad 2000). Derfor er svaret på hva som er effektiv terapi for selvmordsforsøkere verken å finne innenfor den kognitive, psykodynamiske, familieorienterte eller den medikamentelle behandlingsformen alene. Suicidologien har rett og slett ikke funnet en reliabel, empirisk basert måte å klassifisere suicidale personer i homogene subgrupper på, slik at anbefalt behandling følger av klassifisering. Til tross for dette bærer likevel ofte anbefalte tiltak preg av å forutsette en depresjon i bunnen av suicidaliteten (Ellis 1995). Imidlertid er ikke depresjon alene en tilstrekkelig forklaringsvariabel for suicidalitet (Dieserud 2000). Selvmordsforsøkere er like ulike som folk flest, til tross for påviste fellestrekk i kognitiv fungering, og må møtes som det. Utgangspunktet for en god terapeutisk allianse ligger derfor vel så mye i terapeutenes evne til å forstå meningsinnholdet i et selvmordsforsøk hos akkurat dette individet, som i evnen til å stille en korrekt psykiatrisk diagnose, selv om det siste selvfølgelig også inngår som en del av forståelsen (Jobs 2000, Michel 2001, Shneidman 1993).

Konklusjon

En hovedkonklusjon fra flere tiårs psykoterapiforskning er at sammenlignende studier av ulike terapeutiske metoder viser små forskjeller i terapeutisk resultat, og at effekten på pasientenes bedring fra selve terapimetodene gjennomgående er relativt beskjeden (Rønnestad 2000). Denne konklusjonen har ført til økt interesse for å studere andre variabler enn terapeutisk metode per se, spesielt fokuseres det i økende grad på pasient/terapeut-match-variabler. Innenfor suicidologi har vi sett en parallell utvikling i den kognitive tradisjon, som har løftet frem forståelsen av suicidalitet som en form for problemløsningsstrategi, og med hele den "Shneidman-inspirerte" tradisjon som understreker betydningen av terapeutenes sensitivitet i forhold til å forstå den enkelte suicidale persons "psychache". Det viktigste

psykoterapeutiske elementet blir da terapeutenes evne til å gå inn i et samarbeid om endring av opplevelsen av livskrisen som uutholdelig (fokus på problemløsning), til i hvert fall å oppleves som mulig å komme gjennom (Shneidman 2001). Mange hevder at dette innebærer en forskyvning fra ekspert/pasient-modellen til en samarbeidsalliansemodell.

Gudrun Dieserud
arbeider som psykolog i Bærum kommune og som forsker på Folkehelse. Hun er faglig ansvarlig for det kommunale selvmordsforebyggende team, som arbeider med oppfølging av selvmordsforsøkere og etterlatte etter selvmord i Bærum kommune.

Referanser

- Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK & Grisham JR. **Suicide ideation at its worst point: A predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients.** *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1999; 29 (1): 1-9.
- Dieserud G. **Suicide attempt. Unsolvable lives?** Doktoravhandling. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, 2000.
- Ellis TE. Thinking about suicide: **Cognitive therapy and the suicidal patient.** Bokanmeldelse av A Freeman & MA Reinecke. **Cognitive therapy of suicidal behavior: A manual for treatment.** New York: Springer Publishing, 1995.
- Goldney RD. **Suicide prevention is possible: a review of recent studies.** *Archives of Suicide Research* 1998; 4: 329-339.
- Jobs DA. **Collaborating to prevent suicide: A clinical-research perspective.** *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2000; 30 (1): 8-17.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. **Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients.** *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 1060-1064.
- Michel K. **Suicide prevention and primary care.** I Hawton K, van Heeringen K, red. **The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide.** New York: Wiley, 2000.
- Michel K. **Attempted suicide: The therapeutic relationship in a first interview is improved by therapist sensitivity towards central life career issues.** Innlevert manuskript, 2001.
- Motto J. **Suicide prevention for high-risk persons who refuse treatment.** *Suicide: A Quarterly journal of Life-Threatening Behavior* 1976; 6(4): 223-30
- NHS Centre for Reviews and Dissemination. **Effective Health Care: Deliberate Self-harm.** York: University of York, 1998 - (Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers; vol 4, nr. 6)

forts. s. 13