Vad är suicidalitet?

Psykiaterkåren måste ena sig!

Av Jan Beskow og Else-Marie Törnberg

Suicidpreventionen hämmas av att det finns tre samtidiga förståelsemodeller. Psykiaterkåren måste ena sig om en syn på suicidprevention som innesluter alla dessa tre. Jan Beskow föreslår att *Problemlösning vid livsavgörande påfrestningar* är den mest lämpliga övergripande modellen då den rymmer i sig både psykisk sjukdom som bakgrundsfaktor och olyckshändelser som oönskade utfall i extrema lägen.

Splittrad förståelse av suicidalitet måste vändas till enighet
Suicidpreventionen mår inte bra. Delvis är vi psykiatrer själva skuld till detta. Så länge vi fortsätter att presentera tre olika förklaringsmodeller av suicidalitet underhåller vi nuvarande förvirring.

1. Psykiatrisk sjukdomsmodell

Denna har det starkaste genomslaget på grund av psykiaternas position som de som kan suicidprevention. Kunskaperna är emellertid ofta inte särskilt djupa. Bedömningen av en mentalskötare med 20 års erfarenhet av att hjälpa och stödja suicidala patienter avfärdas inte sällan snabbt av en nykommen ST-läkare med rudimentär utbildning i suicidologi och suicidprevention. Ofta gör hen detta med stöd av skattningsskalor, som vi vet inte fungerar som prediktionsinstrument (SBU 2015, Runeson 2015).

Bristande teoretisk förankring. När jag frågar psykiatrer, som ska vara professionella experter på suicidprevention, vilken teori eller modell de har för suicidalitet blir det ofta pinsamt tyst. Det verkar som ingen ställt frågan förut. Till sist säger någon tveksamt: Det är väl ett symptom på depression.

Den psykiatriska sjukdomsmodellen är inte en modell för suicidalitet. Förvisso finns det en hög korrelation mellan psykisk störning, särskilt depression, och suicidalitet. Först suicidförsök och sedan psykisk sjukdom är de två tyngsta riskfaktorerna för död i suicid. Finns båda dessa är risken för död i suicid enormt hög (Tidemalm oa 2009). Men: Den psykiatriska sjukdomsmodellen är till för att diagnosticera och behandla psykisk sjukdom, vilket är och förblir en viktig form av suicidprevention. Däremot är den psykiatriska sjukdomsmodellen inte avsedd för och inte användbar för att beskriva suicidalitet.

Det viktigaste argumentet för suicidalitetens annorlunda natur är att 'tänka på suicid,' liksom 'koncentrationsstörning,' är kognitiva processer som radikalt skiljer sig från övriga mer kroppsligt förankrade symptom på depression (Williams 2006). Detta leder i sin tur till en sämre problemlösning (Williams 2005). Suicidala personer är dock inte sämre problemlösare än andra – utom när de är suicidala!

Psykiska störningar är dåliga prediktorer. Till detta kommer att psykiska störningar ofta är livslånga och därför dåliga prediktorer för död i suicid. Uttrycket: "Det är väl inte konstigt att hen tog sitt liv, hen har ju varit deprimerad i mer än tjugo år" förklarar dåligt varför personen tog sitt liv just nu. Depression är en vanlig psykisk störning. Räknat per 100 000 människor och år är suicid dock ett

ovanligt fenomen. Det innebär att av alla som vid en viss dag lider av en behandlingskrävande depression är det mindre än 0,5% som dör i suicid inom ett år. Detta gäller i Sverige och troligen även i Norge. Sammanblandningen av suicidalitet och psykisk störning gör att man missar de så viktiga omgivningsfaktorerna, både kontext och triggers.

Att se suicidalitet i första hand som psykisk störning öppnar dessutom ofta för ett dikotomt tänkande, som också avspeglar sig i bedömningar: "På fredagen hög suicidrisk och inläggning, på måndag ingen suicidrisk och utskrivning". I själva verket är suicidalitet en process med många snabbt skiftande faser: Frånvaro av tankar på suicid; vaga, svängande suicidtankar; påträngande/tvångsmässiga fram till totalt ockuperande suicidtankar. Det är därför viktigt att skilja mellan långvarig suicidalitet och den akuta suicidala episoden med förhöjd risk för död. Suicidprevention bör bedrivas så tidigt som möjligt i processen. Den suicidala personen måste själv lära sig att följa sin process, göra sina egna riskbedömningar och ha fungerande kopingstrategier för att söka hjälp i god tid, gärna med s.k. grönt kort, som ger företräde till villkorslös inläggning vid förhöjd suicidrisk.

Enligt DSM V är suicidalitet i olika former symptom på personlighetssyndromet borderline, depression och bipolär sjukdom samt motsvarande former av schizofreni. Men varje psykiater vet såväl av egen erfarenhet som av forskning att suicid förekommer vid alla psykiska sjukdomar. Trots detta har såväl klinik som forskning inriktats övervägande på depression och borderlinepersonlighetsstörning/emotionell instabilitet. Först på 1990-talet observerades ångestens avgörande betydelse för suicidhandlingar (Riskind 2000). Sannolikt är också den bild som DSM-systemet ger av depression betydligt förenklad (Fried 2015). Det är bl.a. av detta skäl vi behöver en helt annan förklaringsmodell för suicidalitet.

Forskning. Under åren 1971–2014 har det skrivits 98 avhandlingar om suicid i Sverige (FORTE 2015) nästan alla inom psykiatrin. De handlar om biologi, klinik och behandling. De har inte lärt oss mycket om hur suicidala personer känner och tänker. Detta är således i Sverige ett vetenskapligt i stort sett okänt område. Såväl ångest som depression är viktiga normala reaktioner för en god anpassning till livets påfrestningar. Först under de senaste decennierna har vi börjat förstå hur hjärnan fungerar. Det har gjort att gränsen mellan normalitet och psykopatologi varit extremt oklar. Detta har bl.a. lett till att situationsfaktorer ofta undervärderats, en bristande kännedom om normala funktioner av t.ex. ångest och depression samt en dyrbar överdiagnostik (men även underdiagnostik).

2. Problemlösning vid livsavgörande påfrestningar

Parallellt med psykiaternas bedömningar arbetar övrig personal (inklusive erfarna psykiatrer) efter en helt annan och mycket mer verklighetsnära förståelsemodell, en problemlösningssmodell. Patientens akuta suicidala episod måste först hävas, det är det mest prioriterade problemet. Sedan måste de viktigaste bakomliggande problemen hanteras så tillvaron blir uthärdlig. Målet är att patienten ska återta kontrollen över sitt liv, empowerment. Det är ett starkt argument att de som sedan 20 år eller mer mött och arbetat med suicidala patienter använder denna modell på ett självklart sett, dock oftast intuitivt utan djupare teoretisk förankring. Detta var dessutom den första ansatsen när kognitiva psykoterapeuter försökte behandla suicidala personer (Beskow oa 2009).

Normalitet. Problemlösningssmodellen bygger på insikten att vi löser problem med normala psykiska funktioner (Beskow oa 2013). Detta gäller även när vi ser suicid som enda kvarstående alternativ. Det är därför helt normalt att tänka på suicid som en möjlig utgång om problemen inte går att lösa. För suicidala personer är det en stor lättnad att få höra att de reagerar normalt på svåra situationer och därför själv kan arbeta med sina problem. Men också att misslyckad problemlösning kan bli utmattande och livsfarligt.

Suicid är ofta det första en människa tänker på i en svårt pressad och ovanlig situation. Av 400 personer som i en enkät uppgivit att de tänkt på suicid är det bara en som dör i suicid samma år (FORTE 2015). All energi inriktas nu på att rädda denne ende eller möjligen de tiotal som gör suicidförsök medan de övriga försummas. Detta innebär att den individuella preventionen tvärt emot vad man gör inom andra områden koncentreras på det livsfarliga tillståndet. I stället bör man sträva efter en prevention så tidigt som möjligt i processen. Denna förutsätter en god samtalsrelation till den i denna situation så sköra och dysfunktionella patienten.

Internationellt har detta perspektiv ett starkt stöd även inom forskningen. Detta har framför allt lyfts fram av en internationell grupp av välkända psykiatrer och psykologer, Aeschi-gruppen, som alla är kliniskt och forskningsmässigt djupt involverade i suicidprevention (Michel 2011). Det ingående samtalet med den suicidala patienten är helt grundläggande. Patienterna, som jobbar hårt för att överleva, ska få förstärkning på sina egna fungerande kopingstrategier och vid behov hjälp att hitta ännu bättre. Inställningen är densamma som inom personcentrerad vård (Docteur 2013, Ekman 2014).

Dysfunktionell problemlösning. En människa som mår gott och kan hantera sina livsproblem med bred marginal tar inte livet av sig. En suicidal person har alltid ett eller flera för hen livshotande problem. Trots den skiftande bakgrunden till suicidalitet och stora personliga variationer finns det förvånande likformiga drag när problemlösningen blir dysfunktionell. Denna kan beskrivas i fem steg a) ett eller flera problem, som de inte kan lösa b) därav kommande mental och även fysisk trötthet, som ger känslor av vanmakt och ökad sensibilitet, vilket ger c) en allmän aktivering åt hela organismen i avsikt att trots allt lösa problemen, ofta upplevd som förvirring, ångest och psykisk smärta. Detta gör att de d) vansköter sina relati-

oner och upplever ensamhet, hjälplöshet och hopplöshet. Då ter sig e) suicid som enda möjliga kvarstående utväg.

Personligen tror jag vi kommer att hamna i att en bristande anknytning under de tidiga barnaåren, men också under tonåren och i vuxenlivet samt psykiska trauman är av avgörande betydelse för uppkomsten av suicidalitet. De som har en trygg bas klarar av livets problem på ett eller annat sätt utan att bli suicidala. Vi ska minnas att hälften av alla personer med depression aldrig tänker på suicid som en möjlighet för just dem.

3. Olycksfallsmodellen

De som arbetar med suicidprevention inom trafiken är helt klara över att effektiva åtgärder på befolkningsnivå är desamma mot såväl olyckor som suicid (Rådbo 2008, Beskow 2010, Clarke 2013). Den ökade aktiveringen vid utmattande försök att lösa livsfarliga problem ger upphov till en sämre problemlösningssförmåga (Williams 2005) med sämre perception och sämre bearbetning så att hela tillvaron ter sig kaotisk, dvs patienten tappar kontrollen över sin situation och råkar lätt ut för såväl fysiska som psykiska olycksfall.

Antingen utfallet blir en fysisk eller mental olyckshändelse, en 'olycka' eller ett 'suicid', handlar det om personer som tillfälligt inte kan kontrollera sin situation. De har en kognitiv insufficiens i förhållande till det akuta, konkreta problemet. I dessa situationer behövs ett stöd i form av försvårad tillgång till suicidmedel. Räddningstjänst, polis och patientsäkerhetsarbetare (Vincent 2010) arbetar alla utifrån ett olycksfallsperspektiv. Det är också denna modell som har det starkaste empiriska stödet (WHO 2014, FORTE 2015, Folkhälsomyndigheten 2015 och 2016). I detta ingår en suicidpreventiv utbildad befolkning som kan ingripa vid risk för dödsfall.

Låt oss därför enas om:

- att tidigare suicidförsök och psykisk störning är de två viktigaste bakgrundsfaktorerna till suicidalitet;
- att den psykiatriska sjukdomsmodellen är en modell för psykisk sjukdom och inte för suicidalitet;
- att suicidalitet bäst beskrivs med en problemlösningssmodell vid livsavgörande problem som för enstaka personer inte längre fungerar utan blir dysfunktionell; samt
- att personen då befinner sig i ett tillstånd av bristande kontroll och därför lätt råkar ut för såväl fysiska som psykiska olyckshändelser, ibland dödande.

En sådan enighet är första steget för att samla våra krafter till en målinriktad och effektiv suicidprevention.

En sådan enighet är också förutsättningen för att vi ska kunna övertyga statsmakten i Sverige om att den måste ta sitt ansvar för samordning och effektivitet genom att ge suicidpreventionen de ekonomiska förutsättningarna för detta, administrerade av Folkhälsomyndigheten. Ett anslag på 100 miljoner svenska kronor varje år, av samma storleksordning som trafikverket nu får för att förebygga olyckor och suicid inom sitt område, vore en bra början. Motsvarande anslag i Norge är nu omkring 25 miljoner norska kronor.

En sådan enighet ger oss en helt annan styrka när det gäller att bryta den sedan början av 2000-talet stagnerade reduktionen i antalet döda. Fortfarande dör fyra personer i Sverige varje dag i suicid. Det är inte acceptabelt.

Tidigare publicerad i Svensk Psykiatri nr 2 2016, sid 83-85.
www.svenskpsykiatri.se/tidskriften.html

Referenser

- Beskow, J., Salkovskis P., & Palm Beskow, A. (2009). Cognitive Treatment of Suicidal Adults. In Wasserman, D., Wasserman, C. (eds). Oxford Textbook of Suicide Prevention. A Global Perspective. Oxford University Press.
- Beskow, J. (2010). The meaning of suicidality. In Osorno J, Svanström L, Beskow J. Community Suicide Prevention. (37-59). Karolinska institutet, Stockholm 37-59.
- Beskow, J., Ehnvall, A., & Nyberg, U. (2013). Här finns problem att lösa! Svensk Psykiatri, 3, 78-80.
- Clarke, R.V., & Lester, D. (2013). Suicide: Closing the Exits, Transactions Publisher.
- Docteur, E., & Coulter, A. (2013). Patient-centeredness in Sweden's health system - an external assessment and six steps for progress. Rapport 2012: 5. Myndigheten för vårdanalys, www.vardanalys.se
- Ekman, I. (red). (2014). Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik. Stockholm: Liber.
- Folkhälsomyndigheten. (2016). Effekter av insatser för att förebygga suicid, April 2016, Stockholm: Folkhälsomyndigheten, www.folkhalsomyndigheten.se
- Folkhälsomyndigheten. (2015). Struktur för kunskapsbaserad suicidprevention. Stockholm: Folkhälsomyndigheten 2015, www.folkhalsomyndigheten.se
- FORTE. (2015). Problemet självmord. Stockholm: Forte.
- Fried, E. I. (2015). Problematic assumptions have slowed down depression research: why symptoms, not syndromes are the way forward. *Frontiers in Psychology*, 6 (309). doi:10.3389/fpsyg.2015.00309.
- Michel, K., & Jobes, D.A. (red). (2011). Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington: American Psychological Association.
- Riskind, J. H. et al. (2000). Desperate acts for desperate times: Looming vulnerability and suicide. In T. Joiner & M.D. Rudd (Eds.) *Suicide science. Expanding the boundaries*, New York: Plenum Press, 105-115.
- Runeson, B. (2015). Intervjuinstrument ger ingen säker bedömning av suicidrisk. Vetenskapligt stöd saknas, enligt SBU-rapport. Läkartidningen. 2015;112:DRTZ Läkartidningen 50/2015 Lakartidningen.se 2015-12-08.
- Rådbo, H. (2008). Systeminriktad prevention av järnvägssjälvmord. Strategiutveckling i en svensk kontext. Avh. Karlstad: Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper. Folkhälsovetenskap. Karlstad University studies 2008:34.
- SBU. (2015). Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturoversikt (SBU-rapport nr 242, 2015). Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).
- Tidemalm, D., Långström, N., Lichtenstein, V., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ* 337 (a2205).
- Vincent, C. (2010). *Patient Safety* (2nd ed). BMJ Books, Wiley-Blackwell.
- WHO. (2014). Preventing suicide - a global imperative; 2014.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., & Beck, A.T. (2005). Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 421-31.
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Van der Does, A. J. W., & Segal Z.V. (2006). Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*. 91, 189-94.

JAN BESKOW är professor, psykiater, socialmedicinare, kvalitetsansvarig vid Suicidprevention i Väst, SPIV, samt knuten till Sahlgrenska Akademien i Göteborg, samt Institutionen för beteendevetenskap och lärande vid Linköpings universitet.

ELSE-MARIE TÖRNBERG är verksamhetschef vid SPIV.

Den 11:e Nationella konferensen om Suicidprevention Göteborg 12-13 september 2017!

Suicidprevention i Väst, SPIV, en ideell förening och ett regionalt nätverk för västra Sverige, har fått i uppdrag att arrangera nästa års konferens om suicidprevention. Den blir brett upplagd och vi förväntar oss omkring 800 deltagare.

Professor Konrad Michel och professor Lars Mehlum har bl a lovat att medverka.

Konferensen har som tema: **STEG FÖR LIVET – NY KUNSKAP OCH EFFEKTIVARE SAMARBETE FÖR ATT FÖREBYGGA SJÄLMORD**

Vi måste lyssna bättre. I centrum står därför personers berättelser, men också berättelser från forskare och behandlare, vilket gör att konferensen står på tre ben:

Berättelser – möten med suicidala personer
 Behandling – forskning och metoder
 Befolkning – en alltmer samordnad suicidprevention där vi vet våra olika roller.

Jag återkommer i senare nummer av Suicidologi med kort information om hur programarbetet fortsätter. Det vore roligt om deltagare från Norge också hittar vägen till Göteborg. Så därför:

Skriv in dagarna redan nu!
Sätt gärna detta meddelande under din signatur på varje mejl så gör du suicidpreventionen en tjänst

Konferensens hemsida är www.spkonferens2017.se

VÄLKOMMEN TILL GÖTEBORG

Jan Beskow, programansvarig

I samarbete med Västra Götaland-regionen, Göteborgs stad, Folkhälsomyndigheten i Sverige, Efterlevandeföreningen SPES m fl.