

Tema
Selv mord og
somatisk
sykdom

suicidologi

Vol 22 nr 1/2017



UiO : **Universitetet i Oslo**

NSSF



Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

Kurs i klinisk suicidologi

for leger og psykologer som
arbeider med barn og ungdom

Fra selvmordsrisikovurdering til
behandling av kronisk suicidalitet

Tid: 7.–8. juni 2017

Sted: Clarion Collection Hotel
Gabelshus i Oslo

Pris: kr 3 600,– inkl. lunsj, kaffe/te

Påmeldingsfrist: 15. april 2017

*Spesialister i barne- og ungdomspsykiatri
og klinisk barne- og ungdomspsykologi
vil bli prioritert.*

For mer informasjon og påmelding:
www.selvord.no



UiO : Universitetet i Oslo

NSSF

Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

Abonner på NSSFs nyhetsbrev

Meld deg på og bli
oppdatert på forskning
ved NSSF og andre
aktuelle saker.

www.selvord.no

Kurs i klinisk suicidologi

for leger og psykologer som
arbeider med voksne

Fra selvmordsrisikovurdering til
behandling av kronisk suicidalitet

Tid: 16.–18. oktober 2017

Sted: Clarion Collection Hotel
Gabelshus i Oslo

Pris: kr 5 400,– inkl. lunsj, kaffe/te

Påmeldingsfrist: 25. august 2017

*Spesialister i psykiatri og klinisk psykologi
vil bli prioritert.*

For mer informasjon og påmelding:
www.selvord.no



UiO : Universitetet i Oslo

NSSF

Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

suicidologi nr 1/2017

Tidsskriftet utgis med støtte fra Helsedirektoratet og Universitet i Oslo.

Suicidologi indikseres i Svemed+ og DOAJ – Directory of Open Access Journals, Lund Universitet.

Utgiver: Universitet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for klinisk medisin, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Senteret har lokaler ved Oslo universitetssykehus Aker, Klinikk psykisk helse og avhengighet. Adresse: Sognsvannsvn. 21, Bygning 12, 0372 Oslo.

Tlf: 22 92 34 73. E-post: nssf-post@medisin.uio.no. Internett: **www.selvord.no**

Suicidologi epost: hanne.holmesland@medisin.uio.no, suicidologi@medisin.uio.no.

Redaktør: Lars Mehlum. Assisterende redaktører: Erlend Mork og Ping Qin.

Redaksjonssekretær: Hanne Holmesland/Katinka Tobiasson. Redaksjonskomité: Kim Larsen, Arne Thorvik og Anita J. Tørmoen. Design: Tank. Trykk: RK Grafisk. ISSN: 1501-6994. Forsidefoto: Unsplash.com

Kjære leser

Lars Mehlum
redaktør



Vi må medgi at også innen suicidologien blir kroppslige aspekter altfor ofte utelatt

MYE TYDER PÅ at dualismen i medisinsk vitenskap og praksis lever i beste velgående. Dualisme (av latin *dualis*) betyr todelt og går ut på at man trenger to uforenlige grunn-

begreper for å forklare kropp og sjel, eller at kroppen og sjelen er to fundamentalt forskjellige ting som eksisterer hver for seg. Dette er det naturligvis liten empirisk dekning for, og det leder gjerne til en fragmentert måte å forholde seg til mennesker som trenger helsehjelp. Selv om medisinen gjør stadige framskritt forblir det et

problem at kroppen og psyken holdes atskilt av klinikere som, kanskje uten å være helt klar over det, definerer bort viktige deler av pasientens eksistens. Det gjelder ikke

bare helsepersonell innen somatikken når de velger å se bort fra pasientens psykologiske behov. Det gjelder også mangelen på forståelse for kroppens avgjørende betydning for psyken i helse og uhelse.

Vi må medgi at også innen suicidologien blir kroppslige aspekter altfor ofte utelatt. Når vi skal forklare eller forebygge selvmord er vi nesten utelukkende opptatt av psykologiske og sosiale aspekter, selv om selvmordet i høyeste grad angår vår kroppslige eksistens. I dette nummeret av Suicidologi har vi samlet et lite knippe artikler som belyser enkelte aspekter av hvordan somatisk sykdom er relevant for utvikling av suicidalitet. Trolig vil dette temaet få økt betydning i årene framover i en aldrende befolkning hvor stadig flere mennesker kan komme til å oppleve at de slipper opp for helse og fysisk fungerings- evne før de slipper opp for leveår.

Den medisinske selvmorderen i individualismens tid

Av Lars Johan Materstvedt

SAMMENDRAG

Artikkelen starter med en drøfting av selvmordets rasjonalitet sett fra en filosofisk synsvinkel. Deretter forklares og defineres termene «eutanasi» og «legeassistert selvmord», som begge fortolkes moralsk som former for kontrollerte, medikaliserte selvmord. Det gis deretter en beskrivelse av hvor normalisert begge deler har blitt i BeNeLux-landene, og at dette kan leses som uttrykk for en individualistisk kultur der kontroll med egen død er blitt stadig viktigere. Artikkelen beskriver også hvordan praksisen med assistert selvmord i Sveits er spesiell ved at den ikke involverer helsepersonell i særlig grad. Dernest beskrives norsk forskning på kreftpasienters forhold til eutanasi og legeassistert selvmord, samt at pasienters ønske om disse typene unaturlig død kan være svært komplekse. Til slutt problematiseres forestillingen om at vi vet vår eget beste, og det antydes at vi er mindre rasjonelle enn vi har for vane å tro.

The present article takes as its point of departure a discussion of the rationality of suicide from a philosophical point of view. It goes on to explain and define the terms "euthanasia" and "physician-assisted suicide", which are both given a moral interpretation as forms of controlled, medicalised suicide. Subsequently, a description is offered of how normalised both practices have become in the BeNeLux countries, and that this phenomenon may be seen as an expression of an individualistic culture in which control of one's own death has gained increased importance over the years. The article also delineates in what way the practice of assisted suicide in Switzerland is particular in that health care personnel are involved in a quite limited fashion. There follows a presentation of research carried out in Norway directed at cancer patients regarding their views of, and attitudes towards, euthanasia and physician-assisted suicide. It is also pointed out that a wish for either type of unnatural death can be very complex. The article ends by casting doubt on the idea that we know our own best interests, and it is suggested that we are less rational than we normally see ourselves as.

ER DET NOENSINNE rasjonelt å ta sitt liv? Spør man en filosof, som undertegnede er, kan jeg garantere at vedkommende umiddelbart vil spørre tilbake: «Hva mener du med 'rasjonelt'?» Det finnes en hel skog, for ikke å si flere skoger, av filosofisk litteratur om begrepet. Og det er slett ingen enighet om dets innhold – til tross for at enkelte prøver (hardt) å fange rasjonalitetens vesen.

Et eksempel er Harvard-filosofen Robert Nozick (1938–2002), som i 1993 utga en bok med den ambisiøse tittelen *The Nature of Rationality*. Et annet er den tyske filosofen Karl-Otto Apel (Materstvedt, 1999). I Norge er særlig Jon Elster kjent for sine teorier om rasjonalitet, eksempelvis i *Ulysses and the Sirens* (1979). Så svaret avhenger helt av hvilken teori man «sokner» til – en teori som selv må begrunnes, ingen liten jobb ...

Men jeg skal ikke plage leserne av *Suicidologi* med mer utlegning av dette feltet. I stedet skal jeg gå rett på sak, og relatere spørsmålet til en medisinsk kontekst: Finnes det noen *lidelser* som er av en slik art at det kan være rasjonelt å drepe seg selv? To av de mest sentrale filosofene i den klassiske liberale tradisjonen, Thomas Hobbes (1588–1679) og Immanuel Kant (1724–1804), har skrevet mye som er relevant for dette spørsmålet.



Hobbes: selvmordere er «nuts» – men alltid?

Hobbes betrakter selvmord som uttrykk for at personen er «nuts» – gal, sprø, sinnssyk. Som han understreker, kan han ikke forstå («conceive») dette på noen annen måte:

I conceive not how any Man can bear Animum felleum, or so much Malice towards himself, as to hurt himself voluntarily, much less to kill himself; for naturally, and necessarily the Intention of every Man aimeth at somewhat, which is good to himself, and tendeth to his preservation: and therefore, methinks, if he kill himself, it is to be presumed that he is not compos mentis, but by some inward torment or Apprehension of somewhat worse than Death, Distracted (Hobbes, 1971, s. 116–17).

En person som dreper seg selv er ikke ved sine fulle fem (*compos mentis*), og dermed heller ikke (strafferettslig) tilregnelig slik Hobbes ser det. Det er noe annet som driver eller «distraherer» (distract) ham til å begå selvmord, en «indre pine» (inward torment) eller engstelse (apprehension) for at han går i møte en skjebne verre enn døden.

I Hobbes' politiske filosofi er selvoppholdelsesdriften, eller omvendt formulert: dødsfrykten, fundamental for alle våre handlinger, og får oss til sammen å etablere en

stat kjennetegnet av det sosiologen Max Weber kalte et «legitimt voldsmonopol» bestående av politi og militærvesen – et apparat som kan beskytte oss alle. En av de mest berømte passasjene i hans hovedverk *Leviathan* er, i tråd med denne tankegangen, følgende – der han beskriver den statsløse «naturlilstanden»:

In such a condition there is no place for industry; ... no arts; ... no society; and which is worst of all, continual fear, and danger of violent death; and the life of man, solitary, poor, nasty, brutish, and short (Hobbes, 1985, Chapter XIII. Of the Natural Condition of Mankind as Concerning Their Felicity and Misery, s. 186).

Ethvert rasjonelt vesen vil søke å unnsnippe dette helvete på jord. Og det er nettopp fordi den rasjonelle ikke har suicidale trekk at han eller hun vil velge å institusjonalisere (etablere) en sterk stat som en trygg «utvei» fra naturlilstanden.

Hobbes' verdensbilde kan beskrives som mekanistisk-deterministisk, påvirket av den vitenskapelige revolusjon i renessansen, med store navn som Kepler, Kopernikus, Galilei og Newton. Slik Hobbes ser individet i lys av dette verdensbildet, hefter det en fundamental «mekanisk feil» ved de menneskekropper som bevisst destruerer seg selv – altså begår selvmord.

Likevel kan vi spørre om det ikke her foreligger en spenning i Hobbes' tenkning. For som vi så, sier han at det nødvendigvis er slik at mennesket sikter mot det som er godt for en selv («necessarily the Intention of

Det finnes flere varianter av medikaliserte drap som er frivillige – hva enn man måtte legge i «frivillig»

every Man aimeth at something, which is good to himself»). Sett nå at man er under grufull tortur som har til hensikt å fravriste en statshemmeligheter, og man vet at utgangen på det hele er henrettelse. Dette kan da oppfattes som en skjebne verre enn døden («worse than Death»), i hvilket tilfelle døden fremstår som et gode. Vil det ikke da være rasjonelt å ta sitt liv jo før jo heller?

Overført til vårt tema, kan man spørre hvilke implikasjoner Hobbes' syn har i konteksten eutanasi og legeassistert selvmord (se definisjoner nedenfor). For i den grad pasienter oppfatter sin lidelse som torturlignende, virker det som om Hobbes vil kunne se på begge deler som rasjonelle handlinger.

Kant: selvmordet er moralsk forkastelig, men forståelig – og unntaksvis rasjonelt?

Få tenkere har fordømt selvmordet sterkere enn Kant; det er en forbrytelse mot moralen. Likevel uttrykker han forståelse for at noen kan ønske å ta sitt liv. Men selv om noen følelsesmessig kan ønske dette, kan de ikke rasjonelt ville ta sitt liv. I tidenes kanskje mest berømte verk innen etikk, *Grundlegung*, skriver Kant om disse problemstillingene:

Et menneske er blitt trett av livet på grunn av en rekke lidelser som har hopet seg opp slik at alt virker håpløst [Hoffnungslosigkeit]. Men det har fremdeles så meget fornuft i behold at det kan spørre seg selv om det ikke ville være i strid med ens plikt overfor seg selv å ta sitt liv (Kant, 1983, Ak. 422, s. 40).

Den som tar sitt eget liv mot en slik bakgrunn (i en slik situasjon), handler imidlertid utifra «egenkjærlighet [Selbstliebe] ... dette egoistiske prinsipp [som] strider ... fullstendig mot det øverste prinsipp for all plikt» (Kant, 1983, Ak. 422, s. 40).

Og, fortsetter han,

hva angår begrepet om den nødvendige plikt mot seg selv, [så vil] den person som tenker på selvmord spørre seg hvorvidt hans handling er forenlig med idéen om menneskeheten som et formål i seg selv [als Zwecks an sich selbst]? Hvis han for å komme unna en plagsom tilstand ødelegger seg selv, så benytter han seg av en person bare som et middel til å opprettholde en tålelig tilstand til livets slutt (Kant, 1983, Ak. 429, s. 46–7).

Som om ikke det var nok, i det senere verket *Tugendlehre* skriver han:¹

Selv mordet er en forbrytelse [Verbrechen (Mord)]. Det kan også betraktes som et brudd på ens plikt [Pflicht] overfor andre mennesker (ektefeller, foreldre overfor barn, ...) ... (Kant, 1990, Des ersten Hauptstücks erster Artikel. Von der Selbstentleibung, § 6, s. 59).

Ikke desto mindre åpner Kant nettopp i *Tugendlehre* for at selvmord i ekstreme situasjoner kan være på sin plass – riktignok uten at han konkluderer. I stedet lar han temaet bli hengende i luften, ved kun å spørre om personen i dette tilfellet begikk en moralsk feil:

En mann som ble bitt av en gal hund kjente allerede at virkningen rabiesangst var i ferd med å innhente ham. I et brev han etterlot seg, skrev han at han aldri hadde hørt at noen hadde blitt kurert for denne sykdommen, og han tok derfor sitt liv for å unngå å skade andre mennesker i sin galskap (som han allerede kjente komme). Spørsmålet er om han dermed handlet galt (Kant, 1990, Des ersten Hauptstücks erster Artikel. Von der Selbstentleibung, § 6, Kasuistische Fragen, s. 61).

Men her er det altså ikke hensynet til en selv som er argumentet, men hensynet til andre: Et eventuelt selvmord vil ikke da være egoistisk, men altruistisk (uegennyttig) for å beskytte andre mot å bli skadet – kanskje til og med fatalt. Altså et mål-rasjonelt selvmord.

Jeg har annetsteds argumentert for at selv om Kant mener selvmordet er moralsk «forbudt», ville han neppe støttet et juridisk forbud – og muligens akseptert lover som tillater eutanasi og legeassistert selvmord (Maters- tvedt, 2015a), som jeg nå skal definere.

Varianter av medikaliserte drap

Det finnes flere varianter av medikaliserte drap som er frivillige – hva enn man måtte legge i «frivillig». Først og fremst har man følgende to varianter, som også er mest utbredt i praksis (Materstvedt & Kaasa, 2016, s. 85):

Eutanasi (E): En leges intenderte (tilsiktete) drap på en person ved å injisere medikamenter, på personens frivillige og kompetente forespørsel. Først gis sovemedisin som injeksjon eller infusjon for at pasienten skal falle i koma, deretter muskelavslappende medisin med respirasjonsstopp som resultat. Dette medfører hjertestans, og pasienten dør i løpet av sekunder eller minutter.

Legeassistert selvmord (LAS): En leges intenderte hjelp til en person i dennes selvmord, ved å skaffe til veie medikamenter som personen kan innta selv, på personens frivillige og kompetente forespørsel. Pasienten svelger en overdose sovemedisin som forårsaker bevisstløshet og respirasjonsstopp, hvorpå hjertet slutter å slå. Alternativt

kan det brukes selvmordsmaskin, der legen har rigget til en infusjon, men som utløses av pasienten.

Også i artikkelen «Fra aktiv og passiv dødshjelp til eutanasi og behandlingsbegrensning» gjør undertegnede og lege, professor i medisinsk etikk Reidun Førde, nærmere rede for denne begrepsbruken og disse distinksjonene (Materstvedt & Førde, 2011). Jeg vil også vise til min artikkel «Legeforeningens uklarhet om 'aktiv døds-hjelp'» (Materstvedt, 2016a). En mer dyptpløyende analyse finnes i Materstvedt & Magelssen (2016): «Medical murder in Belgium and the Netherlands».

Eutanasi er bare nedfelt i lov i BeNeLux-landene og i Canada, mens assistert selvmord er lovregulert både i disse landene og i Sveits og Tyskland, samt i flere delstater i USA; det vises til tabell 5.3 *Steder der assistert død er legalt*, i Materstvedt & Kaasa (2016, s. 91).

I dette kapitlet påpeker vi at Canada er unikt ettersom også sykepleiere der kan utføre eutanasi. Det innebærer at definisjonen av E ovenfor trenger følgende «justering»: «En leges eller sykepleiers intenderte ...». Hva gjelder LAS, kan jo sykepleiere per definisjon ikke utføre dette, men de tillates i Canada å utføre AS (assistert selvmord), noe som også er unikt (Canada. Lov om eutanasi og assistert selvmord, 2016).

Filosofen Thomas Pogge (2003) hevder at E og LAS moralsk sett er likestilte:

Unlike physician-assisted suicide, euthanasia requires that the physician intends the patient's death. This is not a substantial moral difference when the death is, in both cases, triggered by the patient's own voluntary and competent request. Morally, the event is then suicide assisted by another. The extent to which the patient can physically co-operate makes no moral difference.

Altså begår man, moralsk sett, selvmord både ved E og LAS (og AS). I denne artikkelen har jeg valgt å legge en slik forståelse til grunn når jeg heretter snakker om «den medisinske selvmorderen»: Pasienten begår selvmord også når han eller hun mottar en leges (eller sykepleiers) dødelige injeksjoner «på bestilling», ikke bare når vedkommende selv svelger en overdose sove-medisin (et barbiturat) som en lege (eller sykepleier) har skaffet til veie.

Det kontrollerte medisinske selvmord

De aller fleste som blir gjenstand for E eller LAS er pasienter med avansert kreft. De finner det således «rasjonelt» å sette strek på unaturlig vis, ikke ved å la naturen gå sin gang slik at de dør av sykdommen.

Men det betyr ikke nødvendig at pasientene er såkalt terminalt syke – et begrep som ikke er klart definert hverken klinisk eller juridisk (Materstvedt & Syse, 2006). Det er snarere ofte tilfellet at pasienten ikke er i noe som meningsfullt kan kalles «terminalfasen», og vedkommende er gjerne relativt oppegående. Et illus-

trativt eksempel er den tidligere, landskjente belgiske atleten Emiel Pauwels på 95 år, som fikk diagnosen magekreft. Pauwels holdt avskjedsfest hjemme med en rekke venner og bekjente til stede, og skålte med vin før han dagen etter lot legen ta livet av seg ved eutanasi (Brandeggen, 2014).

Slik orkestrering av eget selvmord har blitt nokså normalt i Nederland og Belgia. Det er nærliggende å tolke dette som uttrykk for en «langt fremskreden» individualistisk kultur, en tematikk som forskningsmessig ligger innenfor kompetansefeltet til kultursosiologer og historikere. Sammen med den sveitsiske legen og bioetikeren Georg Bosshard (www.georgbosshard.ch) omtaler jeg i *The SAGE Handbook of Health Care Ethics* (2011, s. 202) denne påfallende individualismen slik: «dying not as something that just happens, but something that you do yourself». I den forbindelse gjengir vi følgende historie, som forekommer i en bok av den amerikanske bioetikeren Margaret Battin:²

To gamle seilerkompiser, hollendere, planlegger å seile i Nordsjøen sammen en gang ut på høsten. De snakker om mulige datoer. «Hva med 21. juli», spør Willem. «Da er sjøen rolig, det er fullmåne og dessuten en musikkfestival langs danskysten». «Høres bra ut», sier Joost. «Men jeg kan ikke være borte da. Den 21. er datoen for min fars død». «Åh, jeg beklager», svarer Willem. «Jeg visste at din far var svært syk, med kreft. Men jeg var ikke klar over at han var død». «Det er han da heller ikke», svarer Joost. «Den 21. er dagen han skal dø. Han har bestemt seg, og bestemt datoen, og vi vil alle være sammen når det skjer».

Annetsteds har jeg påpekt at det synes å være en «sosial lov» at legalisering av en medisinsk praksis fører til institusjonalisering av praksisen (i helsevesenet), hvorpå man blir vitne til dens normalisering (Materstvedt, 2013).

Hvor innarbeidet og normalt det medisinske selvmordet har blitt i BeNeLux-landene illustreres også av at flere pasientgrupper nå mottar dette «helsetilbudet». Mange kaller dette en utglidning – jf. det kjente uttrykket «slippery slope» – men det kan jeg ikke si meg

Rutsjebanen var såpeglatt allerede i utgangspunktet

enig i. For rutsjebanen var såpeglatt allerede i utgangspunktet. Både loven i Nederland og Belgia har to basale hovedkrav: Pasientens lidelse må være «utålelig»/«uutholdelig», og det må «ikke være utsikter til bedring» (Nederland. Lov om eutanasi, 2002; Belgia. Lov om eutanasi, 2002). Med så løse kriterier var det duket for inkludering av en rekke lidelsestyper; tolkningsrommet er meget stort.

Og her er vi ved et vesentlig punkt: Referansen er ikke primært til «sykdom», men nettopp «lidelse». Dette er godt beskrevet i den belgiske loven, som er svært lik

den nederlandske, men har en mer detaljert utforming. Loven krever at pasienten må befinne seg

in a medically futile condition of constant and unbearable physical or mental suffering that can not be alleviated, resulting from a serious and incurable disorder caused by illness or accident (Belgia. Lov om eutanasi, 2002. Chapter II, sect. 3, §1).

Et eksempel på hva dette vil kunne innebære, er følgende: I 2014 kjørte langrennstjernen Petter Northug i beruset tilstand, og krasjet i en rundkjøring på Byåsen i Trondheim. Bilen ble totalvrak, men Northug kom fra det

Et sentralt spørsmål er om vi vil se flere slike pasienter med tiden

uten alvorlige skader. Sett nå at han i stedet hadde blitt permanent lam fra livet og ned, og at Norge hadde en eutanasilov lik den belgiske. Da kunne han fått eutanasi om han fant det uutholdelig å leve som lam og aldri mer kunne gå på ski (jf. lovens «unbearable mental suf-

fering»). Det er lett å se hvorfor: Tilstanden er dertil uten utsikter til bedring. Ergo ville hovedkravene vært oppfylt.

I artikkelen «The Death Treatment» (2015) gir journalisten Rachel Aviv et meget interessant bilde av utviklingen i Belgia – et bilde som dessuten er helt korrekt både når det gjelder lovgiving, begrepsbruk og praksis i landet, noe som er meget sjelden vare i medieartikler. En av hennes observasjoner er som følger:

Although most of the Belgian patients had cancer, people have also been euthanized because they had autism, anorexia, borderline personality disorder, chronic-fatigue syndrome, partial paralysis, blindness coupled with deafness, and manic depression.

Den kjente belgiske legen Wim Distelmans eutaniserte (det er blitt et verb) tvillinger som sa de «ikke hadde noe å leve for» fordi de var døve og i ferd med å bli blinde, og ikke ville på institusjon (Waterfield, 2013a). Samme lege ga eutanasi til en mann som ønsket å dø etter en mislykket kjønnskifteoperasjon (Waterfield, 2013b).

I Nederland er «siste nytt» at også en uhelbredelig alkoholiker har fått utført eutanasi (Cook, 2016).

Den ultimate kontrollfrik?

Den polsk-nederlandske legen Ben Zylicz (www.drbenzylicz.org), som tidligere arbeidet ved et hospice i Nederland, skrev for nærmere 20 år siden om en type pasienter han kaller «control freaks» og som han møtte som lege ved denne institusjonen (Zylicz, 1998). De var ikke mange, knapt et par stykker i året, men det virket ikke som om noen form for palliativ behandling og støtte «bet på dem»: Selv om de ble gitt optimal lindring, ville de likevel ha eutanasi – deres bevissthet var nærmest fiksert på dette.

Et sentralt spørsmål er om vi vil se flere slike pasienter med tiden. Det er imidlertid mye som tyder på dét, når vi tar utviklingen i betraktning: Individualismen og kontrollaspektet har blitt mer fremtredende.

Av-medikalisering av selvmord?

Sveits har ingen egen AS-lov. Men sveitsisk straffelov åpner for legfolks deltakelse dersom deres assistanse er «uegennyttig». (Eutanasi er derimot forbudt i straffeloven.) Sveits har lenge hatt en «selvmordsturisme»: Pasienter fra andre land drar dit for å begå selvmord med medikamenter (Richards, 2016), også norske pasienter (Materstvedt, 2015b).

En lege må undersøke pasienten og skrive ut resept på selvmordsmedisiner, men deltar normalt ikke ut over det. Det vanlige er at pasienten deretter overtas av frivillige organisasjoner som Dignitas (www.dignitas.ch) og Exit (www.exit.ch), som assisterer ved pasientens selvmord når denne tar dødbringende medikamenter. Hver enkelt organisasjon har egne kriterier for hvilke lidelser som kvalifiserer for assistanse (Materstvedt & Bosshard, 2015).

Sett fra et legeperspektiv er derfor distansen til den medisinske selvmorderen relativt stor – noe mange leger setter pris på (Materstvedt & Bosshard, 2015). Den sveitsiske legeforeningen har også et distansert forhold til praksisen, ettersom dens syn er at det bryter med legeetikken å gi slik assistanse. Likevel innebærer deres posisjon at legene står fritt til å delta utifra sin samvittighet. Oppsummert kunne vi derfor si at det medisinske selvmord, paradoksalt nok, i betydelig grad er av-medikalisert i Sveits ettersom praksisen holdes på armlengdes avstand av legene.

Det er for tiden et sterkt press fra nøkkelpersoner og -organisasjoner i Nederland som prøver, gjennom lovforslag og på andre måter, å fravriste legene deres eutanasi-monopol (Kimsma, 2015). I Materstvedt (2016b) peker jeg på at i tilfeller av livstrøtthet («suffering from life») skulle det ikke engang være nødvendig at en lege undersøker pasienten først; det synes å holde med en filosof som er spesialist på eksistensialisme. Interessant i denne forbindelse er at 26 % av legene i en nylig nederlandsk vitenskapelig undersøkelse mener at livstrøtthet, uten ledsagende alvorlig «utsiktsløs» somatisk eller psykiatrisk sykdom, burde kvalifisere for dødssprøyten (Raijmakers et al., 2015). Men da blir spørsmålet: Hvorfor involvere helsepersonell?

Norske kreftpasienter om E og LAS

De fleste pasienter som får E eller LAS de steder dette er lovlig er pasienter med avansert kreft. I BeNeLux-landene er det imidlertid ikke gjort forskning direkte på disse pasientene når det gjelder deres syn på E og LAS – i stedet er de store studiene av E og LAS i eksempelvis Nederland, utført i årene 1990, 1995, 2001, 2005 og 2010, utelukkende rettet mot leger (Onwuteaka-Philipsen et al., 2012).

Ønsket om å dø ... representerer mer en mestringsstrategi enn et reelt ønske

Men det er gjort slik pasientrettet forskning i Norge. Undertegnede ledet, som postdoc-stipendiat i Kreftforeningen (<https://kreftforeningen.no>), et forskningsprosjekt om holdninger til, og ønsker om, E og LAS hos kreftpasienter med kort forventet levetid. 18 pasienter (8 kvinner og 10 menn) ble intervjuet innenfor en ramme på 45 minutter. Samtlige hadde en antatt levetid på under 9 måneder, og var mellom 38 og 83 år gamle. Pasientene var inneliggende på Seksjon lindrende behandling (SLB), Kreftklinikken, St. Olavs Hospital i Trondheim (<https://stolav.no/avdelinger/kreftklinikken/palliasjon>).

Resultatene ble publisert i tidsskriftet *Palliative Medicine* (Johansen et al., 2005). Vi utarbeidet et semi-strukturert («halvåpent») intervju om tematikken. Det besto av åtte hovedtema, med en rekke underpunkt for hvert av disse. Funnene var interessante fordi pasientenes respons vitnet om både ambivalens og fluktusjon. Pasienter svarte «både ja og nei» til E og LAS, og én pasient endret til og med syn i løpet av intervjuet.

Ønsket om å dø tolket vi, med støtte i psykologisk teori, som en «siste utvei»-tenkning, og at ønsket representerer mer en mestringsstrategi enn et reelt ønske.

Et hovedfunn er skillet mellom «ønske» og «forespørsel». Førstnevnte er kjennetegnet ved å være hypotetisk og rettet mot fremtiden, mens sistnevntes «bumerke» er at den er et konkret her-og-nå-fenomen. Vi konkluderte således slik: «A wish for euthanasia/PAS [Physician-Assisted Suicide] may be something completely different from a request for it.»

Hva gjelder mulige kliniske konsekvenser i forbindelse med skillet ønske/forespørsel, skriver vi:

The obvious and most dangerous scenario is the doctor who responds to patients' wishes for euthanasia/PAS as if they were actual requests. Alternatively, responding to such wishes as merely expressions of depression might lead to inadequate interventions (e.g., with antidepressants) and possibly further reinforce the patients' feelings of hopelessness. The patient may also see such a response in the doctor as a violation of his autonomy – or as a lack of respect for his decision-making capacities.

Ønsket om å fremskynde døden: komplekst og multifaktorelt

Tidlig i 2016 publiserte et bredt, internasjonalt ekspertpanel bestående av klinikere og forskere fra Europa og USA – som undertegnede er medlem av – en konsensus-definisjon som tar høyde for at svært mange faktorer kan spille inn når pasienter ønsker å dø ved injeksjon (E) eller oralt inntak av dødelige medisiner (LAS og AS). Definisjonen er som følger:

The WTHD [Wish To Hasten Death] is a reaction to suffering, in the context of a life-threatening condition, from which the patient can see no way out other than to accelerate his or her death. This wish may be expressed spontaneously or after being asked about it, but it must be distinguished from the acceptance of impending death or from a wish to die naturally, although preferably soon. The WTHD may arise in response to one or more factors, including physical symptoms (either present or foreseen), psychological distress (e.g. depression, hopelessness, fears, etc.), existential suffering (e.g. loss of meaning in life), or social aspects (e.g. feeling that one is a burden).

Artikkelen (Balaguer et al., 2016) er gratis tilgjengelig i Open Access-tidsskriftet PLOS ONE.

Avsluttende merknader

Kan det medisinske selvmordet være rasjonelt? Vi har sett at det i alle fall ikke er et valg på linje med «normale» valg. Om jeg er tørst og ber om et glass vann, er det åpenbart at min forespørsel er rasjonell – nærmere bestemt mål-rasjonell; målet er å slukke tørsten. Ingen kan være i tvil om dét. Om jeg forteller en lege at jeg ønsker en dødelig injeksjon, er det ikke tilsvarende klart at det er døden jeg vil oppnå. Her er det rom for tvil om dette egentlig er mitt mål. For en slik henvendelse kan ha svært mange betydninger, og det kan ligge mye forskjellig bak. De faktorer som får en til å ønske seg ut av livet kan være mange – jf. WTHD ovenfor – og kan



hver for seg være behandlbare, eller mulige å lindre i tilstrekkelig grad, bare kompetansen, ressursene og viljen er til stede i helsevesenet.

På et dyper plan reiser fenomenet «den medisinske selvmorderen» et meget komplisert spørsmål: «Kan vi vite vårt eget beste?» Med andre ord: Hvordan kan jeg vite at jeg er «better off dead», som engelskmennene sier.

Jeg har annetsteds utforsket dette grunnleggende spørsmålet i relativt stor detalj (Materstvedt, 2015a). Da så jeg meg nødt til å konkludere med at svaret trolig er «nei», ettersom det er særdeles vanskelig å gi mening til forestillingen om at vi er i stand til å vite vårt eget beste; forestillingen later til å være nærmest fiktiv, hos såvel friske som syke. Dét lyder unektelig som «dårlige nyheter» hva gjelder vår antatte rasjonalitet.

Leveret: 30.11.16 – Revidert: 07.02.17 – Godkjent: 12.02.17

REFERANSER

- Aviv, R. (2015). The death treatment. When should people with a non-terminal illness be helped to die? Letter from Belgium. *The New Yorker*, 22.6. www.newyorker.com/magazine/2015/06/22/the-death-treatment
- Balaguer, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Alonso-Babarro, A., Altisent, R., Aradilla-Herrero, A., Bellido-Pérez, M., Breitbart, W., Centeno, C., Cuervo, M.A., Deliens, L., Frerich, G., Gastmans, C., Lichtenfeld, S., Limonero, J.T., Maier, M.A., Materstvedt, L.J., Nabal, M., Rodin, G., Rosenfeld, B., Schroepfer, T., Tomás-Sábado, J., Trellis, J., Villavicencio-Chávez, C., Voltz, R. An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. (2016). *PLOS ONE*, Jan 4; 11 (1). <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0146184>
- Belgia. Lov om eutanasi. (2002). The Belgian Act on Euthanasia of May 28th. *Ethical Perspectives*, 9 (2-3), 182-8. www.ethical-perspectives.be/page.php?FILE=ep_detail&ID=33&TID=59
- Bosshard, G., Materstvedt, L.J. (2011). Medical and societal issues in euthanasia and assisted suicide. Chap. 17 i: Chadwick, R., ten Have, H., Meslin, E.M., red. *The SAGE Handbook of Health Care Ethics: Core and Emerging Issues*. London: SAGE Publications Ltd., s. 205-21.
- Brandeggen, T. (2014). Emiel (95) holdt avskjedsfest før han lot legen ta hans liv. *TV 2*, 14.1. www.tv2.no/2014/01/14/nyheter/aktiv-dodshjelp/belgia/utenriks/5220819
- Canada. Lov om eutanasi og assistert selvmord. (2016). www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=8384014
- Cook, M. (2016). Netherlands offers euthanasia for alcoholics. *BioEdge*, 29.11. www.bioedge.org/bioethics/netherlands-offers-euthanasia-for-alcoholics/12102
- Hobbes, T. (1985). *Leviathan*. Macpherson, C.B., red. Harmondsworth: Penguin Classics.
- Hobbes, T. (1971). *A Dialogue Between a Philosopher and a Student of the Common Laws of England*, i Cropsey, J., red. Chicago: University of Chicago Press.
- Johansen, S., Hølen, J.C., Kaasa, S., Loge, J.H., Materstvedt, L.J. (2005). Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliative Medicine*, 19: 454-60. <http://pmj.sagepub.com/content/19/6/454.full.pdf>
- Kant, I. (1983). *Grunnlegging av moralens metafysikk [Grundlegung]*. I: Storheim, E., red. Moral, politikk og historie. Et utvalg fra Kants praktiske filosofi. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kant, I. (1990). *Metaphysische Anfangsgründe der Tugendlehre*. Hamburg: Felix Meiner Verlag.
- Kimsma, G.K. (2015). Longevity reversed: medicide, suicide and laicide after the Euthanasia Law of 2002. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1: 220-9. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352552515000596
- Materstvedt, L.J. (1999). What philosophers can't do: boundaries of Apel's transcendental-pragmatic philosophy. I: Bøe, S., Molander, B., Strandhagen, B., red. *I første, andre og tredje person*. Festskrift til Audun Øfsti. Trondheim: NTNU, Filosofisk institutts publikasjonsserie; 28: 255-64.
- Materstvedt, L.J., Syse, A. (2006). Døendes rettsstilling. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 126: 488-9. <http://tidsskriftet.no/2006/02/rett-og-urett/doendes-rettsstilling>
- Materstvedt, L.J., Førde, R. (2011). Fra aktiv og passiv dødshjelp til eutanasi og behandlingsbegrensning. *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 131: 2138-40. <http://tidsskriftet.no/2011/11/kronikk/fra-aktiv-og-passiv-dodshjelp-til-eutanasi-og-behandlingsbegrensning>
- Materstvedt, L.J. (2013). Palliative care ethics: the problems of combining palliation and assisted dying. *Progress in Palliative Care*; 3: 158-64. www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/1743291X12Y.0000000040
- Materstvedt, L.J. (2015a). Caring and killing in the clinic: the argument of self-determination. Part III, Ethics, Chapter 12 i: Rehmann-Sutter, C., Gudat, H., Ohnsorge, K., red. *The Patient's Wish to Die. Research, Ethics, and Palliative Care*. Oxford: Oxford University Press, s. 125-38.
- Materstvedt, L.J. (2015b). Livsviktig debatt om 'dødshjelp'. *Kronikk, Stavanger Aftenblad*, 20.3. www.aftenbladet.no/meninger/Livsviktig-debatt-om-dodshjelp-3659483.html
- Materstvedt, L.J., Bosshard, G. (2015). *Euthanasia and palliative care*. Chapter 5.7 i: Cherny, N., Fallon, M., Kaasa, S., Portenoy, R., Currow, D., red. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 5. utgave. Oxford: Oxford University Press, s. 314-22.
- Materstvedt L.J. (2016a). Legeforeningens uklarhet om 'aktiv dødshjelp'. *Tidsskrift for Den norske legeforening*; 136: 1248-50. <http://tidsskriftet.no/2016/08/medisinsk-etikk/legeforeningens-uklarhet-om-aktiv-dodshjelp>
- Materstvedt, L.J. (2016b). Dødshjelp er aldri 'aktiv' eller 'passiv'. I: Førde, R., Kjelland, M., Stridbeck, U., red. *Cand.mag., cand.med., cand.jur., cand.alt – Festskrift til Aslak Syse 70 år*. Oslo: Gyldendal Juridisk, s. 345-55.
- Materstvedt, L.J., Kaasa, S. (2016). *Palliasjon og eutanasi*. Kap. 5 i: Kaasa, S., Loge, J.H., red. *Palliasjon*. Nordisk lærebok. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 83-96.
- Materstvedt, L.J., Magelssen, M. (2016). Medical murder in Belgium and the Netherlands. *Journal of Medical Ethics*; 42: 621-4. <http://jme.bmj.com/content/42/9/621.full>
- Nederland. Lov om eutanasi. (2002). Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act. UK Parliament: Select Committee on Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, Minutes of Evidence – APPENDIX: www.publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldselect/ldasdy/86/4121603.htm
- Oksholen, T. (2010). Eutanasi kommer. *Universitetsavisa NTNU*, 3.9. www.universitetsavisa.no/forskning/article37674.ece?device=pc
- Onwuteaka-Philipsen, B.D., Brinkman-Stoppelenburg, A., Penning, C., de Jong-Kruij, G.J., van Delden, J.J., van der Heide, A. (2012). Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010. A repeated cross-sectional survey. *Lancet*; 380: 908-15. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612610344
- Pogge, T. (2003). From New York City. *Palliative Medicine*; 17: 119. www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=F-JdVS49IY=&tabid=639
- Raijmakers, N.J., van der Heide, A., Kouwenhoven, P.S., van Thiel, G.J., van Delden, J.J., Rietjens, J.A. (2015). Assistance in dying for older people without a serious medical condition who have a wish to die: a national cross-sectional survey. *Journal of Medical Ethics*, 41, 145-50. <http://jme.bmj.com/content/41/2/145.long>

Richards, N. (2016). Assisted suicide as a remedy for suffering? The end-of-life preferences of British 'suicide tourists'. *Medical Anthropology. Cross-Cultural Studies in Health and Illness*. www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2016.1255610

Zylicz, B. (1998). Palliative care: Dutch hospice and euthanasia. I: Thomasma, D.C., Kimbrough-Kushner, T., Kimsma, G.K., Ciesielski-Carlucci, C., red. *Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, s. 187-203.

Waterfield, B. (2013a). Euthanasia twins 'had nothing to live for'. *The Telegraph*, 14. januar. www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/belgium/9801251/Euthanasia-twinshad-nothing-to-live-for.html

Waterfield, B. (2013b). Belgian killed by euthanasia after a botched sex change operation. *The Telegraph*, 1. oktober. www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/belgium/10346616/Belgian-killed-by-euthanasia-after-a-botched-sex-change-operation.html

NOTER

- 1 Dette sitatet fra Tugendlehre § 6, samt det påfølgende fra samme paragraf, er oversatt til norsk av artikkelforfatter LJM. Det finnes ikke norske oversettelser av den aktuelle teksten. Originalen: «Die Selbstentleibung ist ein Verbrechen (Mord). Dieses kann nun zwar auch als Übertretung seiner Pflicht gegen andere Menschen (Eheleute, Eltern gegen Kinder, ...) betrachtet werden; ...» & «Ein Mann empfand schon die Wasserscheu als Wirkung von dem Biß eines tollen Hundes, und, nachdem er sich darüber so erklärt hatte: er habe noch nie erfahren, daß jemand daran geheilt worden sei, brachte er sich selbst um, damit, wie er in einer hinterlassenen Schrift sagte, er nicht in seiner Hundewut (zu welcher er schon den Anfall fühlte) andere Menschen auch unglücklich machte; es fragte sich, ob er damit unrecht tat.»
- 2 Sitatet er oversatt fra engelsk til norsk av Tore Oksholen, redaktør av Universitetsavisa ved NTNU, i Oksholen (2010).



LARS JOHAN MATERSTVEDT (f. 1960) har doktorgrad (dr.art.) i politisk filosofi. Han er professor i filosofi ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim, og er også tilkjent professorkompetanse i medisinsk etikk. Han er tidligere forsker i Kreftforeningen, og har publisert i bl.a. *Lancet Oncology*, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, *Journal of Medical Ethics* og *Palliasjon. Nordisk lærebok*. For detaljer, se www.materstvedt.net

Vårkveld i mars

Rør ikke ved mitt hjerte i dag.
Våren har gjort det alt.
Bølger av gammelt nederlag
kysser det, hardt og salt.

Bølger av nederlag og savn.
– Trodde jeg det var borte?
Si ikke noe. Nevn ikke navn.
Våren har nettopp gjort det.

Noe har våknet. Det svir av seg selv,
verre enn sult og tørst.
Rør ikke ved mitt hjerte i kveld.
Våren har vært her først.

Inger Hagerup

Fra diktsamlingen *Videre* (1945)
Aschehoug forlag

Selvmordsrisiko hos personer med somatiske lidelser

Av Ping Qin

MANGE AV OSS vil, på et eller annet tidspunkt, få en alvorlig fysisk sykdom. Både sykdom og sykdomsbehandling kan påvirke hvordan vi tenker og føler. Alvorlig fysisk sykdom kan gripe inn i livet på mange måter, og påvirkningen kan bli kronisk. Noen mennesker klarer ikke å leve med alvorlig sykdom og velger å dø ved selvmord. Fysiske sykdommer er vanlige i befolkningen. Derfor kan fysisk sykdom være et viktig bidrag til selvmordsforekomst i et samfunnsperspektiv, spesielt blant eldre.

Selvmord som opptrer i forbindelse med alvorlig fysisk sykdom, manifesterer seg muligens i noen grad klinisk forskjellig fra øvrige selvmord. For eksempel er tradisjonelle risikofaktorer som psykisk lidelse og rusmisbruk i familien muligens til stede i mindre grad. Det er også sannsynlig at noen risikofaktorer for selvmord er potensielt unike eller spesifikke ved fysisk sykdom. Formålet med denne artikkelen er å gi en narrativ oppsummering av sammenhengen mellom fysisk sykdom og selvmordsrisiko med hensyn til spesifikke diagnoser, alvorlighetsgrad, tid, komorbiditet av flere fysiske sykdommer og i nærvær av psykiske lidelser (Ping Qin, 2016).

Selvmordsrisiko ved fysisk sykdom og spesifikke diagnoser

I internasjonal litteratur pekes det ofte på at fysiske sykdommer spiller en rolle ved 20-40 % av alle selvmord. En dansk landsomfattende studie viste at

64 % av personer som døde av selvmord hadde minst én sykehusinnleggelse for fysisk sykdom før vedkommende begikk selvmord, og at pasienter som hadde vært innlagt på grunn av fysisk sykdom hadde mer enn dobbelt så høy risiko for senere selvmord enn personer av samme alder og kjønn, men uten fysisk sykdom (P. Qin, Webb, Kapur, & Sorensen, 2013).

Omfattende epidemiologiske studier har vist at det er økt risiko for selvmord i forbindelse med en rekke alvorlige fysiske sykdommer, slik som kreft (Allebeck, Bolund, & Ringback, 1989; Fang et al., 2012; Hem, Loge, Haldorsen, & Ekeberg, 2004; Storm, Christensen, & Jensen, 1992; Vyssoki et al., 2015), diabetes mellitus (Tseng, 2004), epilepsi (Christensen, Vestergaard, Mortensen, Sidenius, & Agerbo, 2007), multipl sklerose (Bronnum-Hansen, Stenager, Nylev, & Koch-Henriksen, 2005; Fredrikson, Cheng, Jiang, & Wasserman, 2003), hjerneslag (Eriksson, Glader, Norrving, & Asplund, 2015; Teasdale & Engberg, 2001), hjerteinfarkt (Larsen, Agerbo, Christensen, Sondergaard, & Vestergaard, 2010), traumatisk hjerneskade (Wasserman et al., 2008) og HIV/AIDS (Jia, Mehlum, & Qin, 2012). Det er også andre studier som viste en høyere risiko for selvmord eller selvmordsatferd hos pasientene ved andre fysiske sykdommer, f.eks. Huntingtons sykdom (Paulsen, Hoth, Nehl, & Stierman, 2005), Parkinsons sykdom (Stenager, Wermuth, Stenager, & Boldsen, 1994), leddgikt (Timonen et al., 2003), allergi (P. Qin, Mortensen, Waltoft, & Postolache, 2011), kronisk



obstruktiv lungesykdom (kols) (Strid, Christiansen, Olsen, & Qin, 2014) og inflammatorisk tarmsykdom (Gradus et al., 2010). Tabell 1 viser selvmordsrisikoen ved noen vanlige fysiske sykdommer basert på resultater fra storskala epidemiologiske studier av personer i alle aldre.

Mens de fleste studier har undersøkt selvmord ved en bestemt fysisk sykdom eller en generell sykdomstilstand, har noen få storskalastudier undersøkt selvmordsrisiko på tvers av en rekke fysiske forhold samtidig i én befolkning. En studie med data fra en allmennmedisinsk forskningsdatabase i Storbritannia viste at blant alle pasienter som var i kontakt med fastlege, var koronar hjertesykdom, hjerneslag, kronisk obstruktiv lungesykdom og osteoporose assosiert med forhøyet selvmordsrisiko (Webb et al., 2012). En annen studie som brukte data fra danske landsomfattende registre viste at sammenlignet med personer uten

Det er verdt å merke seg at selvmordsrisikoen knyttet til en fysisk sykdom kan endre seg over tid

sykehusinnleggelse for fysisk sykdom, var det hos sykehusinnlagte pasienter en betydelig økt risiko for selvmord forbundet med spesifikke sykdommer i alle organer eller organsystemer (P. Qin et al., 2013). Ulike spesifikke sykdommer økte selvmordsrisikoen fra to til

fire ganger, med stor variasjon fra sykdom til sykdom slik en ser i Tabell 1. Studien viste også markante kjønnsvariasjoner, og generelt økte selvmordsrisikoen mer hos kvinner enn hos menn (P. Qin et al., 2013).

Blant eldre er det høyere forekomst av selvmord og fysiske sykdommer. Eldre som tar sitt liv og samtidig har somatiske sykdommer, kan bli registrert som døde av somatiske sykdommer i stedet for av selvmord. Likevel er det godt dokumentert at det er en sterk sammenheng mellom fysisk sykdom og selvmord blant eldre. En systematisk oversiktsartikkel som undersøkte sammenhengen mellom fysisk sykdom eller funksjonshemming og selvmordsatferd blant personer over 65 år, viste at selvmordsatferd var sterkt assosiert med funksjonshemming og en rekke spesifikke sykdommer, herunder blant annet ondartede sykdommer, nevrologiske lidelser, smerte, kronisk obstruktiv lungesykdom, leversykdom og leddgikt (Fassberg et al., 2015).

Det er verdt å merke seg at selvmordsrisikoen knyttet til en fysisk sykdom kan endre seg over tid. En norsk studie av selvmord blant pasienter med kreft viste en tydelig nedadgående trend i selvmordsfare hos personer med slik diagnose fra 1960- til 1990-årene for begge kjønn (Hem et al., 2004). For kvinner i denne studien var det ikke noen signifikant høyere selvmordsrisiko enn i tilsvarende gruppe av befolkningen i den siste tiårsperioden (Hem et al., 2004). En dansk studie av pasienter med AIDS viste også en mindre sterk effekt av sykdommen på selvmordsrisiko etter innføringen

av den høyaktive antiretroviralbehandlingen (Jia et al., 2012). Dette er sannsynligvis eksempler på effekter av forbedringer i den somatiske behandlingen av sykdommer og kanskje også den psykososiale oppfølgingen av pasienter med alvorlig sykdom.

Alvorlighetsgrad, tid og komorbiditet

Forverring av somatisk sykdom svekker ofte pasientens fysiske funksjon, livskvalitet så vel som psykiske velvære, og kan dermed forsterke pasientens ønske om å ta eget liv. Spesielt er det økt risiko hvis pasienten får økende eller mer kroniske smerter, eller dersom funksjonsnivået og pasientens autonomi svekkes. Flere studier har dokumentert en økning av selvmordsrisiko knyttet til alvorlighetsgraden av fysiske sykdommer. Selvmordsrisikoen øker ytterligere ved forverring av sykdomstilstanden (Hem et al., 2004; Paulsen et al., 2005; Vyssoki et al., 2015). Dette er særlig tydelig for sykdommer som kreft der risikoen for selvmord ikke er betydelig økt ved lokalisert sykdom (kreft i stadium 1), men den øker til over fire ganger så høy risiko hvis kreften har spredt seg til andre steder i kroppen (kreft i stadium 4) (Hem et al., 2004; Vyssoki et al., 2015). Dette er også tydelig for tilstander med flere sykehusinnleggelser (Christensen et al., 2007; Fredrikson et al., 2003; P. Qin et al., 2011; P. Qin et al., 2013).

Mange studier har vist at perioden umiddelbart etter at man har fått diagnosen er mest kritisk for selvmord, særlig ved alvorlige sykdommer. For eksempel, selvmordsrisikoen blant pasienter med kreft var over 15 ganger så høy i det første året etter å ha blitt

diagnostisert i en studie fra Sverige som fokuserte på perioden før 1979 (Allebeck et al., 1989). En senere svensk studie som fokuserte på perioden 1991–2006 viste en 12 ganger høyere risiko for selvmord i løpet av den først uken etter å ha fått en kreftdiagnose, selv om risikoen i det første året var 3 ganger høyere (Fang et al., 2012). For mange pasienter kan det i den første tiden etter at diagnosen er stilt være vanskelig å akseptere at de er alvorlig syke. Så kan selvmordsrisikoen bli lavere med tiden inntil tilstanden eventuelt blir klart forverret. Andre kritiske perioder er tiden omkring innleggelse i sykehus og de første dagene etter utskrivning (P. Qin et al., 2013). Som vist i Figur 1 fra en dansk studie, er selvmordsrisikoen høyest under innleggelse og i den første uken etter utskrivning fra siste sykehusinnleggelse og reduseres gradvis med tiden (Figur 1). Vi har ikke noen tilsvarende studie fra Norge, men sannsynligvis er selvmordsfaren like stor under sykehusinnleggelse her på grunn av lignende sosiale strukturer som i Danmark. Selv om det er vanskelig å klarlegge hvilken innflytelse per se det er av å bli innlagt på sykehus (sykehusinnleggelse kan i seg selv indusere stress hos pasientene), er det trolig at den akutte og forverrede tilstand av sykdommen og påkjenningene ved å vende tilbake til det vanlige liv i samfunnet bidrar til høyere risiko for selvmord i denne perioden.

Mennesker som dør av selvmord har gjerne flere sykdommer samtidig (komorbiditet). Den danske studien viste at 36 % av dem som døde av selvmord hadde vært innlagt i sykehus for sykdommer som forekommer i mer enn ett organ eller organsystem, sammenliknet med 18 %

TABELL 1. Selvmordsrisiko assosiert med noen vanlige fysiske sykdommer

Fysisk sykdom	Assosiert selvmordsrisiko (95 % konfidensintervall)	Kilde
Enhver fysisk sykdom	2,1 (2,1-2,2)	Qin et al., 2012 (P. Qin et al., 2013)
Kreft	1,6 (1,4-1,7) for menn; 1,4 (1,2-1,6) for kvinner	Hem et al., 2004 (Hem et al., 2004)
Diabetes mellitus	1,6 (1,6-1,7)	Tseng et al., 2004 (Tseng, 2004)
Multipel sklerose	2,4 (1,6-3,8)	Fredriksson et al., 2003 (Fredrikson et al., 2003)
Epilepsi	3,2 (2,9-3,5)	Christensen et al., 2007 (Christensen et al., 2007)
Hjerteinfarkt	3,3 (1,6-6,6)	Larsen et al., 2010 (Larsen et al., 2010)
Hjerneslag	1,9 (1,7-2,1) for menn; 1,8 (1,5-2,1) for kvinner	Teasdale et al., 2001 (Teasdale & Engberg, 2001)
Osteoporose	2,3 (1,5-3,7)	Webb et al., 2012 (Webb et al., 2012)
Kronisk obstruktiv lungesykdom	2,6 (2,3-2,8)	Strid et al., 2014 (Strid et al., 2014)
Allergi	1,6 (1,4-1,8)	Qin et al., 2011 (P. Qin et al., 2011)
Ulcæros kolitt	1,9 (1,4-2,4)	Gradus et al., 2010 (Gradus et al., 2010)
HIV/AIDS	3,8 (2,5-5,8);	Jia et al., 2011 (Jia et al., 2012)

Forsiktighet må utvises ved sammenligning av estimatene på grunn av forskjellige referansegrupper.

i kontrollgruppen (P. Qin et al., 2013). Selvmordsrisikoen økte med antall sykdommer som involverte flere organer eller organsystemer. Det var et signifikant dose-responsforhold som vist i Figur 2. De sterkt forhøyede risikoene knyttet til komorbiditet av flere sykdommer ble i stor grad redusert når dataene ble justert for psykisk og sosioøkonomisk status. Likevel var økningen i selvmordsfare fortsatt fremtredende for begge kjønn sammenlagt, og for menn og kvinner hver for seg.

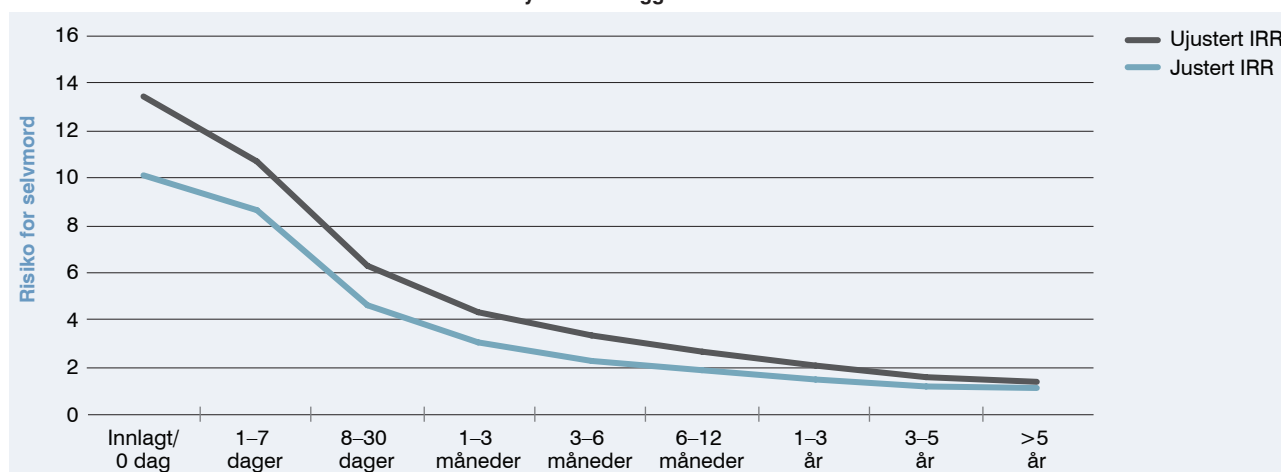
Påvirkningen av komorbide psykiske lidelser

Ved somatiske sykdommer er det økt forekomst av psykiske lidelser, særlig angst og depresjon. En studie fra Storbritannia rapporterte at blant mennesker som døde av selvmord og hadde somatisk sykdom, hadde mer enn 40 % også en klinisk depresjon (Webb et al., 2012). En

studie fra Danmark viste videre at blant pasienter som hadde tatt livet sitt og som hadde en fysisk sykdom, hadde over 45 % også hatt sykehusbehandling for psykiske lidelser før selvmordet, og 28 % av disse menneskene hadde utviklet psykisk lidelse etter at de fikk den fysiske sykdommen (P. Qin, Hawton, Mortensen, & Webb, 2014). Fysisk syke personer som døde ved selvmord var særlig utsatt for å utvikle stemningslidelser, primært depresjon, eller for å få en rusmisbrukslidelse (P. Qin et al., 2014).

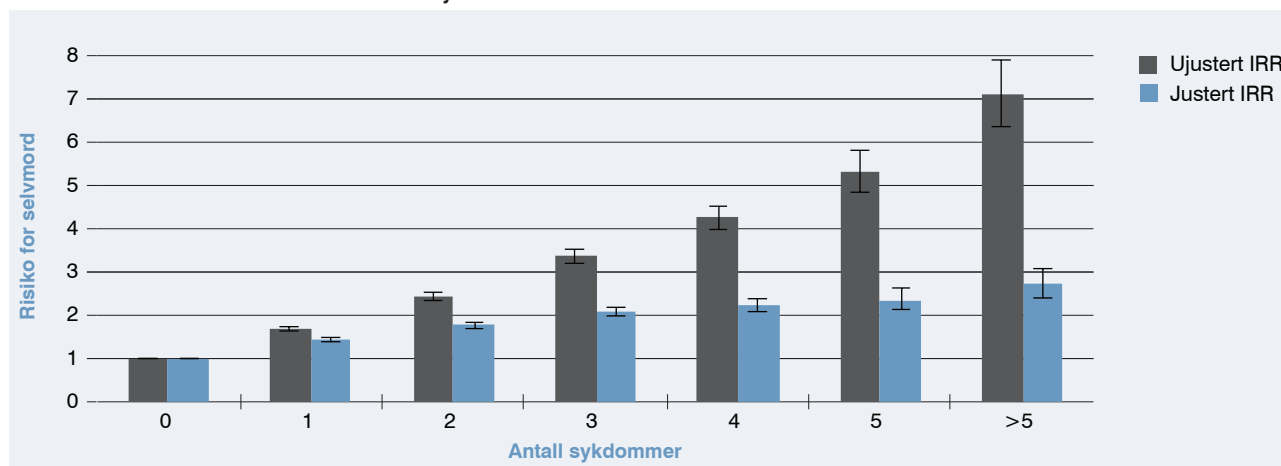
Ettersom psykisk lidelse er den sterkeste risikofaktoren vi kjenner for selvmord, kan effekten av fysisk sykdom på selvmordsrisiko bli betydelig økt ved psykiatrisk komorbiditet. Det er også som forventet at selvmordsrisikoen forbundet med fysisk sykdom ofte blir redusert når effekten av psykiske lidelser

FIGUR 1. Selvmordsrisiko i forhold til tid siden siste sykehusinnleggelse



* Justert IRR (insidensratio) var justert for psykiske sykdommer, inntekt, sivilstatus, bosted og statsborgerskap. (Kilde: Qin P. et al., 2013)

FIGUR 2. Selvmordsrisiko i forhold til antall sykdommer



* Justert IRR (insidensratio) justert for psykisk sykdom, inntekt, sivilstatus, bosted og statsborgerskap. (Kilde: Qin P. et al., 2013)

- Selvmordsraten er forhøyet blant personer med alvorlige fysiske sykdommer. Raten kan være enda høyere enn det som fremgår av rapportene, fordi legen kan oppgi en potensielt dødelig somatisk sykdom som dødsårsak istedenfor selvmord.
- Selvmordsrisikoen øker særlig for pasienter som nylig har fått en alvorlig diagnose, nylig er utskrevet fra sykehus eller har flere sykehusinnleggelser bak seg, og for pasienter med flere samtidige sykdommer.
- Den økte selvmordsrisikoen gjelder særlig hvis pasienten får økende eller mer kroniske smerter eller dersom funksjonsnivå og autonomi svekkes.
- Personer med somatisk sykdom som dør ved selvmord har særlig hyppig hatt stemningslidelser, primært depresjon, eller rusmisbrukslidelser.
- Selvmordsrisiko er særlig forhøyet når man blir rammet av både fysisk og psykisk sykdom omtrent samtidig. Utviklingen av en psykisk lidelse etter fysisk sykdom kan akselerere risikoen for å dø av selvmord.
- Funnene understreker betydningen av å integrere selvmordsforebygging i sykehusbehandling og i generell medisinsk praksis. Det er viktig å diagnostisere og behandle sekundære psykiske problemer blant pasienter med somatiske lidelser.
- Man kan ikke regne med at pasienter med somatisk sykdom spontant vil bringe psykiske problemer opp i samtalen på legekontoret. Derfor må legen rutinemessig undersøke om pasienten har psykisk lidelse i tillegg til den somatiske.

kontrolleres for (Christensen et al., 2007; P. Qin et al., 2013; Webb et al., 2012). Dette får særlig betydning for pasienter med fysisk komorbiditet og som har hatt flere sykehusinnleggelser for fysisk sykdom (P. Qin et al., 2013). Dette understreker betydningen av å diagnostisere og behandle sekundære psykiske problemer blant pasienter med somatiske lidelser.

Generelt øker somatisk sykdom risikoen for selvmord mer hos personer uten psykiatrisk lidelse i sykehistorien enn hos dem som har en slik psykiatrisk sykehistorie. Fysisk syke personer som også er behandlet for psykiske lidelser, kan ha fått mer oppmerksomhet rundt mulig selvmordsatferd enn personer som aldri har hatt noen sykehuskontakt på grunn av psykiske problemer. På den annen side kan pasienter som ikke har hatt kontakt med psykiske helsevernstjenester lide av psykiske problemer som ikke er blitt diagnostisert eller behandlet. Dette kan bidra til å forklare den relativt sterke effekten av somatiske sykdommer hos pasienter som ikke har en registrert historie med psykisk sykdom (P. Qin et al., 2014; Strid et al., 2014).

Det er viktig å vite at selvmordsrisikoen er særlig sterkt forhøyet når man blir rammet av både fysisk og psykisk sykdom omtrent samtidig, uansett hva som

kommer først (P. Qin et al., 2014). Det er også klinisk viktig at utvikling av en psykisk lidelse etter diagnostisering av fysisk sykdom kan akselerere risikoen for å dø av selvmord (P. Qin et al., 2014). Tilstedeværelsen eller utviklingen av psykiske lidelser kan være en konsekvens av forverring av fysisk sykdom, og underliggende psykiske lidelser kan også føre til dårligere behandlingsresultater og lavere livskvalitet for pasientene, som i sin tur øker risikoen for selvmord.

Kliniske implikasjoner

Den sterke sammenhengen mellom fysiske sykdommer og selvmordsrisiko som er vist i mange studier understreker viktigheten av å diagnostisere og behandle psykiske helseproblemer blant pasienter med fysiske sykdommer. Dette er særlig nødvendig for pasienter som nylig har fått en alvorlig diagnose, nylig er utskrevet fra sykehus eller har flere sykehusinnleggelser bak seg, for pasienter med tilstedeværelse av flere samtidige fysiske sykdommer, for kvinner og eldre, og når psykiske problemer debutterer etter at pasienten har fått en somatisk lidelse. Funnene viser behovet for å integrere selvmordsforebygging i somatisk sykehusbehandling og i generell medisinsk praksis. Det er også viktig at pasienter med fysiske sykdommer opprettholder hyppig kontakt med fastlege etter utskrivning fra sykehuset. Dette gir muligheter for både gjentatt risikovurdering og iverksettelse av forebyggende tiltak.

Tradisjonelt har somatiske og psykiske lidelser blitt behandlet hver for seg, og behandlingen har av og til vært mer fokusert på den somatiske tilstanden enn på pasienten. Behandlingen av pasienter med komorbide somatiske og psykiske lidelser kan lett mislykkes dersom man ikke ivaretar hele mennesket. For å kunne oppnå dette må behandlingen av psykiske lidelser være en integrert del av behandlingen. Tett samarbeid mellom klinikere og kliniske enheter med ansvar for både somatisk og psykiatrisk behandling vil være nødvendig. Dette er viktig ikke bare for å forebygge selvmord, men for å kartlegge psykiske helseproblemer som det er mulig å få hjelp for, og som vil gi et bedre samlet behandlingstilbud til pasientene.

Hensiktsmessige lokale tjenester må være tilgjengelige for å møte de medisinske, følelsesmessige og praktiske behovene til mennesker med fysisk sykdom. Klinikere bør få opplæring i å kjenne risikofaktorer for selvmord og tilrettelegge tidlig henvisning til psykisk helsevern. Diagnose og behandling av psykiske problemer i en tidlig fase gir muligheter for å hindre at problemene blir så store at de eventuelt fører til selvmordsatferd.

Leveret: 14.12.16 – Revidert: 20.03.17 – Godkjent: 22.03.17

Denne artikkelen er en lett revidert versjon av kapittelet om selvmordsatferd ved fysiske sykdommer i den nylig publisert boka «PRAKTISK SELVMORDSFOREBYGGING» (Ping Qin, 2016).

LITTERATUR

Allebeck, P., Bolund, C., & Ringback, G. (1989). Increased suicide rate in cancer patients. A cohort study based on the Swedish Cancer-Environment Register. *J.Clin.Epidemiol.*, 42(7), 611-616.

Bronnum-Hansen, H., Stenager, E., Nylev, S. E., & Koch-Henriksen, N. (2005). Suicide among Danes with multiple sclerosis. *J.Neurol.Neurosurg. Psychiatry.*, 76(10), 1457-1459.

Christensen, J., Vestergaard, M., Mortensen, P. B., Sidenius, P., & Agerbo, E. (2007). Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol.*, 6(8), 693-698.

Eriksson, M., Glader, E. L., Norrving, B., & Asplund, K. (2015). Poststroke suicide attempts and completed suicides: a socioeconomic and nationwide perspective. *Neurology*, 84(17), 1732-1738. doi:10.1212/wnl.0000000000001514

Fang, F., Fall, K., Mittleman, M. A., Sparen, P., Ye, W., Adami, H. O., & Valdimarsdottir, U. (2012). Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med*, 366(14), 1310-1318. doi:10.1056/NEJMoa1110307

Fassberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., ... Waern, M. (2015). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health*, 1-29. doi:10.1080/13607863.2015.1083945

Fredrikson, S., Cheng, Q., Jiang, G. X., & Wasserman, D. (2003). Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden. *Neuroepidemiology.*, 22(2), 146-152.

Gradus, J. L., Qin, P., Lincoln, A. K., Miller, M., Lawler, E., Sorensen, H. T., & Lash, T. L. (2010). Inflammatory bowel disease and completed suicide in Danish adults. *Inflamm.Bowel.Dis.*, 16(12), 2158-2161.

Hem, E., Loge, J. H., Haldorsen, T., & Ekeberg, O. (2004). Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *Journal of Clinical Oncology*, 22(20), 4209-4216. doi:10.1200/jco.2004.02.052

Jia, C. X., Mehlum, L., & Qin, P. (2012). AIDS/HIV infection, comorbid psychiatric illness, and risk for subsequent suicide: a nationwide register linkage study. *J Clin Psychiatry*, 73(10), 1315-1321. doi:10.4088/JCP.12mo7814

Larsen, K. K., Agerbo, E., Christensen, B., Sondergaard, J., & Vestergaard, M. (2010). Myocardial infarction and risk of suicide: a population-based case-control study. *Circulation.*, 122(23), 2388-2393.

Paulsen, J. S., Hoth, K. F., Nehl, C., & Stierman, L. (2005). Critical periods of suicide risk in Huntington's disease. *Am.J.Psychiatry.*, 162(4), 725-731.

Qin, P. (2016). Selvmordsatferd ved fysiske sykdommer. In Ø. E. o. E. Hem (Ed.), *Praktisk selvmordsforebygging* (1. utgave ed., pp. 108-116). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Qin, P., Hawton, K., Mortensen, P. B., & Webb, R. (2014). Combined effects of physical illness and comorbid psychiatric disorder on risk of suicide in a national population study. *Br J Psychiatry*. doi:10.1192/bjp.bp.113.128785

Qin, P., Mortensen, P. B., Waltoft, B. L., & Postolache, T. T. (2011). Allergy is associated with suicide completion with a possible mediating role of mood disorder - a population-based study. *Allergy.*, 66(5), 658-664.

Qin, P., Webb, R., Kapur, N., & Sorensen, H. T. (2013). Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. *J Intern Med*, 273(1), 48-58. doi:10.1111/j.1365-2796.2012.02572.x

Stenager, E. N., Wermuth, L., Stenager, E., & Boldsen, J. (1994). Suicide in patients with Parkinson's disease. An epidemiological study. *Acta Psychiatr. Scand.*, 90(1), 70-72.

Storm, H. H., Christensen, N., & Jensen, O. M. (1992). Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986. *Cancer*, 69(6), 1507-1512.

Strid, J. M., Christiansen, C. F., Olsen, M., & Qin, P. (2014). Hospitalisation for chronic obstructive pulmonary disease and risk of suicide: a population-based case-control study. *BMJ Open*, 4(11), e006363. doi:10.1136/bmjopen-2014-006363

Teasdale, T. W., & Engberg, A. W. (2001). Suicide after a stroke: a population study. *J Epidemiol.Community Health*, 55(12), 863-866.

Timonen, M., Viilo, K., Hakko, H., Sarkioja, T., Ylikulju, M., Meyer-Rochow, V. B., ... Rasanen, P. (2003). Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis. *Rheumatology.(Oxford)*. 42(2), 287-291.

Tseng, C. H. (2004). Mortality and causes of death in a national sample of diabetic patients in Taiwan. *Diabetes Care.*, 27(7), 1605-1609.

Vysotski, B., Gleiss, A., Rockett, I. R., Hackl, M., Leitner, B., Sonneck, G., & Kapusta, N. D. (2015). Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? *J Affect Disord*, 175, 287-291. doi:10.1016/j.jad.2015.01.028

Wasserman, L., Shaw, T., Vu, M., Ko, C., Bollegala, D., & Bhalerao, S. (2008). An overview of traumatic brain injury and suicide. *Brain Inj.*, 22(11), 811-819.

Webb, R. T., Kontopantelis, E., Doran, T., Qin, P., Creed, F., & Kapur, N. (2012). Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Arch.Gen.Psychiatry.*, 69(3), 256-264.



PING QIN er professor, dr.med., spesialist i psykiatrisk epidemiologi ved NSSF, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo. Hun er gruppeleder av registerforskning på selvmord og villet egenskading.

Effektiv behandling efter suicidförsök

Av Jan Beskow

DET HAR VARIT notoriskt svårt att nalkas suicidala patienter, såväl kliniskt som i studier. Beror det på att patienterna vill dö och därför undviker vård? Nej, det visar sig att om man anpassar forskning och vård efter patienternas behov ökar följsamheten. Med sådan design ligger bortfallet inom rimliga gränser och det är möjligt att få signifikanta resultat (Brown 2005, Beskow 2006, Hvid 2009).

Aeschigruppen

Vid sitt första möte i kommunen Aeschi i Schweiz drog den s.k. Aeschi-gruppen slutsatsen att problemet inte ligger hos patienterna utan inom vården. Suicidförsök är en misslyckad problemlösning med tidigare suicidförsök och psykisk sjukdom som viktigaste bakgrundsfaktorer. Gruppen har utvecklat dessa synpunkter och sammanfört dem i en läsvärd volym (Michel 2011).

ASSIP

År 2015 publicerade gruppens initiativtagare Konrad Michel och psykologen Anja Gysin-Maillart en manual över Suicide Short Intervention Program, ASSIP (Michel et al. 2015).

Behandlingen omfattar 3, ibland 4 sessioner med följande hörnstenar: Låt patientens egen berättelse stå i centrum, filma första sessionen, använd de två övriga till att med patienten identifiera suicidala stimuli inklusive triggers, samt lämpliga kopingstrategier. De senare

sammanfattas på ett litet vikblad, Leporello. Namnet är taget efter en gestalt i Mozarts Don Juan. Uppföljning sker genom standardiserade brev med personliga kommentarer av terapeuten med tre till sex månaders mellanrum.

RCT-studier

I mars 2016 publicerade de den första RCT-studien med 60 försökspersoner och lika många kontroller (Gysin-Maillart et al. 2016). Kontrollerna fick treatment as usual, vilket i Bern betyder uppföljning inom psykiatrin ofta med inslag av psykoterapi. Viktigaste utfallskriterium var antalet suicidförsök inom två år. I undersökningsgruppen hade fem personer gjort var sitt suicidförsök. I kontrollgruppen hade 16 personer, d.v.s. tre gånger så många gjort totalt 41 nya försök, d.v.s. åtta gånger så många! Risken för recidiv i nytt suicidförsök var reducerad med c:a 80%. Detta gav givetvis betydande vinster i lidande, vårddagar och kostnader. En person i vardera gruppen hade avlidit genom suicid.

Diskussion

Resultaten är sensationellt goda jämfört med tidigare studier. Troligen beror detta på ökat precision. Brown et al. lärde patienterna strategier mot suicidförsök, men också mot olika former av vulnerabilitet. Michel et al. lärde patienterna att känna igen egna tecken på



hotande suicidrisk samt utvecklade deras personliga kopingstrategier mot just ökande risk för suicidförsök.

Studien behöver givetvis replikeras. Detta pågår redan i Finland. Problemet är etiska hänsyn vid val av kontrollgrupp. Intresse finns för liknande studier i Sverige.

Detta är således en korttidsbehandling efter genomfört suicidförsök explicit utarbetad för psykiatrin. Principer bakom behandlingen är att noggrant lyssna till patientens egen berättelse, att tillsammans med hen identifiera egna tecken på ökad risk för suicidförsök, att utveckla hens personliga kopingstrategier samt personligt formad uppföljning under lång tid. En god effekt är att man minskar risken för PTSD efter suicidförsöket. Behovet av adekvat hjälp mot olika bakgrundsfaktorer, framför allt psykisk sjukdom, kvarstår givetvis oförändrat.

Slutsatser

Detta är ett glädjebudskap! Vi är äntligen på väg mot effektiv och ekonomisk behandling av suicidalitet.

Konrad Michel besöker den 11:e nationella konferensen om suicidprevention i Göteborg den 12-13 september 2017.

Artikeln är tidigare publicerad i Svensk Psykiatri nr 3 2016.

REFERENSER

Beskow, J. (2006). Specialutformad kognitiv psykoterapi minskar risken för självmordsförsök. Nya rön. Läkartidningen 15. Referat av Brown et al. studie.

Brown, G.K., et al. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial. *JAMA* 294(5), 563-70.

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., Michel K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med* 13(3): e1001968. doi:10.1371/journal.pmed.1001968

Hvid, M., Vangborg, K., Sørensen, H., Nielsen, K., Stenborg, J., Vang, A. (2010). Preventing repetition of attempted suicide – II. The Amager Project, a randomized controlled trial, 2010. DOI:10.3109/08039488.2010.544404

Michel, K., Maltzberger, J.T., Jobes, D.A. et al. (2002). Case Study. Discovering the Truth in Attempted Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 424-37.

Michael, K., Jobes, D.A. (eds). (2011). *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient*. Washington: American Psychological Association.



JAN BESKOW är pensionerad professor och psykiater, verksam vid Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet och Psykologiska institutionen vid Linköpings universitet samt inom Suicidprevention i Väst, SPIV, lokaliserat till Göteborg.

Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelser grunnet villet egenskade etter Basal Eksponeringsterapi (BET)

Av Jan Hammer, Kristoffer Ludvigsen, Didrik Heggdal og Roar Fosse

SAMMENDRAG

Basal eksponeringsterapi (BET) er en behandlingsmodell spesielt utviklet for pasienter med alvorlige og sammenfattede psykiske lidelser. Karakteristisk for pasientgruppen er psykosesyntomer, dissosiasjon, spiseforstyrrelser og emosjonell ustabilitet i kombinasjon med gjentatte episoder med villet egenskade (VE) og selvmordsforsøk. I en retrospektiv journalgjennomgang for 27 pasienter sammenliknet vi innleggelser knyttet til VE i somatikk og psykisk helsevern 12 måneder før og etter BET. Færre pasienter ble innlagt med VE etter BET (12 av 27) enn før BET (22 av 27), en nedgang på 45 %. Antall innleggelser knyttet til VE sank fra 123 til 47, en nedgang på 62 %. Parallelt fant vi en nedgang i pasientenes unngåelse av uønskede indre opplevelser ("experiential avoidance") målt med Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). Få innleggelser med VE etter BET var knyttet til både en nedgang i AAQ fra inntak til utskrivning og lave AAQ-skårer ved utskrivning. Funnene er i tråd med at behandlingstilnærminger som vektlegger aksept for indre opplevelser kan være et alternativ til behandling rettet mot symptomreduksjon for denne pasientgruppen.

Basal Exposure Therapy (BET) is an inpatient treatment modality developed for patients with severe and complex mental disorders. Characteristics of the patient group are psychotic symptoms, dissociation, eating disorders and emotional instability in combination with repeated self-harm and suicide attempts. In this retrospective study based on electronic patient records, we compared the number of admissions related to deliberate self-harm in both somatic and psychiatric hospitals 12 months before and after BET for 27 patients. Fewer patients were admitted to hospitals with deliberate self-harm after BET (12 of 27) compared to before BET (22 of 27), a 45 % reduction. The number of hospitalizations associated with deliberate self-harm decreased from 123 to 47, a 62 % reduction. This decline occurred in parallel with a reduction in the patients' experiential avoidance as measured with the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). A low number of admissions related to deliberate self-harm after BET was associated with a reduction in AAQ scores from admission to discharge as well as with low AAQ scores at discharge. The findings are consistent with the view that treatment approaches emphasizing acceptance of unwanted private events may be viable alternatives to a focus on symptom reduction in this patient group.



VILLET EGENSKADE (VE; ramme 1) er et utbredt folkehelseproblem både nasjonalt og internasjonalt (Briere & Gil, 1998; Klonsky et al., 2003; Ystgaard et al., 2003). Pasienter med VE legges inn i både somatiske sykehus og døgnseksjoner i psykisk helsevern (Carroll et al., 2016; Gunnell et al., 2008; Mellesdal et al., 2010; 2014). Risikoen for å bli lagt inn gjentatte ganger grunnet VE er særlig stor for kvinnelige pasienter og pasienter med depressive lidelser, personlighetsforstyrrelser, ruslidelser eller angst/stresslidelser (Gunnell et al., 2008; Mellesdal et al., 2014). Det er ikke dokumentert at gjentatt døgninnleggelse reduserer VE (Carroll et al., 2016; Hawton et al., 2015, 2016). I nasjonale retningslinjer advares det mot at pasienter med repetitiv VE gjentatte ganger legges inn i døgnavdelinger i psykisk helsevern fordi dette kan hindre etableringen av en langsiktig behandlingsplan og behandlingsallianse (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Hayes et al. (1996) introduserte begrepet experiential avoidance (EA) for å beskrive forsøk på å unngå uønskede, indre opplevelser (følelser, tanker, kroppslige opplevelser). EA defineres som en atferdskategori som

i hovedsak opprettholdes av negativ forsterkning, dvs. ved at ubehaget fjernes eller dempes. I tråd med dette har Chapman et al. (2006) utviklet en modell der hovedmotivasjonen bak og funksjonen av repetitiv VE ses som unngåelse av følelser og negativ affekt (Experiential Avoidance Model of Deliberate Self-harm). Repetitiv VE forstås da som sluttproduktet av en ond sirkel som starter med at individet skader seg selv for å dempe eller fjerne en uønsket emosjonell tilstand og dermed oppnår en midlertidig lindring. Over tid styrkes denne forbindelsen, slik at selvskadingen utføres nærmest som en automatisk respons på den emosjonelle tilstanden (Chapman et al., 2006). Modellens gyldighet understøttes av kvalitative og kvantitative studier (Edmondson et al., 2016). I en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen fant Edmondson et al. (2016) at VE oftest benyttes for å redusere stress og emosjonell smerte, etterfulgt av et ønske om å påvirke andre, straffe seg selv og håndtere dissosiasjon. I en spørreundersøkelse av ungdommer fant Howe-Martin et al. (2012) en sterk sammenheng mellom gjentatt VE og EA.

For behandling av voksne med VE viste en Cochrane-litteraturgjennomgang at medikamentelle tiltak ikke fører til signifikant reduksjon av VE (Hawton et al., 2015). Dette gjelder både nyere generasjons antidepressiva, lavdose fluphenazine, stemningsstabiliserende midler og naturprodukter. En studie i gjennomgangen viste at flupentiksol gav en betydelig reduksjon i VE, men denne studien hadde lav kvalitet. En annen Cochrane-gjennomgang av psykososiale tiltak konkluderte med at kognitiv atferdsterapi har moderat effekt for voksne med VE (Hawton et al., 2016). Gjennomgangen indikerte at gruppeterapi med fokus på emosjonsregulering, mentaliseringsbasert terapi og dialektisk atferdsterapi kunne redusere VE for pasienter med personlighetsforstyrrelser, men også disse studiene var av lav kvalitet.

RAMME 1: Vår forståelse av villet egenscade er basert på Ystgaard et al.s (2003) definisjon.

En handling som ikke endte med døden, hvor individet med vilje gjorde en eller flere av følgende:

- initierte atferd (f.eks. kuttet seg selv, hoppet fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv,
- tok medikamenter i en mengde utover det som er foreskrevet eller som er vanlig anerkjent dose,
- tok illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv, svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand.

Studien som presenteres i denne artikkelen omhandler en heterogen pasientgruppe med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser. Felles for pasientgruppen er at de representerer en særskilt utfordring for helsevesenet. Erfaringen viser at deres alvorlige og sammensatte symptombilder og utøvelse av VE medfører hyppige og langvarige innleggelse i døgnsesjoner uten at de oppnår varig behandlingseffekt. Det typiske kliniske bildet består av vrangforestillinger, hallusinasjoner, dissosiasjon, spiseforstyrrelser og humørsvingninger. Flertallet av pasientene har komorbide tilstander og symptom- og funksjonsnivå gjenspeilet i Global Assessment of Functioning (GAF)-skårer under 35 (Heggdal et al., 2016).

Det foreligger ingen evidensbaserte behandlingsformer for den nevnte pasientgruppen. Basal eksponeringsterapi (BET) er en døgnbasert behandlingsmodell som primært er utviklet for disse pasientene (Heggdal et al., 2013).

Basal eksponeringsterapi (BET)

BET har vært under utvikling siden år 2000 og er implementert på en lukket psykoseseksjon i Vestre Viken Helseforetak. Sentrale inspirasjonskilder for BET har vært utviklingspsykologi (Bowlby, 2001; Crittenden, 2008), eksistensialistisk filosofi (Sartre, 2003) og kybernetisk forståelse av relasjoner, samhandling og endringsprosesser (Bateson, 1985). Behandlingen hviler

Behandlingen hviler på en antakelse om at pasientene frykter og derfor unngår en ekstrem opplevelses-tilstand som i BET er gitt betegnelsen eksistensiell katastrofeangst

på en antakelse om at pasientene frykter og derfor unngår en ekstrem opplevelses-tilstand som i BET er gitt betegnelsen eksistensiell katastrofeangst kan beskrives som en påtrengende frykt for å gå i oppløsning, bli oppslukt av en altomfattende tomhet eller bli sittende fast i evig smerte (Heggdal et al., 2013). Symptomer forstås som en konsekvens av at pasientene har utviklet ulike måter å unngå katastrofeangsten på og som gir kort-siktig lindring. Slik unngåelse kan føre til positive feedback-sløyfer som over tid innskrenker pasientenes kapasitet til å håndtere uønskede indre opplevelser. Samtidig kan helsevesenets forsøk på symptomlindring og atferdsregulering over tid ha bidratt til å vikle pasienten inn i et marginaliserende samspill som har svekket deres evne til egenmestring (Hammer et al., 2016; Heggdal et al., 2016; Heggdal et al., 2015). Målsettingen i BET er å hjelpe pasientene til å bryte ut av marginaliserende samspillsmønstre med helsevesenet. Dette gjøres ved å tilrettelegge for en terapeutisk

hverdag som fremmer normalisering av samhandling og terapisaamtaler hvor pasienten kan velge å eksponere seg for opplevelsen av eksistensiell fare istedenfor å fortsette å unngå slike opplevelser. Dermed får pasienten muligheten til å erfare at tanker og følelser kun er ubehagelige og ikke farlige.

Vår erfaring er at pasientene ikke er vant med å være i en arbeidsallianse med helsepersonellet. Mangel på motivasjon og opposisjon mot behandlere vanskeliggjør psykoterapeutiske prosesser (Heggdal et al., 2015). I BET brukes derfor mye tid på å tilrettelegge for at pasientene skal kunne velge å samarbeide om eksponering for eksistensiell katastrofeangst. Sentralt her er relasjonsarbeid med klargjøring av pasientenes verdier og psykoedukasjon for å fremme innsikt i hvordan unngåelsesatferd kan opprettholde og forsterke problemer. Reparasjon av alliansebrudd og konsolidering av arbeidsalliansen inngår som naturlige elementer i behandlingsprosessen. Det vektlegges å bekrefte og anerkjenne pasientens behov for unngåelse. Ved vegring og aktiv motstand mot eksponering inviteres pasienten til refleksjon rundt verdier, handlingsvalg og konsekvensene av å holde seg i gamle handlingsmønstre (Heggdal et al., 2013). Holdningen er at pasientens valg alltid skal respekteres. Terapeuten skal kun bidra til at valgene pasienten gjør er overveide og i tråd med hans/hennes egne verdier.

Den psykoterapeutiske prosessen i BET understøttes av en koordinert miljøterapi betegnet som komplekntær ytre regulering (KYR) (Hammer et al., 2016). KYR gir pasienten utstrakt frihet til å velge å prøve ut nye, funksjonelle handlingsvalg. I forvaltningen av KYR brukes bekreftende kommunikasjon for å forebygge og de-eskalere dysfunksjonell atferd. Løsningsfokuserte intervensjoner benyttes for å understøtte pasientens mobilisering av sine ressurser og for å styrke mestrings-tillit. Hvis pasienten utøver handlinger som truer liv og helse, griper helsepersonell inn for å håndtere situasjonen og forebygge alvorlig skade. Slik inn gripen gjøres instrumentelt iht. lovverk og prosedyrer, men uten samtidige terapeutiske intervensjoner, da slike intervensjoner erfaringsmessig vil kunne forsterke pasientens tilbøyelighet til å ty til VE.

I likhet med andre nyere psykoterapeutiske modeller, som Dialektisk atferdsterapi, Metakognitiv terapi og Aksept og forpliktelsesterapi, vektlegger BET å hjelpe pasienter å endre sitt forhold til vanskelige tanker og følelser heller enn å forsøke å fjerne eller dempe slike opplevelser (Hayes et al., 2011; Lynch et al., 2006; Wells, 2007). Felles for modellene er fokuset på følelser, aksept, mindfulness og terapeutisk relasjon (Kahl et al., 2012). BET skiller seg imidlertid ut på flere måter. For det første er BET en transdiagnostisk behandlingsmodell utviklet for pasienter med et svært lavt psykososialt funksjonsnivå (GAF < 35). Med dette som utgangspunkt har BET i motsetning til andre psykoterapeutiske behandlingsformer vokst fram som en

integrert døgntil behandling. Videre er den sentrale, spesifikke terapeutiske faktoren i BET-modellen eksponering for den udiffrensiererte, fobiske tilstanden eksistensiell katastrofeangst.

Data fra en naturalistisk tidsseriestudie har vist signifikante bedringer, med store effektstørrelser, på symptomål og funksjonsmål fra inntak til utskrivning fra BET (Heggdal et al., 2016). I en innledende kvalitativ studie formidlet pasientene at de i BET lærte å forholde seg til uønskede indre opplevelser og derigjennom begynte å innta en aktiv rolle i egen bedringsprosess (Heggdal et al., 2015). En annen studie som sammenliknet KYR med ordinær behandling indikerte at KYR kan bidra til å redusere tvangsbruk (Hammer et al., 2016).

Formålet med studien

Vi undersøkte om VE-innleggelser i pasientgruppen er redusert etter BET. Vi tok utgangspunkt i en pragmatisk definisjon av VE-innleggelser som *innleggelser i somatisk sykehus eller psykisk helsevern der VE er en direkte eller medvirkende årsak*. Dette tilsier at skadens karakter eller alvorlighetsgrad gjorde at den ikke kunne håndteres i den kommunale helsetjenesten (fastlege, legevakt) eller at pasienten i tillegg til VE hadde et sammensatt tilstandsbilde som nødvendiggjorde døgnnleggelse.

Vi tok utgangspunkt i følgende antakelser: hvis BET bidrar til å redusere VE-innleggelser, så vil (a) færre pasienter ha VE-innleggelser i perioden etter BET sammenliknet med før BET, og (b) gjennomsnittlig antall VE-innleggelser reduseres for pasientgruppen som helhet. Videre antok vi at nedgang i VE-innleggelser vil være knyttet til reduksjon av EA; (c) som gruppe vil pasientene fremvise lavere grad av EA ved utskrivning enn ved behandlingsstart, (d) lav grad av EA ved utskrivning vil være assosiert med få VE-innleggelser etter BET, og (e) graden av nedgang i EA fra innleggelse til utskrivning vil være knyttet til færre VE-innleggelser etter BET.

Metode

I en retrospektiv journalgjennomgang fra april 2004 til mai 2016 innhentet vi data om VE-innleggelser i somatikk og psykisk helsevern for de siste 12 månedene før BET og de første 12 månedene etter BET. Data om VE ble sammenstilt med endringer i EA fra inntak til utskrivelse fra BET. Innhentning av EA-data er en del av klinikkens egen systematiske evaluering av BET, der alle pasientene gjennomgår en omfattende psykometrisk utredning ved inntak og utskrivning. Regional etisk komité har vurdert denne systematiske egen-evalueringen som et kvalitetsprosjekt som faller utenfor deres mandat (31. mars 2016, referanse 2016/480). Personvernombudet har tilrådd at data publiseres og «har vurdert prosjektets potensielle samfunnsnytte til å oppveie for den personvernmessige ulempen det medfører for den registrerte å ikke bli forespurt om deltagelse» (saksnummer 2016/17824).

Deltakere

Trettisju pasienter har gjennomført BET og vært utskrevet i minst ett år. Siden studien er basert på elektronisk pasientjournal (DIPS) i Vestre Viken, måtte vi ekskludere 10 pasienter som manglet DIPS-data. Fire av disse hadde vært innlagt før DIPS ble implementert og seks hadde vært behandlet i barne- og ungdomspsykiatrien eller ved andre helseforetak. De 27 inkluderte pasientene (snittalder 30.2 år, SD = 7.3) var alle kvinner. Dette beror på at tilbudet for psykosebehandling i Vestre Viken har vært organisert slik at pasienter som er til fare for seg selv (i hovedsak kvinner) henvises til seksjonen der BET tilbys, mens de som er til fare for andre (i hovedsak menn) behandles ved andre seksjoner, herunder en sikkerhetsseksjon. Gjennomsnittlig behandlingstid i BET for de 27 pasientene var 408 døgn (SD = 463.8, median 241 døgn). Ved inntak til BET var gjennomsnittlig GAF symptomskåre 30.5 (SD = 8.9) og GAF funksjonsskåre 32.4 (SD = 8.6). Diagnosene ved inntak er oppsummert i tabell 1.

Mål

Vi hentet ut informasjon fra DIPS og registrerte alle innleggelser, både i somatiske døgnsesjoner og døgnsesjoner innen psykisk helsevern, der VE var angitt som enten den direkte henvisningsgrunnen eller som en årsak til innleggelsen. Informasjonen ble tatt ut fra oversikten «vis innleggelser» og fra innkomst-journaler (under punktet «Aktuelt») skrevet av lege eller psykolog i oversikten «alle journaldokumenter». En innleggelse ble telt som «VE-innleggelse» når minst én av følgende 12 kategorier for VE, hentet fra instrumentet Lifetime Suicide Attempt Self-Injury interview (L-SASI) (Linehan & Comtois, 1996), ble nevnt som direkte henvisningsgrunn eller som en årsak til innleggelse: kuttet seg selv med vilje; tok med vilje en overdose av rusmidler/ medisiner; brant seg selv med vilje; prøvde å strangulere eller henge seg; hoppet ut fra et høyt sted for å skade seg selv; skjøt seg selv med et skytevåpen; svelget gift / kaustisk substans med vilje; kvelte seg selv / asfyksi; prøvde å drukne seg; knivkutt/ skar seg selv med vilje; slo hodet i noe eller slo seg selv; og «annet».

TABELL 1. Diagnoser

Diagnoser (hoved eller bi) ved inntak til BET	Antall pasienter (%)
Psykoselidelser F20-29	11 (41)
Affektive lidelser F30-39	10 (37)
Personlighetsforstyrrelser F60-69	14 (52)
Angst og stresslidelser F40-48	10 (37)
Ruslidelser F10-19	5 (19)
Andre diagnoser	< 5

EA ble målt med ni-spørsmålsversjonen av Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) (Hayes et al., 2004). AAQ er spesifikt utviklet for å måle EA. Spørsmålene besvares på en syv-punkts Likert-skala, med en maksimum på 63 poeng. Lav skåre reflekterer større vilje og evne til å forholde seg til uønskede indre opplevelser. I et spansk utvalg hadde et klinisk og et ikke-klinisk utvalg snittskårer på henholdsvis 44.7 (SD = 8.4) og 34.6 (SD = 5.4) (Mairal, 2004). AAQ har god indre konsistens og konvergent og diskriminant validitet (Hayes et al., 2004; Mairal, 2004). Sammen med andre fagpersoner har to av forfatterne (DH og RF) oversatt AAQ til norsk i henhold til standard prosedyrer.

Statistiske analyser

For å undersøke endringer i VE-innleggelser fra perioden før til perioden etter BET brukte vi først Kji kvadrat-testen for antall pasienter med minst én slik innleggelse og deretter Wilcoxon signed rank-testen for antall slike innleggelser per pasient. T-test for avhengige utvalg ble brukt til å undersøke endring i EA (AAQ-skårer) fra inntak til utskrivelse. Sammenhengen mellom VE-innleggelser etter utskrivning fra BET og henholdsvis AAQ-skårer ved utskrivning og endring i AAQ-skårer fra inntak til utskrivning ble først undersøkt med Pearson korrelasjonstest. Sammenhengene ble deretter undersøkt med t-tester for uavhengige utvalg, der pasientene ble delt opp i to grupper ut fra henholdsvis høy AAQ-skåre (> 40) versus lav AAQ-skåre (≤ 40) ved utskrivning og liten bedring (≤ 10 poeng) versus stor bedring (> 10 poeng) på AAQ fra inntak til utskrivning. Pearson korrelasjonsanalyser ble brukt for å undersøke sammenhengen mellom tid i BET (antall liggedøgn) og antall innleggelser knyttet til VE før og etter BET.

Resultater

VE-innleggelser før og etter BET

22 av de 27 pasientene (82 %) hadde minst én VE-innleggelse før BET, mens 12 (44 %) hadde dette etter BET, en nedgang på 45 % og som var signifikant, $\chi^2 = 7.9$, $p = 0.0048$.

Det totale antallet VE-innleggelser for året før og året etter BET var 170 (M = 7.0, SD = 6.1, range 0-21) (tabell 2). Antall VE-innleggelser gikk signifikant ned (62 %) fra før BET (123 innleggelser, M = 4.6, SD = 4.8, range 0-16) til etter BET (47 innleggelser, M = 1.7, SD = 2.5, range 0-7), $p = 0.002$. Nedgangen var signifikant for VE-innleggelser i psykisk helsevern alene, $p = 0.002$, og i somatisk sykehus alene, $p = 0.009$.

Det var ingen sammenheng mellom tid i BET (antall liggedøgn) og antall VE-innleggelser før BET, $r = -0.001$, $p = 0.99$. Etter BET var det en tendens til en invers sammenheng, med færre VE-innleggelser for de med lang behandlingstid i BET, $r = -0.36$, $p = 0.065$.

Sammenheng mellom EA og VE-innleggelser etter BET

Tjueto av pasientene hadde data for AAQ ved både inntak og utskrivelse. EA målt med AAQ ble i snitt redusert fra 52.7 (SD = 6.8) før BET til 40.5 (SD = 9.1) etter BET, $t(21) = 7.2$, $p < 0.001$.

Pasientenes AAQ-skårer ved utskrivelse korrelerte signifikant med antall VE-innleggelser året etter BET, der lav AAQ var knyttet til få VE-innleggelser, $r = 0.57$, $p = 0.006$. De 10 pasientene med AAQ-skårer på 40 eller høyere ved utskrivelse hadde flere VE-innleggelser etter BET (M = 3.1, SD = 2.6) enn de 12 pasientene med AAQ-skårer under 40 (M = 0.6, SD = 1.7), $t(20) = 2.7$, $p = 0.014$.

Det var også en sammenheng mellom graden av reduksjon i AAQ-skårer fra inntak til utskrivelse og antall VE-innleggelser etter BET, der stor nedgang på AAQ var knyttet til få VE-innleggelser, $r = 0.52$, $p = 0.014$. En tilsvarende sammenheng forelå når antall VE-innleggelser ble sammenliknet for åtte pasienter med lav endring på AAQ fra innleggelse til utskrivning (≤ 10 poeng, M = 3.1 innleggelser, SD = 2.8) og 14 pasienter med stor endring på AAQ (> 10 poeng, M = 0.9 innleggelser, SD = 2.0), $t(20) = 2.2$, $p = 0.044$.

Diskusjon

Vi fant en signifikant nedgang i både antall pasienter med VE-innleggelser og i antall VE-innleggelser per pasient fra året før til året etter BET. I tillegg var antall VE-innleggelser i året etter BET assosiert med både lav

TABELL 2

Innleggelser knyttet til VE	Siste 12 mnd før BET, n (snitt; SD / median)	Siste 12 mnd etter BET, n (snitt; SD / median)
Antall innleggelser i somatikk	56 (2,1; 2,5 / 1)	25 (0,9; 1,7 / 0)
Antall innleggelser i phv ¹	67 (2,5; 2,9 / 2)	22 (0,8; 1,4 / 0)
Antall innleggelser totalt	123 (4,6; 4,8 / 3)	47 (1,7; 2,5 / 0)
Antall innleggesdøgn totalt	4224 (156; 93,6 / 151)	2371 (88; 125,3 / 23)

1: phv = psykisk helsevern

grad av EA ved utskrivning og med graden av reduksjon i EA fra inntak til utskrivning fra BET.

Nedgangen i VE-innleggelser kan bero på mange faktorer, som for eksempel tid i behandling, at BET er en mer systematisert behandlingsmodell sammenlignet med vanlig behandling, spontanbedring, generelle livshendelser og regresjon til gjennomsnittet. At VE-innleggelser etter BET var knyttet til både EA ved utskrivning og endringer i EA fra inntak til utskrivning kan imidlertid tyde på at BET har medvirket. Disse sammenhengene samsvarer med den sentrale terapeutiske målsetningen i BET om at pasientene skal erstatte EA (unngåelse) med eksponering og aksept for uønskede indre opplevelser.

De høye AAQ-skårene ved inntak til BET indikerer at pasientene ved behandlingsstart i stor grad unngikk uønskede indre opplevelser, noe som også er i tråd med en tidligere kvalitativ undersøkelse av pasientgruppen (Heggdal et al., 2015). Gratz (2007) hevder at behandling som oppmuntrer pasienten til å kontrollere eller unngå uønskede indre opplevelser, kan forsterke destruktiv atferd fordi pasienten blir fanget i en ond sirkel av emosjonell intoleranse. For å skape varig endring, kan individet profitere på å møte opplevelsene istedenfor å flykte fra dem (Fraser & Solovey, 2007; Ramnero & Törneke, 2008). Tidligere BET-pasienter har formidlet at de i BET ikke ble oppmuntret til å kontrollere eller avlede seg fra følelsene, men at de fikk hjelp til å lære å forholde seg til dem (Heggdal et al., 2015). Nedgangen i EA fra inntak til utskrivning kan indikere at pasientene i økt grad forholdt seg aksepterende til sine indre opplevelser istedenfor å unngå dem (Heggdal et al., 2016). Det kan være nyttig å utvikle behandlingstilnærminger som konseptualiserer VE som en unngåelsesstrategi og fokuserer på aksept for uønskede indre opplevelser (Gratz, 2007; Howe-Martin et al., 2012). Et slikt fokus ses også i nyere former for kognitiv atferdsterapi (Hayes et al., 2011; Lynch et al., 2006).

Når VE betraktes som et symptom på psykisk lidelse, kan pasientens handlinger bli vurdert som irrasjonelle og som uttrykk for kontrolltap (Bosman & van Meijel, 2008). Dette kan gjøre at helsepersonell forsøker å kontrollere pasientens atferd og føre til gjentatte innleggelser på sykehus (McAllister, 2003). Behandlingshistorikken til pasientene i BET er vanligvis preget av helsevesenets repeterende forsøk på å regulere symptomer og atferd ved bruk av psykofarmakologiske intervensjoner og tvangstiltak (Hammer et al., 2016; Heggdal et al., 2016; Heggdal et al., 2015). Mens BET-pasientene opplevde at de tidligere ble *fratatt ansvar* for egne handlinger, er ambisjonen i BET å *la ansvaret ligge hos pasienten* (Hammer et al., 2016; Heggdal et al., 2016; Heggdal et al., 2015). En slik ansvars plassering er i tråd med anbefalt terapeutisk praksis og nasjonale retningslinjer for behandling av kronisk suicidale pasienter (Paris, 2007; Sosial- og helsedirektoratet, 2008; Stangland, 2012).

Begrensninger og forbehold

Studiens hovedsvakheter er dens ukontrollerte, retrospektive design. Vi kan ikke utelukke at andre faktorer enn BET kan ha medvirket til nedgangen i VE-innleggelser, så som tid i behandling, modningseffekt/ spontanbedring, generelle livshendelser og regresjon til gjennomsnittet. Funnene i studien kan også forklares med en mer restriktiv praksis de siste årene for døgninnleggelse i psykisk helsevern ved VE (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Videre kan det være feilkilder ved hvordan vi operasjonaliserte VE-innleggelser og hentet inn data om dette fra journal. Studien har få deltakere og er gjennomført på en selektert gruppe kvinnelige pasienter basert på hvordan sykehuset har organisert behandlingstilbudet. Funnene kan strengt tatt ikke generaliseres til andre pasientgrupper. En styrke er at analyser innenfor pasientgruppen støttet betydningen av psykologiske prosesser som vektlegges i BET og som tidligere forskning har indikert at er viktige.

Konklusjon

Studien undersøkte VE-innleggelser og liggedøgn på somatisk sykehus og i psykisk helsevern for en gruppe pasienter med alvorlige og sammensatte lidelser. Mens pasientene hadde et høyt antall VE-innleggelser og liggedøgn året før BET, observerte vi en signifikant nedgang i dette året etter BET. Samtidig hadde pasientene økt aksept for uønskede indre opplevelser etter BET og dette var knyttet til få VE-innleggelser etter utskrivning. Funnene er i tråd med at behandling som fremmer pasientens aksept for uønskede indre opplevelser kan være et hensiktsmessig alternativ til tilnærminger som fokuserer på symptomreduksjon, også når de tilbys døgnbasert. Selv om svakheter i studiedesignet hindrer klare konklusjoner, tilsier funnene at BET bør undersøkes nøyere i prospektive, kontrollerte studier.

Levert: 30.05.16 – Revidert: 14.02.17 – Godkjent: 20.02.17

LITTERATURLISTE

- Bateson, G. (1985). *Mind and Nature*. London: Fontana Paperbacks.
- Bosman, M., & van Meijel, B. (2008). Perspectives of mental health professionals and patients on self-injury in psychiatry: a literature review. *Arch Psychiatr Nurs*, 22(4), 180-189.
- Bowlby, J. (2001). *En sikker base: tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. København: Det lille forlag.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Carroll, R., Corcoran, P., Griffin, E., Perry, I., Arensman, E., Gunnell, D., & Metcalfe, C. (2016). Variation between hospitals in inpatient admission practices for self-harm patients and its impact on repeat presentation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-9. doi: 10.1007/s00127-016-1247-y
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behav Res Ther*, 44(3), 371-394.

Crittenden, P. M. (2008). *Raising parents*. Collumpton, UK: Willan Pub.

Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *J Affect Disord*, 191, 109-117.

Fraser, J. S., & Solovey, A. D. (2007). *Second-order change in psychotherapy: The golden thread that unifies effective treatments*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *J Clin Psychol*, 63(11), 1091-1103.

Gunnell, D., Hawton, K., Ho, D., Evans, J., O'Connor, S., Potokar, J., . . . Kapur, N. (2008). Hospital admissions for self harm after discharge from psychiatric inpatient care: cohort study. *Bmj*, 337, a2278. doi: 10.1136/bmj.a2278

Hammer, J., Fosse, R., Lyngstad, Å., Møller, P., & Heggdal, D. (2016). Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak: en retrospektiv undersøkelse. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, 53(7), 518-529.

Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., . . . van Heeringen, K. (2015). Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 7, Cdo11777. doi: 10.1002/14651858.cdo11777

Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., . . . van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, Cdo12189. doi: 10.1002/14651858.cdo12189

Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., & Bissett, R. T. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, 54(4), 553-578.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*: Guilford Press.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol*, 64(6), 1152-1168.

Heggdal, D., Fosse, R., & Hammer, J. (2016). Basal Exposure Therapy: A New Approach for Treatment-Resistant Patients with Severe and Composite Mental Disorders. *Front Psychiatry*, 7(198). doi: 10.3389/fpsy.2016.00198

Heggdal, D., Hammer, J., Alsos, T. H., Malin, I., & Fosse, R. (2015). Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(02), 119-128.

Heggdal, D., Lillelien, A., Johnsrud, S. S., & Dyrhol Paulsen, C. (2013). Basal eksponeringsterapi: en vei inn til seg selv og ut til et liv det går an å leve. *Dialog*, 23(4), 7-19.

Howe-Martin, L. S., Murrell, A. R., & Guarnaccia, C. A. (2012). Repetitive non-suicidal self-injury as experiential avoidance among a community sample of adolescents. *J Clin Psychol*, 68(7), 809-829.

Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522-528.

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry*, 160(8), 1501-1508. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1501

Linehan, M. M., & Comtois, K. (1996). *Lifetime Suicide Attempt Self Injury*. University of Washington, unpublished work. nedlastet 24.5.16 fra <http://depts.washington.edu/btrc/files/L-SASI%20Count.pdf>. Seattle, WA.

Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol*, 62(4), 459-480.

Mairal, J. B. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 505-516.

McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self harm: a critical review. *Int J Ment Health Nurs*, 12(3), 177-185.

Mellesdal, L., Kroken, R. A., Lutro, O., Wentzel-Larsen, T., Kjelby, E., Oedegaard, K. J., . . . Mehlum, L. (2014). Self-harm induced somatic admission after discharge from psychiatric hospital - a prospective cohort study. *Eur Psychiatry*, 29(4), 246-252.

Mellesdal, L., Mehlum, L., Wentzel-Larsen, T., Kroken, R., & Jorgensen, H. A. (2010). Suicide risk and acute psychiatric readmissions: a prospective cohort study. *Psychiatr Serv*, 61(1), 25-31. doi: 10.1176/appi.ps.61.1.25

Paris, J. (2007). *Half in love with death: Managing the chronically suicidal patient*. London: Routledge.

Ramnero, J., & Törneke, N. (2008). *The ABCs of human behavior: Behavioral principles for the practicing clinician*. Oakland CA: New Harbinger Publications.

Sartre, J.-P. (2003). *Being and Nothingness. An Essay on Phenomenological Ontology* (2 ed.). London: Routledge.

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, 49, 138-144.

Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 18-25.

Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Villet egen-skade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 123(16), 2241-2245.



JAN HAMMER er spesialsykepleier med master i psykisk helsearbeid og prosjektkoordinator ved Klinikk for Psykisk helse og rus, avdelingene Blakstad og Lier, Vestre Viken HF. Han koordinerer fagutviklingsarbeidet relatert til Basal eksponeringsterapi i Vestre Viken.



KRISTOFFER LUDVIGSEN er psykolog, fagfelle-vurdert BET-terapeut og BET-veileder. Han har erfaring fra klinisk arbeid og implementering av Basal eksponeringsterapi både på akutt- og psykoseeksjoner i psykisk helsevern. Ludvigsen jobber på Akuttseksjon II, Psykiatrisk avdeling Lier, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF.



DIDRIK HEGGDAL er psykologspesialist, fagfelle-vurdert BET-terapeut og BET-veileder. Han har utviklet behandlingsmodellen Basal eksponeringsterapi. Heggdal er faglig ansvarlig og prosjektleder for BET-programmet ved Seksjon for BET-behandling og Utredning av Unge (SBU), Psykiatrisk avdeling Lier, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF.



ROAR FOSSE er dr. philos og forsker ved FoU-avdelingen i Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF.

Utdanning i DBT

Dialektisk atferdsterapi (DBT):

- er en evidensbasert terapiform
- er utviklet for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsproblematikk

Nasjonalt senter for selvmords-forskning og -forebygging tilbyr et komplett utdanningsforløp på norsk.

Kull 10 starter i Oslo
15. januar 2018

Søknadsfrist: 1. november 2017

Les mer på **www.dbt.no**



DBT DIALEKTISK
ATFERDSTERAPI

Ny behandling reduserer selvskading hos ungdom

Av Julie Nybakk Kvaal/UiO

Ungdom som skader seg selv med vilje oppgir ofte at de også har forsøkt å ta sitt eget liv. Behandling som er direkte rettet mot å redusere selvskading og suicidalitet gir gode resultater.

RUNDT TI PROSENT av ungdommer som går i 9. og 10. trinn, og første klasse på videregående skole har rapportert at de én eller annen gang har forsøkt selvskading. Det er 2 ungdommer i hver skoleklasse som med vilje har prøvd å skade seg selv.

– Selvskading er ofte et av mange symptomer på at ungdommene har psykiske plager og vanskelige livshendelser, sier Anita Johanna Tørmoe. Hun har skrevet en doktorgradsavhandling på temaet ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) ved Universitetet i Oslo.

Selvskading og selvmordsforsøk henger ofte sammen, slik at mange unge som selvskader også har forsøkt å ta sitt eget liv. Dette er ungdom med mange psykososiale belastninger, og er en vanskelig pasientgruppe å behandle.

Tørmoes avhandling viser at Dialektisk atferdsterapi for ungdom (DBT-A) kan være en lovende og effektiv behandling for unge med selvskadingsadferd. Ungdommene rapporterte mindre selvskading og reduksjon av

selvmordstanker, og færre depressive symptomer etter behandling. Studien er den første i sitt slag i verden.

Selvskading er et symptom på emosjonelle vansker

Med selvskadingsatferd mener vi både selvmordsforsøk og ikke-suicidal selvskading. Å kutte seg er den mest vanlige måten å selvskade blant unge mennesker.

– De vanligste motivene for å drive med selvskading er et ønske om befrielse fra intense og ubehagelige følelser, og noen har også et ønske om å dø. Det betyr at personer som rapporterer om selvskadingsatferd også kan være i risiko for å ta sitt eget liv, forteller Tørmoe.

Selvskadingsatferd toppe seg i ungdomstiden, og er mest utbredt blant jenter og ungdom med depresjon, spiseproblemer, rusmisbruk eller atferdsvansker.

Mange av ungdommene oppgir også at de sliter med dårlig fysisk helse og lavt selvbilde.

Fokus på mestring og kontroll i behandlingen

Det kan være utfordrende å hjelpe ungdommer med gjentatt selvskadingsatferd. Det er også vanskelig å være nær noen som selvskader.

– Selvskadingsatferd har en enorm innvirkning på pårørende, som kan kjenne på hjelpeløshet, skyldfølelse, tristhet og sinne, forteller Tørmoe.

En viktig del av behandlingen for unge som selvskader, er derfor å inkludere familiene deres slik at de sammen lærer mestringsteknikker og utvikler kontroll over egen suicidal atferd.

– DBT for ungdom er en 16–20 ukers intensiv behandling for ungdom som selvskader og deres familier, forteller Tørmoe.

Behandlingen innebærer både individuell terapi for ungdommene og ferdighetsopplæring sammen med familien hver uke. Sammen med terapeutene setter ungdommene seg noen tydelige mål de ønsker å oppnå med behandlingen. Så jobber de aktivt med motivasjon for å nå disse målene.

– Parallelt med terapien lærer både ungdommene og foreldrene nye mestringsteknikker, og det undervises i temaer som mellom-

Behandlingen innebærer både individuell terapi for ungdommene og ferdighetsopplæring sammen med familien hver uke

– Vi så at DBT hjalp ungdommene til å ta kontroll over selvskadingen og finne nye måter å mestre utfordringene de møter i livene sine

menneskelige ferdigheter, krisehåndtering, emosjonsregulering, mindfulness og måter å håndtere typiske tenåringsutfordringer på i familier, forklarer forskeren.

I sin avhandling viser Tørmoen at DBT ble godt akseptert av både behandlere og pasienter i barne- og ungdomspsykiatrien.

– Vi så at DBT hjalp ungdommene til å ta kontroll over selvskadingen og finne nye måter å mestre utfordringene de møter i livene sine.

– Vi kan påvirke selvskadingsatferd

Forskergruppen til Tørmoen undersøkte også om DBT var en mer effektiv behandling enn annen behandling ungdommene fikk i spesialisthelsetjenesten, som kognitiv terapi, psykodynamisk eller eklektisk behandling.

– Studien er den første i sitt slag i verden, for det er ingen forskere som tidligere har sammenlignet DBT-behandling med annen spesialistbehandling av suicidal ungdom som selvskader, i en randomisert kontrollert studie. Innen psykoterapiforskning er suicidalitet gjerne et kriterium for å utelate noen fra studien, sier Tørmoen.

Studien viste at ungdommene i DBT rapporterte mindre selvskading og en reduksjon i selvmordstanker enn ungdom som gikk i vanlig behandling. I tillegg ble de vurdert til å ha færre depressive symptomer enn ungdommene i vanlig behandling.

– Det å jobbe direkte mot selvskading kan føre til raskere bedring for pasientene. I tillegg får de verktøy til å håndtere problemer på andre måter, forteller forskeren.

Tørmoen mener DBT eller andre lignende behandlinger bør være ett av tilbudene i psykisk helsevern, og at DBT-behandlingen er så godt beskrevet at den er mulig å lære for terapeuter.

– Det er viktig at vi vet at vi kan påvirke selvskadingsatferd. Behandlere, ungdommer og deres familier kan få god behandling i psykisk helsevern dersom slike behandlingsmetoder settes i system og tilbys, avslutter Tørmoen.

REFERANSE

Anita J. Tørmoen: *Self-harm among adolescents: From identification to tailored treatment*. Doktorgradsavhandling ved Universitetet i Oslo



Behandling av ungdom med selvskadingsproblematikk

Ungdom som skader seg selv med vilje oppgir ofte også å ha forsøkt å ta sitt liv. Få av disse ungdommene oppgir å ha hatt kontakt med hjelpeapparatet, men for de ungdommene som faktisk kommer i kontakt med barne- og ungdomspsykiatri (BUP) kan behandling med Dialektisk Atferdsterapi for ungdom (DBT-A), som er direkte rettet mot å redusere selvskading og suicidalitet, være nyttig.

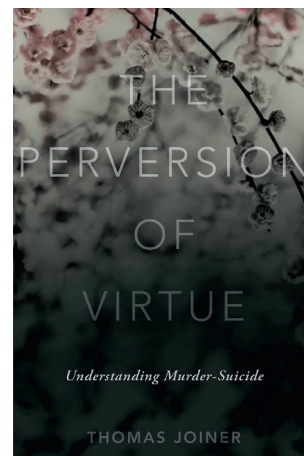
I sin avhandling *Self-Harm among Adolescents: From Identification to Tailored Treatment* har Anita Johanna Tørmoen og kolleger undersøkt sammenhengen mellom selvskading og selvmordsforsøk hos skoleungdom og sett nærmere på deres opplevelse av samtidige plager, og kontakt med hjelpeapparatet. Avhandlingen viser videre at implementering av DBT-A for ungdom var gjennomførbart, og metoden ble godt akseptert av både behandlere og pasienter i BUP. Hvorvidt behandlingen er mer effektiv enn vanlig behandling ble for første gang studert i en randomisert kontrollert studie. Ungdommene som fikk DBT-A rapporterte mindre selvskading og reduksjon av selvmordstanker, og ble vurdert til å ha færre depressive symptomer enn ungdom som gikk i vanlig behandling.

Hovedfunnene i avhandlingen er at selvskading og selvmordsforsøk ofte opptrer sammen og at mange ungdom ikke kommer i behandling. DBT-A synes å være en lovende og effektiv behandling.

– Det er viktig at vi vet at vi kan påvirke selvskadingsatferd, sier forsker Anita Johanna Tørmoen. Foto: Øystein Horgmo, UiO.

The perversion of virtue. Understanding murder-suicide

Anmeldt av Kim Larsen



THOMAS JOINER
**The perversion of virtue.
Understanding murder-suicide**
Oxford University Press, 2014
254 sider
ISBN: 978-0-19-933455-1

DE MEST HJERTESKJÆRENDE

selvmordsrelaterte mediereportasjene er saker hvor for eksempel en far dreper sin familie eller sin ekskone og eventuelt hennes nye kjæreste og deretter utfører selvmord. Mord-selv mord er heldigvis sjeldent. I USA er det estimert en rate på 0,25 (tilfeller pr. 100 000). Dette er som forventet ut fra amerikansk mordstatistikk høyere enn gjennomsnittet i resten av verden, hvor det er estimert til en rate på 0,15. To prosent av alle selvmord i USA er mord-selv mord. Når det gjelder mord er 75 prosent av ofrene menn, mens for mord-selv mord er 75 prosent av de som blir myrdet kvinner. Mord-selv mord har en større overvekt av menn som gjerningspersoner enn både mord og selvmord separat; 90 prosent av de som utfører mord-selv mord er menn.

Som tittelen gir uttrykk for, ser Joiner mord-selv mord som resultat av en pervertert oppfatning av i utgangspunktet høyverdige verdier; barmhjertighet, rettferdighet, pliktfølelse og heroisme. Et eksempel kan være en far som står i fare for å miste omsorgsretten og som myrder sine barn og deretter utfører selvmord, og som i et selvmordsbrev forklarer at han har

«reddet dem fra å lide i en fiendtlig verden og fra å falle i hendene på moren og hennes terrorregime». En slik pervertert logikk, i dette tilfellet av verdien «barmhjertighet», har ofte selvmordet som forutsetning og utleder at gitt selvmordet vil barnas situasjon være slik at døden er å foretrekke, ifølge gjerningsmannen. En variant med perversjon av verdien rettferdighet er ofte mord på mannens ekskone (og eventuelt dennes nye mann), eller også mord-selv mord på arbeidsplasser/skoler hvor man hevner seg for angivelige oppakkumulerte urettferdigheter.

Forfatterens plan med boken er å «take us on a journey that involves understanding murder

Joiner ser selvmord som det primære i mord-selv mord og mener at selvmordsforebygging også er mord-selv mordsforebygging

per se, suicide per se, their convergence in often horrible incidents of murder-suicide, the essence and

types of virtue, and crucially, how the perversion of virtue is the *sine qua non* of genuine murder-suicide» (s. 5, uthevinger i originalen). Boken er delt inn i tre deler. I del én får vi en innledning med definisjoner og beskrivelser av forskjellige typer mord-selv mord og opplysninger om utbredelsen, og deretter ett kapittel hver om mord, selvmord og verdier («virtues»). I del to analyserer og fortolker Joiner ved hjelp av teori og forskning detaljerte eksempler på saker som involverer mord-selv mord, relatert til de verdiene jeg nevnte innledningsvis. I del tre beskriver han hvilke implikasjoner han mener sitt perspektiv vil kunne ha i klinisk praksis.

Joiner ser selvmord som det primære i mord-selv mord og mener at selvmordsforebygging også er mord-selv mordsforebygging. Han hevder på bakgrunn av dette at en derfor i enhver selvmordsrisikovurdering også bør kartlegge personens risiko for og tilbøyelighet til vold mot andre, samt også vurdere personens opptatthet av perverterte versjoner av de nevnte verdier. Men, hvordan kan en gjøre dette uten at det blir et gigantisk malapropos i den kliniske situasjonen? Et eksempel på tilnærming overfor

en pasient som ikke samarbeider i et intervju er følgende: «It appears to me that something is on your mind, but I see that you don't want to talk about problems. Let's shift gears then and change the topic altogether. What if we talked for a while about the positive? In particular, I would be interested to know your views on positive qualities like honor, justice, mercy, duty, and heroism» (s. 198–199). Denne delen om å la selvmordsrisikovurderinger også inneholde en voldsrisikovurdering, selv om den følger av Joiners system, vil lett kunne innebære å blåse nytt liv i forestillingen om selvmord som primært knyttet til aggressive motiver (Menninger, 1938). Det er ingen tvil om at det finnes selvmord med markante aggressive islett, men jeg vil mene at Shneidman (1985; 1993) har mer rett når han hevder at det mest typiske emosjonelle landskap ved selvmord ikke er aggresjon, men mer maktesløse emosjoner som fortvilelse, angst, håpløshet, meningsløshet, etc. Dette er Joiner selv også enig i, men det at den kliniske undersøkelse av selvmordsrisiko også alltid skal inneholde en kartlegging av aggresjon mot andre, vil i praksis bidra til å etablere en forestilling om en knytning mellom selvmord og aggresjon.

Av nåtidige suicidologiske teoretikere har jeg en oppfatning av Joiner som den som er mest forelsket i sin egen teori og som derved går inn i en slags fortolkningsmessig overdrivelse når han skal fremstille teori og forskning i det øvrige suicidologiske fagfeltet; noe å la det man i attribusjonpsykologien kaller bekreftelsesstrategier. Nå er det slett ikke uvanlig i vitenskapen å favorisere sin egen teori (det er påfallende få eksempler på at en som har sammenlignet forskjellige psykoterapisystemer har kommet til den konklusjonen at hans eget system ikke er best), men etter min mening legger Joiner inn et ekstra gir på dette området. Etter å ha lest alle Joiners bøker mener jeg også å se en utvikling her. Den første boken *Why people die by suicide* (2005) er mer undrende og åpen i

Av nåtidige suicidologiske teoretikere har jeg en oppfatning av Joiner som den som er mest forelsket i sin egen teori

formen, men via *Myths about suicide* (2010) og *Lonely at the top: The high cost of men's success* (2011) til den foreliggende bok virker det som Joiner blir suksessivt mer sikker på fortreffeligheten av sin egen teori om at de primære motiver bak selvmord er en opplevelse av å være en byrde («perceived burdensomeness») og manglende tilhørighet («twisted belongingness»), kombinert med oppøvet evne til å påføre seg selv alvorlig skade. Han kan fastslå som sannheter og entydigheter forhold som er mye omdiskutert i suicidologien. Viktige eksempler er hans påstander om at: A. 100 prosent av selvmordene skyldes psykisk lidelse. (Der det ikke oppfattes slik, er det fordi det dreier seg om subkliniske manifestasjoner som omgivelsene ikke oppfatter). B. Personer som utfører selvmord har vanligvis ikke alkohol i blodet. C. Selvmord er ikke impulsive. (De oppfattes bare slik. Joiner bruker her meteoritten som metafor: Den virker overraskende akkurat i det den treffer jorden, men før dette har den brukt lang tid på sin ferd; det er bare den siste delen som virker overraskende.) Disse tre viktige momentene er alle forhold som er mye omdiskutert i suicidologien, men det hopper Joiner lett over.

Når jeg leser Joiner, får jeg en beklemmende følelse av at han presser teori og empiri inn i sitt kategorisystem på en anstrengt og Prokrustes-aktig måte, samt også utelater relevant teori og empiri som ikke passer inn uten at han kommenterer det. La oss ta et enkelt eksempel som illustrasjon: Joiner argumenterer slik om sammenhengen mellom egoisme, selvmord og psykopati: «People with psychopathy (a callous, uncaring, deeply irresponsible attitude toward others) are, of all the people with mental disorders, the most selfish. If suicide were about selfishness, it would then follow

that psychopaths would have quite high rates of suicide. But they have among the lowest» (s. 93). Han gir ingen referanse til forskning. I stedet henvises det til en påstand i Hervey Checkleys bok *The mask of sanity* (1941). Denne argumentasjonen er typisk Joiner; i et empirisk spørsmål hvor han kunne ha referert til forskning, glipper han unna ved å henvise til en ubegrunnet påstand som kilde.

Vil dette si at boken er verdiløs? Neppe. Heldigvis har Joiner et visst metaperspektiv og medgir at hans konseptualisering av mord-selv mord er noe spekulativ. Dessuten er det så lite litteratur om dette dypt tragiske feltet at selv rudimentære og spekulative bøker er velkomne ved at de kan sette temaet på dagsorden og ha en heuristisk funksjon ved å generere forskning og teori. *The perversion of virtue. Understanding murder-suicide* må imidlertid leses både med et kritisk blikk og med grundig kunnskap om suicidologisk teori og forskning slik at en ikke blir offer for forfatterens ensidige fremstilling, og kan avsløre hvilke snarveier han tar i fremstillingen av suicidologisk teori og forskning for å få den til å passe med sine teoretiske kjeppheter.

REFERANSER

Checkley, H. (1941). *The mask of sanity*. St. Louis: Mosby.

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. London: Harvard University Press.

Joiner, T. (2010). *Myths about suicide*. London: Harvard University Press.

Joiner, T. (2011). *Lonely at the top. The high cost of men's success*. London: St. Martin's Press.

Menninger, K. (1938). *Man against himself*. London: Harcourt Brace Jovanovich.

Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: Regina Ryan.

Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache. A clinical approach to self-destructive behavior*. London: Jason Aronson.

9. nasjonale konferanse om selvmordsforskning og -forebygging



Følelser og selvmordsatferd

27. og 28.
november
2017

Radisson Blu Scandinavia Hotel, Oslo

Vi inviterer til å høre ledende internasjonale foredragsholdere så vel som nasjonale fagfolk, pårørende, brukere og etterlatte sette fokus på følelsenes plass i suicidologi.

- Delta og bidra selv i parallellsesjoner
- Hør paneldebatt med viktige stemmer fra selvmordsforskning og forebyggingsfeltet
- Opplev noe nytt, ikke bare lytt: Delta på sosialt arrangement – morgenmindfulness og matopplevelse på kvelden

Programkomitéen: Anita J. Tørmoen, PhD (leder), prof. Lars Mehlum, prof. Ingeborg Rossow, Giulia Caruso fra LPP og Oddrun Bøhlerengen fra LEVE.

www.nasjonal-selvordskonferanse.no

NSSF  Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging



UiO  Universitetet i Oslo

Den fastlåste sorgen – komplisert sorg

Av Ina Bekkevold-Jernberg



Behandling av komplisert sorg (Complicated Grief Treatment, CGT) er en manual- og evidensbasert behandling utviklet av Dr. Katherine Shear, professor i psykiatri ved Columbia University i New York. Komplisert sorg forekommer hos om lag syv prosent av alle som opplever tap av nærstående. Det er betydelig høyere forekomst hos foreldre som har mistet barn, samt ved plutselig og voldsom død.

Etter at først hennes mor og så far var gått bort, og huset der hun hadde stelt for dem var blitt tomt, ble det som om ingenting kunne flyttes eller kastes. I altfor lang tid brukte hun alle krefter på å holde tanker og følelser i sjakk og gikk som forstenet omkring i huset uten å få gjort noe



LARS MEHLUM
er Professor dr med, CGT-lærer
og leder av Nasjonalt senter for
selvmordsforskning og -forebygging

Skal man behandle sorg? Er ikke sorg en naturlig reaksjon på en unaturlig situasjon?

L: Sorg er en del av livet, og er helt normalt å oppleve når man mister noen. De fleste opplever at sorgen blir mindre over tid. De fleste får den støtten de trenger i sorgen fra sine venner og nærmeste, og en del får hjelp gjennom sorggrupper. Men det vil altså være en ikke helt liten andel som får problemer med tilhelingsprosessen og som utvikler komplisert sorg.

– Et tegn på komplisert sorg er at sorgen fortsetter med uforminsket styrke over lang tid. Jeg vil si at det generelt sett er et større problem at personer blir gående i denne tilstanden i mange år, enn at noen oppsøker hjelp for tidlig. Det er viktig å være klar over at komplisert sorg kan ha svært negativ påvirkning på andre medlemmer i en familie. Hva skjer for eksempel med et barn, i en slik situasjon hvor omsorgspersonen ikke klarer å komme ut av sorgen? Det er liten tvil om at det kan føre til store konsekvenser for den psykiske helsen til de nærstående.

Behandler CGT depresjon også? Hva med PTSD?

L: Nei, komplisert sorg er en egen psykisk lidelse. Den har mange likhetstrekk med både depresjon og PTSD, men det er også mange forskjeller og disse lidelsene skal ha forskjellig behandling.

I hvilken stilling kan en kliniker ha bruk for CGT-utdanningen?

L: Når vi tar opp kandidater på vår CGT-utdanning, krever vi at vedkommende må være i behandlingsaktivitet, altså ha pasienter i noen grad, og ha interesse for psykoterapi. Du kan ikke lære deg en ny behandlingsmetode uten å praktisere den. Man må aller helst ha vært i kontakt med problematikken i tidligere klinisk praksis, men om du jobber som avtalespesialist, på DPS/BUP, i kommunehelsetjenesten, i sorggrupper, eller er en fastlege med erfaring med og interesse for å drive psykoterapi, så vil denne utdannelsen være aktuell for deg. *Les mer på www.uio.no/cgt.*

Hvordan kjenne igjen komplisert sorg?

Dersom en person har mer enn tre av de følgende symptomer i mer enn seks måneder etter en nær persons dødsfall, kan de lide av komplisert sorg:

- sterke følelser av lengsel etter avdøde
- intens følelse av å være ensom, selv i selskap med andre
- sterke følelser av sinne eller bitterhet relatert til dødsfallet
- følelse av at livet er tomt eller meningsløst uten avdøde
- tenker så mye på avdøde at det forstyrrer handlinger eller relasjoner til andre
- sterke følelser av vantro om dødsfallet eller store vanskeligheter med å akseptere dødsfallet
- føler seg sjokkert, lamslått, omtåket eller følelsesmessig nummen
- vanskeligheter med å bry seg om eller stole på andre
- følelse av å være veldig emosjonelt eller fysisk aktiv når man blir konfrontert med tapet
- unngå mennesker, steder eller ting som kan minne om tapet
- sterk trang til å se, ta på, høre eller lukte på ting for å føle seg nær avdøde

*Kilde: Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, UiO,
www.selvmord.no*



I første time av behandlingen fremstod hun uvasket og uflidd, og helt avstengt. Etter få uker i behandling ble hun likevel i stand til å kjenne på tapet og savnet og etter ytterligere 3 måneder var hun tilbake i vanlig funksjon



VALBORG SANDVOLD BERTELSEN
er CGT-terapeut og jobber
på familievernkontor

Hvordan har utdannelsen i behandling av komplisert sorg påvirket din kliniske praksis?

V: I jobben min som familietерапевт har jeg begynt å tenke i et litt annet spor i mange saker, etter denne utdannelsen. Jeg opplever også å ha flere redskaper til å jobbe med sorgproblematikk generelt.

– Tryggheten CGT-manualen gir meg er veldig god, den er evidensbasert og hvis jeg føler meg litt på viddene, så er den så grei å gå tilbake til og se på. Det at det er manualbasert oppleves ikke som en tvangstrøye for meg, men mer som en ramme og et sted jeg går for å hente inspirasjon. Jeg er mye tryggere på hva jeg kan ta opp i tilknytning til tapet, og er tryggere på å ikke vekke noe som ikke skal vekkes.

Hva opplever du som virksomme momenter i behandlingen?

V: Mye brukt i terapien hos meg er skjemaene hvor man registrerer hva som kan gjøre deg litt lykkeligere – hvor kan du dra og hva kan du gjøre for å føle deg bra en stund?

– Jeg har også veldig god erfaring med å bruke teknikken med å gå tilbake til tapet som utløste sorgen og nøste litt for å finne historien, det narrative, rundt hendelsen. Jeg har sett at det kan være nyttig for en del pasienter. Vi tenker oss sammen tilbake, detaljert, og stopper opp for å finne følelsen i den situasjonen, og det er viktig å tørre å bruke litt tid på det.

Bruker du metoden for barn og ungdom?

V: Jeg bruker ikke nødvendigvis hele CGT-manualen for yngre mennesker. Men i min kliniske hverdag med mye familietерапевт, støter jeg jo på foreldre som kommer med barna sine. Opplevelsen min er at det er veldig mye sorgproblematikk i familier, et brått dødsfall berører jo hele familien. For eksempel, i ett tilfelle hadde jeg individualtimer med barnet, og i tankene gikk vi sammen tilbake til dødsdagen til far. Vi fokuserte på å prøve å huske detaljer for dødsdagen, fordi det kan hjelpe til med å prosessere opplevelsen i større grad.

Bruker du denne tilnærmingen på alle som kommer til deg med sorgproblematikk?

V: Jeg vil, faktisk, si at jeg bruker deler av denne tilnærmingen på alle mine pasienter med en sorgproblematikk. Nå som jeg har tatt utdannelsen og føler meg trygg nok på metoden resulterer det i en kunnskap, en tenkning som smitter over på annet arbeid jeg gjør med sorgproblematikk.



Praktisk selvmordsforebygging

Anmeldt av Lars Mehlum

NORSKE LÆREBØKER om forebygging av selvmord kommer ikke ut hvert år. I antologien *Praktisk selvmordsforebygging* har et knippe erfarne fagfolk satt sammen tekster som søker å gi en praktisk innføring i selvmordsforebygging med leger, sykepleiere, psykologer og annet helsepersonell som målgruppe. Dette er ingen lett oppgave siden selvmordsforebygging er et så vidt fagfelt med tallrike teoretiske og praktiske innfallsvinkler. At det fortsatt er mangel på sikker kunnskap om hvilke tiltak som har effekt i praksis og for hvem, er også en utfordring for bokens mange anbefalinger som svært ofte må baseres på skjønn eller indirekte evidens.

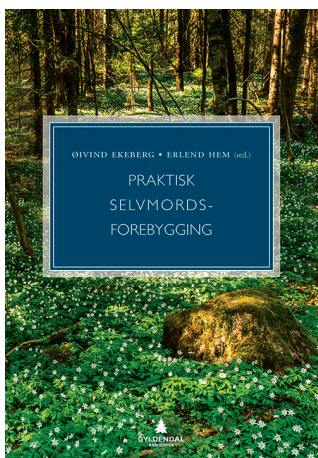
Klinisk vurdering av selvmordsrisiko er et av de svært aktuelle og omdiskuterte temaene som tas opp i boken. Her dukker utfordringene straks opp blant annet ved at begrepene «prediksjon» og «vurdering» blir blandet sammen. Dette støter man ofte på i debatten om hvorvidt det er realistisk og hensiktsmessig å legge så mye innsats i selvmordsrisikovurdering. Det er en utbredt

Det er en utbredt misforståelse blant mange klinikere at vurdering av selvmordsrisiko skulle ha som mål å predikere selvmord

misforståelse blant mange klinikere at vurdering av selvmordsrisiko skulle ha som mål å predikere selvmord, hvilket er umulig på bakgrunn av dagens kunnskapsstatus. Målet er derimot blant annet å etablere et mer informert grunnlag for valg av behandling og for å kunne avgjøre hvilke undergrupper av pasienter det er behov for å øke sikkerheten for i en avgrenset periode. Et annet problem i kapitlet om selvmordsrisikovurdering er at man dessverre bruker den noe foreldete tilnærmingen å liste opp risikofaktorer i stort antall, men uten å redegjøre for deres relative betydning og for hvordan man regner med at de virker. For eksempel er «eldre» og «andre somatiske lidelser» inkludert i

en liste over de viktigste risikofaktorene for selvmord, hvilket verken er empirisk holdbart eller særlig nyttig informasjon i en bok om *praktisk selvmordsforebygging*. Omtalen av «beskyttende faktorer» er også noe uheldig. Dette er faktorer som i beste fall kan redusere risikoen for selvmord. Men det ville være feil å hevde at de beskytter mot selvmord, og det er viktig at klinikere er klar over den begrensede effekten som slike faktorer ofte har. Hvis ikke kan de komme til å undervurdere den samlede risikoen for selvmord.

Praktisk selvmordsforebygging inneholder heldigvis ikke bare omtale av statistiske risikofaktorer, men gjør også forsøk på å sette risikofaktorene sammen i forklaringsmodeller som kan gi en dypere forståelse. Det ligger i sakens natur at slike teoretiske modeller må få en begrenset plass i en praktisk rettet bok. Likevel synes denne anmelderen at psykologiske modeller for forståelse av selvmordsatferd er litt for overflatisk beskrevet og at teoretisk stoff som de fleste i dag ville anse for foreldet (Shneidmans



ØIVIND EKEBERG &
ERLEND HEM (RED)
Praktisk selvmordsforebygging

Gyldendal Akademisk, 2016
236 sider
ISBN: 9788205494732

teori) får en stor del av den knappe plassen som er viet til dette temaet i boken, mens mer oppdaterte teorier får liten eller ingen plass. Også biologiske årsaksfaktorer eller mekanismer blir omtalt i boken, selv om dette naturlig nok får begrenset plass. Når det gjelder omtalen av genetiske faktorer har det nok gått litt for fort i svingene når forfatterne hevder at det ikke er «noen holdepunkter for at noen har med seg en arvelig disposisjon for å ta livet sitt (s. 127)». Sannheten er at selv om genetiske faktorer ikke forklarer en stor andel av risikoen for suicidal atferd og selv om det dreier seg om polygen arvegang, er genetiske risikofaktorer påvist, og de har sin virkning også uavhengig av den risikoen som er knyttet til det å ha en psykisk lidelse (Antypa, Serretti, & Rujescu, 2013; Turecki, 2014).

Praktisk selvmordsforebygging har naturlig nok sitt hovedfokus nettopp på forebygging i praksis og gir mange greie anbefalinger og råd. Men ikke alle råd er like godt oppdaterte. I avsnittet «Kan pasientene forplikte seg til ikke å ta livet

sitt?» (s. 137–8) gjentas tidligere anbefalinger om å inngå en avtale der pasienten forplikter seg til ikke å ta livet sitt fram til neste timeavtale. Det anføres at «... dette er noe man gjør for å sikre pasienten og ikke for at behandleren skal føle seg trygg». Det opplyses imidlertid ikke hvordan en slik avtale skal kunne sikre pasienten, og det er da heller ikke noen evidens for at slike avtaler har noen forebyggende effekt. Slike anbefalinger er fjernet fra de fleste andre oppdaterte tekster og lærebøker i emnet.

Det er behov for en bok som *Praktisk selvmordsforebygging*. Den foreliggende utgaven kunne med fordel vært mer oppdatert og gjennomarbeidet.

LITTERATUR

- Antypa, N., Serretti, A., & Rujescu, D. (2013). Serotonergic genes and suicide: a systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol*, 23(10), 1125–1142. doi: 10.1016/j.euroneuro.2013.03.013
- Turecki, G. (2014). The molecular bases of the suicidal brain. *Nat Rev Neurosci*, 15(12), 802–816. doi: 10.1038/nrn3839

Leserbrev

Sylvia Plath ble helt bra med elektrokonvulsiv terapi (ECT) 21 år gammel og kunne vært reddet av en ny serie 9 år senere.

EIVIND NORMANN-EIDE har en fin framstilling av skjønnlitterære selvmord i Suicidologi nr. 1/2016 (Normann-Eide, 2016), men i omtalen av Sylvia Plath (1932–63) kommer ikke den positive effekten av elektrokonvulsiv terapi (ECT) fram.

Plath fikk to ECT-serier (Bergsholm, 2017; Egeland, 1997/2004; Kellner, 2013; Kirk, 2004). Den første ble gjort poliklinisk fra 29. juli 1953, uten narkose og muskelavslappende medisin (umodifisert ECT), og den ble fulgt dårlig opp. Sannsynligvis var doseringen for lav fordi hun ikke ble umiddelbart bevisstløs, men merket behandlingen uten å vise bedring. I september ble hun innlagt på McLean Hospital i Massachusetts. Der fikk hun god kontakt med dr. Ruth Beuscher, som hun gikk i psykoterapi hos og var nært knyttet til resten av livet.

Beuscher klarte å overtale henne til en ny ECT-serie, som ble gjort med narkose og muskelavslappende medisin (modifisert ECT). Hun fikk en kort serie fra 15. desember fram til jul og ble raskt fullstendig bra (Kirk, 2004). Hun var tilbake ved Smith College i februar 1954, skrev sin avhandling, gjennomførte en strålende eksamen og hadde et aktivt sosialt liv (Middlebrook, 2003).

«Sjokkbehandling» er det dramatiske høydepunktet i Plaths selvbiografiske roman *The Bell Jar* (Middlebrook, 2003; Plath, 1963/1974), kjent som *Glassklokken* på norsk. Hovedpersonen Esther Greenwoods beskrivelse av den første ECT-behandlingen er ofte sitert av ECT-motstandere (Fink, 2016):

Så var det noe som bøyde seg ned og grep tak i meg og ristet meg som verdens undergang. Iii-ii-ii-ii, skingret det, mens luften gnistret av blått lys, og for hvert glimt fikk jeg et voldsomt støt, helt til jeg trodde knoklene mine skulle knekke og saften fly ut av meg som av en kløvd plante. Jeg lurte på hva for noe forferdelig jeg hadde gjort. (Kapittel 12)

Men Esther ble senere innlagt og informert om ECT av sin unge kvinnelige psykiater: «Jeg fortalte doktor Nolan om maskinen, og de blå lynene, og ristingen og bråket. Mens jeg fortalte, ble hun veldig stille. – 'Det var et feilgrep', sa hun så. 'Det er ikke meningen at det skal være slik.' – Jeg stirret på henne. – 'Hvis det gjøres skikkelig,' sa doktor Nolan, 'er det som å sovne.'» (kapittel 15). Opplevelsen etter behandlingen er beskrevet slik: «All opphisselsen og redselen var skylt bort. Jeg følte meg overraskende rolig. Glassklokken hang og svevde noen få fot over hodet mitt. Jeg var åpen for den sirkulerende luften. 'Det var slik jeg sa det kom til å være, ikke sant?' sa doktor Nolan – 'Jo.' – 'Det kommer alltid til å være slik,' sa hun fast.» (kapittel 18). Dette har ikke vakt samme interesse som skrekkbildet av den første, umodifiserte ECT-serien.

Sylvia Plath hadde temmelig sikkert en bipolar lidelse. Men hun fikk ingen alvorlig depresjon igjen før i slutten av desember 1962. Den kom, som i 1953, etter en usedvanlig energisk periode med lite søvn. Hun var full av livsgnist og planer. I en to-måneders periode, alene med

to barn, skrev hun førti dikt og romanen *Glassklokken*. Hun skrev med rette i sin dagbok: «Jeg er et geni av en dikter; jeg har det i meg. Jeg er i ferd med å skrive mitt livs beste dikt; de kommer til å skaffe meg et navn» (Egeland, 1997/2004).

Da depresjonen satte inn forsto mange at det var alvor. Dessverre var hun i London og kunne ikke få hjelp av dr. Beuscher. Hennes lege besøkte henne daglig og forsøkte å få til innleggelse, men fant ikke plass. Kvelden før selvmordet forsøkte venner å få henne og barna til å overnatte hos dem. ECT har rask effekt på alvorlige selvmordstanker (Fink, et al., 2014) og kunne ha reddet hennes liv.

REFERANSER

- Bergsholm, P. (2017). *Sylvia Plath recovered completely by electroconvulsive therapy at the age of 21 and might have been saved by another series nine years later*. JECT, 33, i trykk.
- Egeland, M. (1997/2004). *Sylvia Plath*. Trondheim: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fink, M. (2016). *Bearing witness: personal and poetic descriptions of seizure therapy*. JECT, 32(1), 13–6.
- Fink, M., Kellner, C. H., & McCall, W. V. (2014). *The role of ECT in suicide prevention*. JECT, 30(1), 5–9.
- Kellner, C. H. (2013). *Electroconvulsive therapy (ECT) in literature: Sylvia Plath's The Bell Jar*. Prog Brain Res, 206, 219–28.
- Kirk, C. A. (2004). *Sylvia Plath: a biography*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Middlebrook, D. (2003). *Her husband: Hughes and Plath - a marriage*. New York: Penguin Books.
- Normann-Eide, E. (2016). *Skjønnlitterære selvmord*. Suicidologi, 21(1), 10–7.
- Plath, S. (1963/1974). *Glassklokken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Per Bergsholm

Overlege dr. med.

Førde sentralsjukehus

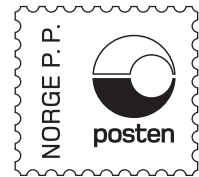
DPS Dag (Psykiatrisk poliklinikk)

De fleste konferansene har egne nettsider. Se NSSFs nettsted selvmord.no, kurs og konferanser, for mer informasjon.

Møter, kurs og konferanser

Hele året	Vivat-kurset «Førstehjelp ved selvmordsfare» holdes gjennom hele året på ulike steder i Norge.
7.–8. juni	Kurs i klinisk suicidologi for leger og psykologer som arbeider med barn og ungdom, Oslo
18.–22. juli	XXIX IASP World Congress, Kuching (Sarawak), Malaysia
10. september	Verdensdagen for selvmordsforebygging
16.–18. oktober	Kurs i klinisk suicidologi for leger og psykologer som arbeider med voksne, Oslo
5.–8. november	IASR/AFSP – International summit on suicide research, Las Vegas, Nevada
27.–28. november	9. nasjonale konferanse om selvmordsforskning og -forebygging, Oslo

Returadresse: Universitetet i Oslo
Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
Sognsvannsvn. 21
Bygning 12
0372 Oslo



- 4 Den medisinske selvmorderen i individualismens tid**
Av Lars Johan Materstvedt
- 11 Dikt: Vårkveld i mars**
Av Inger Hagerup
- 12 Selvmordsrisiko hos personer med somatiske lidelser**
Av Ping Qin
- 18 Effektiv behandling etter suicidförsök**
Av Jan Beskow
- 20 Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelser grunnet villet egenskade etter Basal Eksposeringsterapi (BET)**
Av Jan Hammer, Kristoffer Ludvigsen, Didrik Heggdal, Roar Fosse
- 28 Ny behandling reduserer selvskading hos ungdom**
Av Julie Nybakk Kvaal
- 30 Bok: The perversion of virtue. Understanding murder-suicide**
Anmeldt av Kim Larsen
- 33 Den fastlåste sorgen – komplisert sorg**
Av Ina Bekkevold-Jernberg
- 36 Bok: Praktisk selvmordsforebygging**
Anmeldt av Lars Mehlum
- 38 Leserbreve**
Av Per Bergsholm