



Antiterapeutiske effekter ved selvmordsforebyggende tiltak

**Psykologspesialist Kim Larsen
Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region Øst.
(RVTS/Ø).
Psykiatrisk akuttavdeling, Sykehuset Østfold.**

Sykehuset Østfold,
Psykiatrisk akuttavdeling.
1603 Fredrikstad.
E-mail: kim.larsen@so-hf.no

Antiterapeutiske effekter ved selvmordsforebyggende tiltak.

Psykologspesialist Kim Larsen,

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging,
region Øst. (RVTS/Ø).

Psykiatrisk akuttavdeling, Sykehuset Østfold.

Innledning.

Selv mord er et notorisk vanskelig fenomen å predikere. Dette skyldes flere forhold. For det første forekommer selvmord ytterst sjeldent, også i en populasjon hvor de fleste risikofaktorene er tilstede. Selvmord er paradoksalt så lavfrekvent at en vil oppnå best prediksjon på lang sikt ved å predikere at det **aldri** inntreffer! Dette kan illustreres på følgende måte: Dersom en skulle predikere utfallet i et eksperiment som viste tilfeldig presenterte lysglimt av forskjellig farge hvor for eksempel 98 prosent av lysglimtene var røde og de to resterende prosent blå ville en i det lange løp oppnå best prediksjon ved alltid å predikere at lysglimt vil være rødt, i stedet for forut for hvert enkelt lysglimt å predikere enten rødt eller blått.

En vet mye om selvmordsraten i **populasjoner**, men vet ikke **hvilke individer** som kommer til å begå selvmord (Motto, 1999; Motto & Brostrom, 1990). Selv om det finnes mange kjente risikofaktorer for selvmord på **populasjonsnivå** er det svært vanskelig å benytte disse risikofaktorene til en treffsikker prediksjon på **individnivå**. Det å slutte fra data på populasjonsnivå til individnivå innebærer et logisk sprang som i metodelæren kalles økologiske feilslutning (Stanovich, 2004). Risikofaktorene har på individnivå både lav

spesifisitet og sensitivitet. Lav spesifisitet skaper ”falske positive”; de personer vi tror kan komme til å begå selvmord men som ikke gjør det. Lav sensitivitet skaper ”falske negative”; de personer som vi tror ikke kan komme til å begå selvmord, men som likevel gjør det (Magnus & Bakketeig, 2003).

La oss se på noen eksempler som får frem vanskeligheten med å vurdere selvmordstilbøyelighet på individnivå. Pokorny (1983; 1993) anvendte i en studie en rekke risikofaktorer på journalene til 4800 pasienter som hadde vært innlagt på psykiatrisk avdeling ved Houston Veterans Administrations Hospital i en analyse av selvmordsrisiko. Denne gruppen hadde en selvmordsrate på 279 pr. 100 000. Dette er ca. 12 ganger høyere enn Vietnamveteraner generelt. Til sammenligning er selvmordsraten i Norge på ca. 11 pr. 100 000. Ved anvendelse av risikofaktorer klarte Pokorny (1993) å plukke ut 35 av 63 personer som hadde begått selvmord. Det å klare å plukke ut ca. halvparten av selvmordene høres isolert ut som et akseptabelt resultat, helt til en opplyser om at han for å oppnå denne treffsikkerheten også plukket ut 1206 falske positive!

Dette medfører følgende pessimistiske konklusjon når det gjelder den kliniske nytten av risikofaktorene: ”Risk factors for suicide have low sensitivity and specificity and therefore have limited clinical utility....accurate prediction of the majority of suicides without an unacceptable high false-positive rate is not possible....**Consequently, services may have to accept that many patients need to be targeted to prevent a few suicides.** (Appleby et. al. 2005. s 140. Mine uthevinger).

Baudelot & Establet (2008) gir også treffende uttrykk for vanskelighetene med å predikere selvmord ved å koble sammen ytterpunktene av risikobildet knyttet til variablene kjønn og

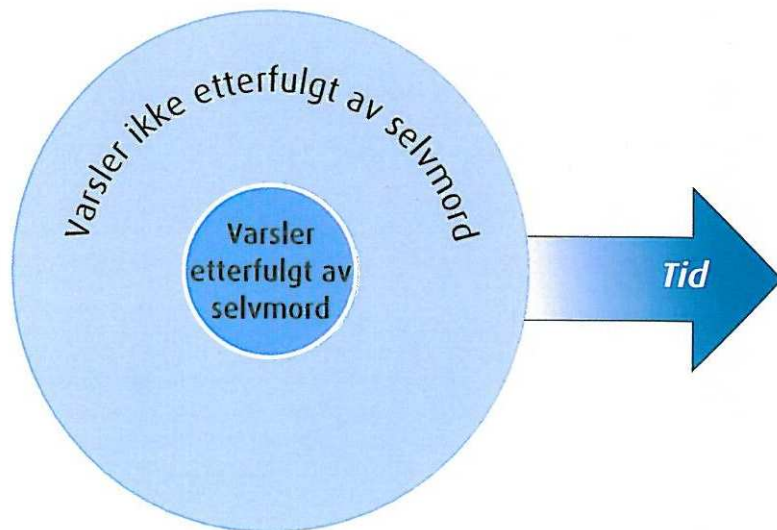
alder. De sammenligner selvmordsdata for eldre menn med data for yngre kvinner i Frankrike. Menn over 75 år har en selvmordsrate på 151 pr. 100 000, mens kvinner på 20 år har en selvmordsrate på 2,6 pr. 100 000. Dette kan se ut som en voldsom forskjell i frekvens. Men dersom en endrer fellesnevneren til 1000 i stedet for 100 000 og i stedet for å se på raten for selvmord ser på sannsynligheten for **ikke** å begå selvmord får en følgende regnestykke: Menn over 75 år vil ha en sannsynlighet på 998,5 av 1000 for ikke å begå selvmord, mens kvinner på 20 år vil ha en tilsvarende sannsynlighet på 999,9 av 1000. Dette vil si at forskjellen på den høyeste og den laveste risikokombinasjonen av kjønn og alder kun er på ca. 1,5 sjanser av 1000! (Baudelot & Establet, 2008. s. 190).

Disse og andre forhold knyttet til prediksjon av selvmord er det vanskeligere å erkjenne dersom en etter at selvmordet er et faktum i et retrospektivt perspektiv leter etter årsaker, tegn og utløsende hendelser, enn om en i et prospektivt perspektiv skal vurdere faren for selvmord. Søren Kierkegaard sa at "livet leves forlengs, men forstås baklengs". Sjelden ser en denne innsikten mer treffende anvendt enn akkurat her. Selvmordstanker er en forutgående faktor for selvmordet. Det er imidlertid også slik at selvmordstanker er svært utbredt og kan ha en terapeutisk og trøstende funksjon, noe som grovt begrenser deres prediksjonsverdi. Hvor mange mennesker har ikke tenkt på selvmord som en mulighet en eller annen gang i livet, men samtidig vært svært langt unna å gjøre det? Forekomsten av selvmordstanker i løpet av livet hos ungdom i U.S.A. er funnet å være mellom ca. 40 og 60 prosent (Meehan et. al. 1992; Rudd, 1989; Smith & Crawford, 1986), og en undersøkelse av et stratifisert utvalg av den voksne populasjonen i byen Calgary i Canada viste en lignende livstidsforekomst av selvmordtanker (Ramsay & Bagley, 1985). Nietzsche kommenterer selvmordstankenes trøstende funksjon slik: "Tanken på selvmord er en stor trøst; med den kan en komme seg

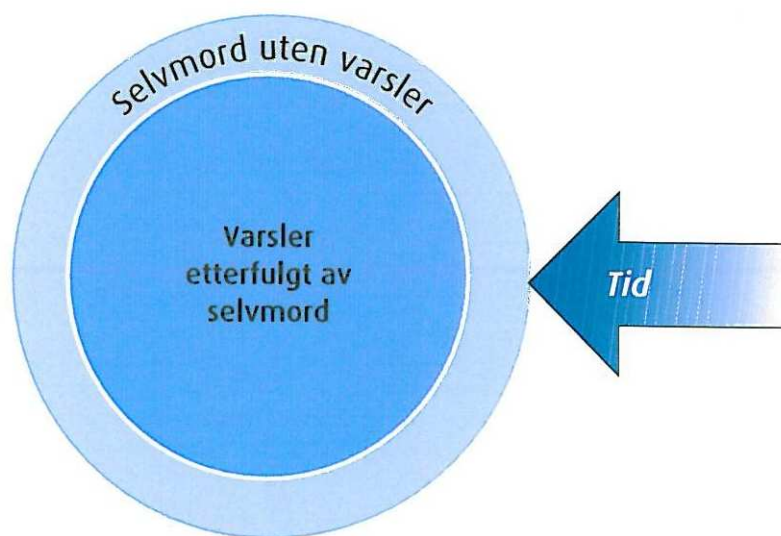
velberget gjennom mang en tung natt.” (Referert i Retterstøl, 2003. s. 114), og Cioran (1974) skriver at ”Uten muligheten for selvmord hadde jeg tatt livet av meg for lenge siden.”. Henrik Wergeland på sin side finner trøst i at ”Dødens Arme staae jo altid aabne” (Referert i Retterstøl et. al. 2002, s. 54).

Ca. 70 prosent av de som begår selvmord gir forutgående varsler om det, samtidig som de fleste ”varsler” **ikke** ender i selvmord. Denne relasjonen er ypperlig illustrert av Shneidman (1996). Et prospektivt perspektiv på relasjonen mellom varsler og selvmord kan fremstilles som en stor sirkel med en svært liten sirkel inne i seg. Den lille sirkelen representerer de tilfellene hvor et varsel om selvmord ble etterfulgt av selvmord og den store sirkelen de tilfellene hvor varsler ikke ble etterfulgt av selvmord. Et retrospektivt perspektiv vil derimot kunne fremstilles som to nesten like store sirkler hvor den innerste sirkelen representerer de 70 prosent av selvmordene hvor det var forutgående varsler, mens den ytterste sirkelen (som kun er 30 prosent større) representerer de selvmordene hvor det ikke var forutgående varsler. Sett i relasjon av denne markante perspektivforskjellen er det ikke så rart at det ofte kan oppstå mangel på forståelse eller konflikt mellom personer som har et prospektivt perspektiv (leger, psykologer, miljøpersonale) og personer som har et retrospektivt perspektiv (pårørende, dagspressen). Ut fra et retrospektivt perspektiv kan det se ut som om selvmord er langt lettere å predikere enn de er; 70 prosent ble jo tross alt ”varslet”. Problemet er bare at dersom en ser prosessen prospektivt ender de aller fleste av varslene i ”ingenting”, mens et lite fåtall etterfølges av selvmord. Det er noe ”nåla i høystakken”- aktig over å skulle vurdere/predikere selvmord basert på varsler, mens det er en vurdering som i ettertid synes nærmest overtydelig opplagt. Den samme logikken gjelder også de andre risikofaktorene for selvmord.

Prospektivt perspektiv



Retrospektivt perspektiv



Figur 1. Etter Shneidman, 1996. s. 56-57.

Figur 1. Etter Shneidman, 1996. s. 56-57.

Konsekvensen av de karakteristika ved selvmordsrisikovurdering som er nevnt er at en blir nødt til å akseptere det uunngåelige ved å måtte operere med et stort antall falske positive og falske negative i vurderingene. Dette bevirker selvsagt også at treffsikkerheten i tiltakene blir lav. Dersom man som følge av Pokornys (1993) analyse skulle iverksette tiltak for å forhindre selvmord, ville det være nødvendig å sette i gang tiltak overfor 1241 personer for å forhindre 35 selvmord. Da forutsetter man i tillegg at tiltakene har en 100 prosent effekt, noe som langt fra er tilfelle.

Selvmordsforebyggende tiltak vil således ha store kostnader, både i form av økonomiske kostnader og i form av ulemper, ubehag og andre negative effekter for de personene hvor det etter en vurdering om at det foreligger selvmordsfare er igangsatt selvmordsforebyggende tiltak, men hvor personen uansett ikke ville ha begått selvmord ("falske positive"). Dette er kostnader vi må akseptere; de ligger innebygget i situasjonens grunnlagspremisser. Vi må likevel monitorere dem for å vurdere om de kan nå et uakseptabelt høyt kostnadsnivå både økonomisk og menneskelig, og om de har uheldige effekter i forhold til den øvrige behandlingen pasienten får. Selvmordsforebygging er en fasett av den totale pasientbehandlingen, om enn en viktig fasett. Som eksperter i selvmordsforebygging må vi også være vare for pasientens totale behandlingssituasjon og se selvmordsforebygging i lys av denne. Vi må være oppmerksomme på de dysfunksjonelle aspekter som selvmordsforebyggende tiltak kan ha for den totale behandlingen. Det er det vi nå skal se på.

Mulige uheldige konsekvenser av selvmordsforebyggende tiltak.

Vi kan grovt sett tenke oss tre forskjellige typer relasjoner mellom selvmordsforebyggende tiltak og den øvrige behandlingen av pasienten. Vi kan tenke oss en trafikklysmetafor her og benevne kategoriene grønt, gult og rødt henholdsvis:

Uproblematisk (Grønt). Den mest godartede varianten vil være når tiltak som forebygger selvmord går sammen med en generell heving av kvaliteten på helsetjenester.

Litt problematisk (Gult). Dersom tiltak for å forebygge selvmord også innebærer en ulempe, ubehag eller har en behandlingsmessig uheldig effekt for deler av gruppen som omfattes av tiltaket. Ut fra det vi til nå har sagt om treffsikkerheten i selvmordsvurderinger og om antallet falske positive og falske negative vil det ligge i kortene at de fleste selvmordsforebyggende tiltak vil falle i denne kategorien.

Problematisk (Rødt). Dersom selvmordsforebyggende tiltak også kan øke sannsynligheten for selvmord for deler av gruppen som omfattes av tiltaket.

Grønt:

Medisinering.

Forandring av medisinering av psykopatologiske tilstander som har elevert selvmordsrisiko; særlig affektive lidelser og ofte ledsagende tilstander som angst, agitasjon, insomnia, etc. ved overgang til preparater som er mindre toksiske. I forhold til angst, mildere depresjon og insomnia var disse tilstandene tidligere medisinert med barbiturater, en svært toksisk medisin (Kringlen, 1980. s. 245) som da ikke overraskende ble epidemisk benyttet til selvmord (Clare, 1976, s. 350). Barbiturater er nå erstattet av andre og langt mindre toksiske preparater, som for eksempel benzodiazepiner (Kraup Taylor, 1989; Kringlen, 1980, s. 498). Når det gjelder den lidelse som står for totalt sett de fleste selvmordene, affektive lidelser, er de mer toksiske monoaminoksydasehemmerne og tricykliske antidepressiva erstattet av de langt mindre toksiske selektive serotoninreopptaksinhibitorer (SSRI) og lignende preparater (Kringlen, 1980; 2001, s. 246/249). En kan diskutere virkningen av de respektive preparatene, for eksempel om tricykliske antidepressiva fungerer best ved dypere depresjoner eller om SSRI-

preparater demper suicidalitet hurtigere etc. Det som er sikkert er at både depresjonsbehandling og behandling av angsttilstander er blitt utført med stadig mindre toksiske preparater (Verkes & Cowen, 2000).

Fastlegeordningen.

Amerikanske tall viser at ca. 70 prosent av eldre som begikk selvmord oppsøkte sin fastlege ("primary care physician") i måneden før selvmordet, og at ca. 35 prosent oppsøkte fastlegen i uken før selvmordet (Pearson, 2000). Tall fra Finland indikerer at selvmord eksplisitt var diskutert i ca. 20 prosent av de tilfellene hvor pasienten hadde oppsøkt legen samme dag som selvmordet hadde funnet sted (Isometsa et. al., 1995). Jamison (1999) oppsummerer denne forskningen slik: "...nearly a third of those who kill themselves visit a physician in the week before they die, and more than half do so in the month prior to committing suicide. Most do not say they are suicidal and most are not asked" (s. 269). Det kan således være mye å hente på å lære opp fastlegene i bedre depresjonsbehandling, for eksempel slik det ble gjort i det såkalte Gotlands-programmet (Rutz, 1992). Fastlegeordningen har også den funksjon at den fører til større kontinuitet i lege-pasientforholdet. Dette vil være en ubetinget fordel i forhold til å vurdere selvmordsrisiko; kjennskap til typiske mestringsstrategier og personlighetsegenskaper er vesentlig for å kunne vurdere selvmordsrisiko (Shneidman, 1985; 1993).

Opplæring, agendasetting, informasjons- og holdningsarbeid.

Den nasjonale planen for selvmordsforebygging (Statens helsetilsyn, 1995) sammen med den generelle Zeitgeist har medført at selvmord er satt på dagsorden i langt større grad enn før. Nye "Vær varsom"-regler for omtale av selvmord i pressen søker å mildne det tabu og den stigmatisering som er knyttet til selvmord (Kjelling-Nybø, 2007). Det foreligger nasjonale retningslinjer for selvmordsforebygging (Sosial og helsedirektoratet, 2008). De regionale

ressurssentra for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har undervisning og kompetanseheving som en sentral del av sine arbeidsoppgaver (Se f.eks RVTS/Ø, 2007; 2008; 2009)

Landsorganisasjonen for etterlatte etter selvdød (LEVE) gjennomførte i 2006 en landsomfattende holdningskampanje om selvmord.

Disse tiltakene vil medføre en større bevissthet om selvmord i samfunnet generelt samt bidra til høyere kvalitet på vurderinger av selvmordsfare i helsevesenet.

Behandlingskjeder.

Samarbeid mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten ved utskriving av pasienter som har vært innlagt i sykehus etter selvpåført forgiftning/skade etter den såkalte Bærumsmodellen (Bærum kommune, 2006; Statens helsetilsyn, 1996) vil også være et eksempel på et grønt tiltak (Sykehuset Østfold, 2008a; 2008b).

Gult.

De fleste av de mest benyttede selvmordsforebyggende tiltak vil finnes innenfor denne kategorien. Forskjellige regimer for overvåkning som kontinuerlig observasjon eller intervallobservasjon, samt begrensninger i tilgang til selvmordsmetoder for inneliggende pasienter vil være åpenbare eksempler. De fleste tiltakene i denne kategorien vil ha fire typer negative effekter:

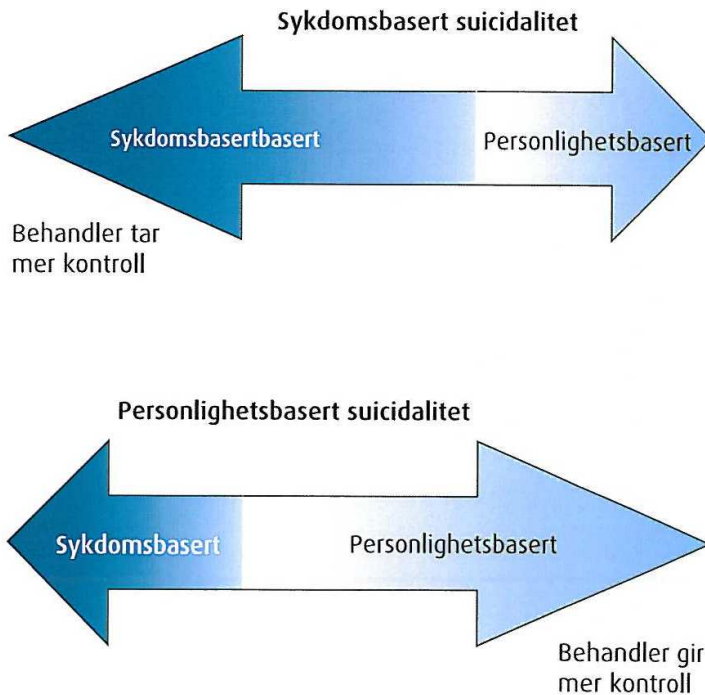
1. Økonomiske kostnader. Dette er alle personalintensive tiltak med høye økonomiske kostnader.

2. Tiltakene kan medføre et personlig ubehag i form av for eksempel frihetsbegrensing eller intimitetsoverskridelse.
3. Tiltakene kan ha en uheldig signaleffekt i retning av ansvarsfraskrivelse og umyndiggjøring og kan virke regresjonsfremmende på pasienten. De kan også resultere i en håpløs maktkamp mellom pasient og behandler. Noe av dette er en generell fare i alle hjelpetiltak (Brickman et. al., 1982), men en ser det ofte i ”full blomst” ved selvmordsforebyggende tiltak av denne type (Henden, 2009, s. 141/145). Kontinuerlig observasjon er vel det tiltaket som lettest kan resultere i denne typen antiterapeutiske effekter (Bowles et. al., 2002; Duffy, 1995; Neilson & Brennan, 2001).
4. Tiltakene kan benyttes mer for personalets skyld enn for pasientens.. Det suicidale språk virker meget sterkt på omgivelsene, også på behandlere og personale. Det kan lett bli slik som Jobs (2006) beskriver at ”the clinician becomes the paralyzed deer in the suicidal headlights of the patient” (s. 70). Selvmordsadferd fører også ofte til intense motoverføringsreaksjoner (Maltsberger & Buie, 1974). En står da i fare for at varianter av frihetsinnskrenkende og custodiale tiltak benyttes for personalets egen del og ikke for pasientens. Personalets motiver kan variere fra å dekke seg selv i en økende grad juridisk fokusert psykiatri (”jeg brukte iallefall de tiltak jeg kunne – det er i hvert fall ikke min skyld”), til å ”straffe” pasienten i en tilsynelatende terapeutisk begrunnet motoverføringsreaksjon.

Denne siste faren er spesielt stor ved personlighetsforstyrrelser, særlig borderline, hvor kortsiktige selvmordsforebyggende tiltak lett kommer i konflikt med langsiktige terapeutiske målsettinger (Davis et. al., 1999; Paris, 2004) og hvor tiltakene også kan aksentuere sekundærgevinstproblematikk. Pasienter med personlighetsbasert patologi, særlig borderline personlighetsforstyrrelse, er kroneksempelen på at frihetsinnskrenkende og custodiale tiltak kan ha iatrogene effekter, samtidig som selvmordsforekomsten ved disse tilstandene ikke er så

veldig elevert. Man kan si det slik at det er en pasientgruppe som har et svært høyt nivå av suicidal språk og gester, men som i forhold til dette har en relativt lav selvmordsforekomst (selv om den er forhøyet i forhold til den generelle befolkning). De kan bruke det suicidal språket som et middel til å tvinge frem (kortsiktige) forandringer i livssituasjonen på en dramatisk måte som ofte oppleves som manipulerende av omgivelsene. Terskelen for å bruke slike tiltak bør derfor være vesentlig høyere enn ved mer temporære og sykdomsbaserte tilstander som affektive lidelser, for eksempel dyp depresjon. Den selvmordsforebyggende effekt av frihetsbegrensende og custodiale tiltak vil her være høyere samtidig som de iatrogene effektene vil være mindre. Dette forholdet mellom personlighetsbasert patologi versus sykdomsbasert patologi og konsekvensen for igangsetting av kontrollerende tiltak er illustrert på figuren nedenfor:

Terskel for kontrollerende tiltak avhengig av pasientens problematikk



Figur 2. Etter The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention, 1999. s. 31. "Determining level of intervention from basis of suicidality".

Figur 2. Etter The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. 1999. s. 31. "Determining level of intervention from basis of suicidality".

Konflikten mellom kortsiktige selvmordsforebyggende tiltak av frihetsbegrensende og custodial karakter og langsiktige terapeutiske tiltak er også aksentuert ved poliklinisk behandling ved andre typer tilstander som angsttilstander og tilstander med et høyt subjektivt lidelsestrykk. Vurderingen kan i dette tilfellet også være komplisert av rusbruk og de konsekvenser dette har for å utløse impulsive selvmordshandlinger. Tiltak som for eksempel innleggelse i psykiatrisk sykehus gir en kortsiktig selvmordsforebyggende effekt, men kan

undergrave langsiktige terapeutiske målsettinger ved at det kan virke regresjonsfremmende og ansvarsfraskrivende og kan påvirke pasientens selvbylde på en negativ måte. En vil her måtte leve med en elevert selvmordsrisiko for ikke å ødelegge de langsiktige terapeutiske målsettinger. I dette kliniske dilemma er det ikke mulig å oppnå begge hensyn samtidig, både optimal selvmordsforebygging og optimal psykoterapi; dilemmaet har slektskap med spill av non-zero-sum-typen (Rapoport & Chammah, 1965) og ”social traps” hvor kortsiktige og langsiktige konsekvenser er i konflikt (Platt, 1973). Det beste av to onder blir ofte at en må leve med en elevert selvmordsrisiko i polikliniske behandling av pasienter med kronisk selvmordsproblematikk, slik det er beskrevet i Nasjonale retningslinjer, ”Om kronisk suicidalitet” (s. 25-26).

Rødt.

Det er riktig å spørre om selvmord direkte. Dette er nok blitt gjort i for liten grad tidligere i behandlingsapparatet, sannsynligvis fordi det er ubehagelig for oss som behandlere og fordi det oppleves som intimitetsovertråkkende og alt for personlig. En misforståelse (kanskje for å rettferdiggjøre å unnlate å spørre) er at det å spørre om selvmord vil øke sannsynligheten for selvmord ved å ”sette personen på tanken”, ”så ideen om selvmord” etc. Spredningseffekter er kjent ved mediaomtaler av selvmord (Schmidtke & Schaller, 2000). Disse forekommer **ikke** ved individuelle samtaler fordi personer med et høyt lidelsestrykk vil ha hatt selvmordstanker. Derfor vil spørsmål om dette ha en umiddelbar resonans hos personen selv; det at den som spør har ”tatt mot til seg” og vært innstilt på å ta det personlige ubehaget det å stille et slikt spørsmål ofte innebærer oppfattes av pasienten korrekt som at man bryr seg og viser empati. Det er således riktig å praktisere en regel om å spørre alle om selvmordstanker (Sosial og helsedirektoratet, 2006, s. 11).

Det er imidlertid kan spørre om er hvorvidt det for en liten undergruppe av pasienter kan være negative effekter ved å spørre om selvmord. Dette vil i tilfelle være en undergruppe av pasienter som **ikke** har hatt selvmordstanker. I en krise, som ofte er til stede ved en innleggelse eller ved henvisning til poliklinisk behandling, bevirker at en blir mer suggestibel og gjør at en blir mer var for omgivelsenes reaksjoner som cues for sitt selvbylde og sin identitet (Gruenberg, 1967; Scheff, 1966. s. 88-92). Dersom en tenkt ikkesuicidal men suggestibel person får inntrykk av at personalet er veldig opptatt av suicidalitet kan det i skjeldne tilfeller tenkes å forhøye selvmordsrisikoen. Personen kan i sin situasjon tenke at ”riktignok opplever jeg den vanskeligste perioden i mitt liv, men selvmord!, - kan det virkelig være så ille?” Bare en innleggelse i seg selv opphever personens vante rammer og kan medføre økt suggestibilitet overfor cues i omgivelsene (Larsen, 1985, s. 45; Theophilakis, 1974, s. 124; Scheff, 1966, s. 88-92)

Forskning om hvordan forventninger og cues i omgivelsene påvirker både selvoppfatning og adferd kommer ikke primært fra klinisk psykologi, men fra sosialpsykologien. Ett eksempel er Mark Snyders forskning som viser at personer som har forventninger til en annen persons adferd ”låser” dennes adferd ved (delvis ubevisst) å benytte hypotesebekreftende strategier i møtet med personen (Snyder, 1981, Snyder & Swann, 1978); slik som i eksperimentet hvor menn hadde telefonsamtaler med antatt stygge eller antatt pene kvinner og hvor det om de trodde at kvinnen var pen eller stygg skapte en helt forskjellig adferd også hos kvinnen selv (Snyder et al, 1977). Andre eksempler er Martin Ornes forskning om hvordan forventninger og cues i omgivelsene som er tilstede i sosialpsykologiske eksperimenter kan påvirke forsøkspersonene i en selvoppfyllende dynamikk (Orne, 1962), og Rosenthal & Jacobsons (1968) forskning om hvordan læreres (falske) forventninger influerte på elevenes prestasjoner. Eksempler fra klinisk psykologi finnes også. Rivera & Sarbins bok **Believed-in-imaginings.**

The narrative construction of reality (1998) gir mange tankevekkende eksempler på hvordan en slik selvoppfyllende dynamikk også kan skapes i psykoterapi. Dette temaet kan studeres som et spesialtilfelle av W.I. Thomas teorem: "If men define situations as real, they are real in their consequences". La meg understreke at tilfeller hvor det å spørre om selvmord kan øke selvmordsfaren er unntakstilfeller, noe en bør ta hensyn til kun i spesielle tilfeller når en skal vurdere personer med høy suggestibilitet kombinert med antatt lav suicidalitet. Yngre ungdom kan være et eksempel på en gruppe som innehar dette karakteristikum. Dette er også grunnen til at man må utvise stor varsomhet med undervisningsprogrammer om selvmord i skolen da slike programmer lett kan ha uønskede bieffekter (Gould, 2008; Schaffer & Gould, 2000).

Konklusjon.

Enhver profesjon har sine egne "tvilnormer"; en regel om at en i tvilstilfeller skal la tvilen konsekvent få et bestemt utløp. En forsøker å unngå visse typer av feilbeslutninger, og for å unngå disse må en akseptere "motsatte" feilbeslutninger som et nødvendig onde. En kan si at det er i akkurat disse situasjonene profesjonene viser sitt "sanne ansikt" i forhold til å synliggjøre profesjonens etiske grunnlag og loyaliteter (Larsen, 2006). En ser dette tydelig i kontrasten mellom den juridiske og den medisinske vitenskap, som har diametralt motsatte tvilnormer. Det verste utfall av en juridisk prosess er at uskyldige blir dømt, og det er for å unngå dette at en er villig til å gå langt den andre veien, nemlig å la skyldige gå fri. Tvilen skal systematisk komme tiltalte til gode. En tolererer her "falske negative", men ikke "falske positive". I den medisinske vitenskap er det motsatt; her vil det verste utfallet være en medisinsk tilstand som ikke ble diagnostisert og behandlet, og hvor personen kunne ha vært reddet dersom tilstanden var blitt oppdaget og behandlet. I medisinen er tvilnormene derfor

motsatte: ”hvis i tvil, henvis til videre undersøkelse og diagnostisering”. Det ubehaget og de merutgifter som blir påført de som senere viste seg å være friske ved videre undersøkelser lar seg rettferdiggjøre i lys av det potensielt fatale utfallet som kunne ha inntruffet for de som ikke ble diagnostisert, men som kunne ha vært hjulpet ved behandling. Man aksepterer således ”falske positive” men ikke ”falske negative”. I forhold til selvmordsforebyggende tiltak vil vi legge oss på en aksentuert versjon av de medisinske tvilsnormene. Dette synes rimelig i lys av at selvmord og død er det verst tenkelige og irreversible utfall på et behandlingsforløp. (”Alle tenkelige terapeutiske tiltak må forventes å ha en dårlig effekt hvis pasienten er død”). Uten å akseptere ”falske positiver” og ulike kostnader knyttet til dette vil en ikke kunne drive selvmordsforebygging i praksis. Et visst antall ”falske positiver” er uunngåelig og ligger innbakt i situasjonens struktur slik jeg har skissert. Det er et grunnleggende premiss at det aksepteres. På den annen side må man også være bevisst at disse kostnadene **kan** nå et uakseptabelt nivå, og at man hele tiden må vurdere selvmordsforebyggende tiltak opp mot den totale behandlingmessige konteksten for pasienten. Selvmordsforebyggende tiltak er ikke noe som skjer i et vakuum. I en tid hvor selvmordsforebyggende tiltak er blitt satt markant på dagsorden kan en stå i fare for at de for ensidig blir vektlagt og at de derved ikke står i proporsjon til øvrige tiltak. Selvmordsforebyggende tiltak er en fasett i den totale behandlingen, om enn en viktig fasett, og må vurderes i lys av den totale behandlingmessige kontekst. Økende bevissthet om antiterapeutiske effekter av selvmordsforebyggende tiltak vil bidra til å bedre en slik vurdering.

Referanser:

Appleby, L. et. al. (2005). Making mental health services safer. I Keith Hawton (Red). **Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice**. Oxford:Oxford University Press. Kap. 9. Ss. 139-160.

Baudelot, C. & Establet, R. (2008). **Suicide. The hidden side of modernity**. Cambridge: Polity Press.

Brickman, P. et. al. (1982). Models of helping and coping. **American Psychologist**, **37**, 368-384.

Bowles, N. et. al. (2002). Formal observations and engagement:a discussion paper. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, **9**, 255-260.

Bærum kommune. (2006). **Bærumsmodellen 1984-2007**. Årsrapport 2006.

Cioran, E.M. (1974). **The new Gods**. New York: Quadrangle books. Også sitert i Fred S. Shapiro (Red). **The Yale book of quotations**. New Haven: Yale University Press. 2006. s. 156.

Clare, A. (1980). **Psychiatry in dissent. Controversial issues in thought and practice**. London: Tavistock Publications.

Davis, T., Gunderson, J.G., Myers, M. (1999). Borderline personality disorder. I Douglas G. Jacobs (Red): **The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention**. New York: Wiley & Sons. Kap. 18. Ss. 311-331.

Duffy, D. (1995). Out of the shadows: a study of the special observation of suicidal psychiatric in-patients. **Journal of Advanced Nursing**, **21**, 944-950.

Gould, M. (2008). **Preventing teen suicide: a review of school-based strategies**. Plenarforelesning på 12th European symposium on suicide and suicide behaviour. August, 2008. Glasgow, Scotland.

Gruenberg, E.M. (1967). The social breakdown syndrome – some origins. **American Journal of Psychiatry**, **123**, 1481-1489.

Hawton, K. & Williams, K. (2005). Media influences on suicidal behaviour: evidence and prevention. **Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice**. Oxford: Oxford University Press. Kap. 18. Ss. 293-306.

Henden, J. (2009). **Preventing suicide. The solution focused approach**. Chichester: John Wiley & Sons.

Isometsa, E. et. al. (1995). The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? **American Journal of Psychiatry**, **152**, 919-922.

Jamison, K.R. (1999). **Night falls fast. Understanding suicide**. New York: Random House.

- Jobes, D.A. (2006). **Managing suicidal risk. A collaborative approach.** London. Guilford Press.
- Kraupl - Taylor, F. (1989). The damnation of benzodiazepines. **British Journal of Psychiatry, 154**, 697-704.
- Kringlen, E. (1980). **Psykiatri.** 3. reviderte utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kringlen, E. (2001). **Psykiatriens samtidshistorie.** Oslo: Universitetsforlaget.
- Larsen, K. (1985). **Labeling-teorien: En empirisk og teoretisk evaluering.** Hovedoppgave. Oslo: Psykologisk institutt.
- Larsen, K. (2006). Rett person på rett plass: Psykologiske vurderinger av personlig egnethet i forhold til attføringstiltak. **Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43**, 323-329.
- Magnus, P. & Bakketeig, L.S. (2003). **Epidemiologi.** Oslo:Gyldendal. Tredje utgave.
- Maltsberger, J.T. & Buie, D.H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. **Archives of General Psychiatry, 30**, 625-633.
- Meehan, P.J. et. al. (1992). Attempted suicide among young adults: Progress toward a meaningful estimate of prevalence. **American Journal of Psychiatry, 149**, 41-44.
- Michel, K. (2000). Suicide prevention and primary care. I Keith Hawton & Kees van Heeringen (Red). **The international handbook of suicide and attempted suicide.** Chichester: John Wiley & Sons. Kap. 38. Ss. 661-674.
- Motto, J.A. (1999). Critical points in the assessment and management of suicide risk. I Douglas G. Jacobs (Red). **The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention.** London. Jossey-Bass. Kap. 12. Ss. 224-238.
- Motto, J.A. & Brostrom, A. (1990). Empirical indicators of near-term suicide risk. **Crisis, 11**, 52-59.
- Neilson, P. & Brennan, W. (2001). The use of special observations: an audit within a psychiatric unit. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8**, 147-155.
- Orne, M.T. (1962). On the social psychology of the psychological experiment: with particular reference to demand characteristics and their implications. **American Psychologist, 17**, 776-783.
- Paris, J. (2004). Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? **Journal of Personality Disorders, 18**, 240-247.
- Pearson, J.L. (2000). Suicidal behaviour in later life. I Ronald Maris et. al. (Red): **Review of suicidology, 2000.** London. Guilford Press. Kap. 9. Ss. 202-225.
- Platt, J. (1973) Social traps. **American Psychologist, 28**, 641-651.

- Pokorny, A.D. (1983). Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. **Archives of General Psychiatry**, **40**, 249-257.
- Pokorny, A.D. (1993). Suicide prediction revisited. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, **23**, 1-10.
- Ramsay, R. & Bagley, C. (1985). The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, **15**, 151-167.
- Rapoport, A. & Chammah, A.M. (1965). **Prisoner`s dilemma: a study of conflict and cooperation**. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Retterstøl, N. (2003). **I grenseland. Fra en psykiaters liv**. Oslo. Damm.
- Retterstøl, N. et. al. (2002). **Selvord - et personlig og samfunnsmessig problem**. Oslo: Gyldendal.
- Rivera, J.d. & Sarbin, T. (Red). (1998). **Believed-in-imaginings. The narrative construction of reality**. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Rosenthal, R. & Jacobson, L. (1968). **Pygmalion in the classroom: teacher expectations and pupils` intellectual development**. New York: Holt, Rinehardt, & Winston.
- Rudd, D. (1989). The prevalence of suicidal ideation among college students. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, **19**, 173-183.
- Rutz, W. et. al. (1992). Long-term effects of an educational program for general practioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. **Acta Psychiatrica Scandinavia**, **85**, 83-88.
- RVTS/Ø. (2007). **Årsrapport 2007**.
- RVTS/Ø. (2008). **Årsrapport 2008**.
- RVTS/Ø. (2009?). **Strategiplan 2009-2011**. Oslo:Aker universitetssykehus.
- Scheff, T.J. (1966). **Being mentally ill. A sociological theory**. New York: Aldine.
- Schaffer, D. & Gould, M. (2000). Suicide prevention in schools. I Keith Hawton & Kees van Heeringen (Red). **The international handbook of suicide and attempted suicide**. Chichester: John Wiley & Sons. Kap. 37. Ss. 645-660.
- Schmidtke, A. & Schaller, S. (2000). The role of mass media in suicide prevention. I Keith Hawton & Kees van Heeringen (Red). **The international handbook of suicide and attempted suicide**. Chichester: John Wiley & Sons. Kap. 39. Ss. 675-697.
- Shneidman, E.S. (1985). **Definition of suicide**. Oxford: Jason Aronson.

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

Shneidman, E.S. (1996). **The suicidal mind.** Oxford:Oxford University Press.

Smith, K. & Crawford, S. (1986). Suicidal behaviour among “normal” high school students. **Suicide and Life-Threatening Behavior, 16,** 313-325.

Snyder, M. (1981). On the self-perpetuating nature of social stereotypes. I D.L. Hamilton (Red). **Cognitive processes in stereotyping and intergroup behaviour.** Hillsdale: Lawrence Erlbaum. Ss. 183-212.

Snyder, M., Tanke, E.D. & Berscheid, E. (1977). Social perception and interpersonal behaviour. On the self-fulfilling nature of social stereotypes. **Journal of Personality and Social Psychology, 35,** 656-666.

Snyder, M. & Swann, W.B. (1978). Hypothesis-testing processes in social interaction. **Journal of Personality and Social Psychology, 36,** 1202-1212.

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

Stanovich, K.E. (2004). **How to think straight about psychology.** London: Allyn & Bacon. Sjuende utgave.

Statens helsetilsyn. (1995). **Prosjektplan og handling mot selvmord 1994-1998.** Statens helsetilsyn. (Skriftserie nr. 4).

Statens helsetilsyn. (1996). **Bærumsmodellen 1984-1994.** Statens helsetilsyn. (Skriftserie nr. 1).

Sykehuset Østfold. (2008a). **Utskriving av pasienter med selvpåført forgiftning/skade.** Prosedyre.

Sykehuset Østfold (2008b). **For fastleger.** Nyhetsbrev fra Sykehuset Østfold. Nr. 7, uke 43. August.

Theophilakis, M. (1974). **Skjulte sirkler. Erfaring fra behandling av barn og unge med adferdsvansker.** Oslo: Universitetsforlaget.

Verkes, R.J. & Cowen, P.J. (2000). Pharmacotherapy of suicidal ideation and behaviour. I Keith Hawton & Kees van Heeringen (Red). **The international handbook of suicide and attempted suicide.** Chichester: John Wiley & Sons. Kap. 27. Ss. 487-502.

Takk til førsteamanuensis Henning Herrestad ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging ved Universitetet i Oslo og til Selvmordsforebyggende team ved Regionscenter for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region Øst (RVTS/Ø) for verdifull tilbakemelding på en tidligere versjon av artikkelen. Takk til Fagbiblioteket ved Sykehuset Østfold som aldri slutter å overraske med å lokalisere selv de mest vanskelig tilgjengelige referanser.