

Låt oss bryta med suicidtabut!

Den kvalitativa bedömningen om patienten har eller inte har suicidtankar måste ersättas av den mer realistiska beskrivningen att patienten tänker på suicid och en förståelse av vilken nytta hon kan ha av det och vilka risker det medför. En förutsättning är att vi kan bryta det fortfarande starka suicidtabut, skriver Jan Beskow.

Suicidriskbedömningarna är ett bekymmer. Orsakerna är många, bl a suicidproblemets storhet och variation, kvarstående suicidtabun och förbisedd normalitet. Jag ska teckna en bakgrund och skissa vart vi sannolikt är på väg.

Trots att jag arbetat med suicidprevention i mer än 40 år är det först de två senaste åren som jag fattat vilket starkt grepp suicidtabut har över oss. Längre trodde jag att de välkända myterna, »Tala inte om suicid – det smittar!« eller »De som talar om det gör det inte, de som inte talar om det gör det« osv, var de vidmakthållande mekanismerna.

Sedan dess har jag upptäckt många fler:

- Räddningstjänsten, polisen, psykiatri och socialtjänsten i Jönköping har länge gjort gemensamma uttryckningar för att rädda suicidnära personer från höga hopp. En dag upptäckte de att detta var det enda område för vilket de saknade nedskrivna rutiner. De visste inte ens vem som hade beslutskapacitet. Varför var det så? Tidigare hade de inte ens tänkt på det. Detta startade det reformarbete som genomförts i Jönköping och som borde spridas till alla kommuner [1].
- När läkare diskuterar etik med anknytning till suicid är man inte intresserad av det verkligt stora etiska problemet, nämligen det faktum att det dör ca 1 500 människor i suicid varje år, därav 90 procent i en psykisk störning, eller att av dem med schizofreni eller bipolär sjukdom som gjort suicidförsök dör en

tredjedel förr eller senare i suicid [2]. En stark moralisk indignation hade varit nyttig för suicidpreventionens utveckling. Men den kommer inte. Man tänker inte på det som ett etiskt problem. Det man i stället intresserar sig för är om det är etiskt acceptabelt att de som ska dö inom några dagar eller en vecka ska få full lindring för sin smärta och ångest eller ej. Eller också hävdar man starkt den enskildes rätt att ta sitt liv. Det uppfattas som ett viktigt etiskt problem.

• Om detta har Ingvor Blom kloka ord att säga ur egen smärtsam erfarenhet. Ingvor har varit med sedan Västsvenska nätverket för suicidprevention startade 1997, det som vi nu försöker utveckla till Suicidprevention i Väst, ett regionalt center för suicidprevention. Hon vet vad hon talar om och har sedan länge övervunnit tabut: »Det är som att gå uppför ett brant berg och överraskas av en snöstorm. Man tappar orienteringen. Utmattad lägger man sig till sist ner. 'Nu ger jag upp!' Efter en stund reser man sig i vrede: 'Nej, jag ska fortsätta åtminstone en bit till!' Men till sist är krafterna helt slut. Man ger upp! Definitivt!« – Är det en verklig snöstorm kallar man det 'olycka', är det utmattning av psykisk smärta och trötthet säger man: »Hon ville ju dö! Vi måste försvara hennes rätt att välja döden!« Detta uppfattas som ett viktigt etiskt problem.

Jag säger inte att etiska frågor om eutanasi, palliativ vård och människans frihet att välja är oviktiga. Jag säger bara att i detta finns också ett undvikande beteende, ett sätt att slippa gå i närkamp med det faktum att många människor dör i onödan och att många faktiskt vill dö sig, därför att de inte ser någon annan utväg. Att öppet möta en sådan person kräver en väl utvecklad professionalitet [3].

Tabueringen ger oss ett torftigt språkbruk. Den mest framgångsrika meto-



Foto: Colourbox

Rädslan för suicid, för döden och för det kusliga faktum att jag själv kan välja döden före livet är en månghundraårig belastning.

den för suicidprevention har varit samma metod som använts vid kriminalitet: Avskräckning! Sedan 1 600 år har det varit förbjudet att beröva sig livet, ja, att ens tala om det. Detta förbud att tala har givit oss ett odifferentierat språkbruk. Många är rädda för att tala om suicid. De vet inte vad de ska säga. Tabueringen främjar också »kortslutningar«, dvs enkla, snabba slutsatser. Känslan av att egentligen inte förstå vad som händer och att inte ha fungerande verktyg är påfrestande. Den nya kunskap som finns om den suicidala processen ger mer detaljkunskaper men används ännu inte fullt ut. Vi sprattlar fortfarande i suicidtabueringens nät. Vi borde slå oss fria!

Tabueringen har också lett till ett begripligt fokus på livsfarlig suicidalitet, vilket dock medfört mindre förståelse för hur normal suicidalitet fungerar. Detta har bl a lett till att patienter söker dagen före sitt suicid, när de är svåra att hjälpa, i stället för tidigt i utvecklingen av den suicidala processen.

I hundratals år har man samlat kunskap om människans kropp: anatomi, fysiologi, normalitet, patologi – i den ordningen. Det är förstas meningslöst att mäta ett blodtryck om man inte känner till normalvärdena. Med våra psyken är



JAN BESKOW

pensionerad psykiater, vice ordförande i Suicidprevention i Väst, som tidigare hette Västsvenska nätverket för suicidprevention,

samt forskningschef vid Center för kognitiv psykoterapi och utbildning, Göteborg
jan.beskow@cognitivterapi.se

det annorlunda. Mer ingående kunskaper om normalitet har vi fått först under de senaste decennierna. Därför har patologin, avvikelserna, dominerat. Med DSM-systemet har antalet diagnoser starkt ökat i antal och därmed krätsjuka människor. Några tillstånd har tvärtom mot main stream återförts från patologi till normalitet.

Lätt väckta tankar på suicid borde höra dit. Att tänka på suicidalitet är nämligen både vanligt och normalt. Det behövs inte mer än en vanlig krätsjuka för att tanken ska dyka upp: »Jag vill döö!!« Exemplet illustrerar att suicidalitet är del i en *problemlösningstrategi*, som spänner över de mest skiftande livsproblem. Den suicidala processen genomgår ofta en lång utveckling, varvid såväl ångest i form av ältande/rumination och oro/worrying som depression och utmattning spelar stor roll [4], men även tvångsmässig suicidalitet och dissociation fram till den akuta, livsfarliga situationen.

Den kvalitativa bedömningen om patienten har eller inte har suicidtankar måste ersättas av den mer realistiska beskrivningen att patienten tänker på suicid och en förståelse av vilken nytta hon kan ha av det och vilka risker det medför.

Detta perspektiv leder till en ny definition: »Suicidalitet är att tänka på, planera och genomföra ett suicidförsök eller ett suicid, en fantiserad eller genomförd flykt av en människa som är så svårt plågad av livet att hon inte längre orkar bära det.« Att vara plågad av livet – det kan vara något banalt eller något svårt, ett psykiskt trauma eller ett olösligt psykosocialt problem. Ofta handlar det om psykisk sjukdom.

Att vara suicidal är höjden av utsatthet. »När du er suicidal er du som et døende menneske« [5] – det är som en cancer, som du plötsligt blir väldigt sjuk av. »Vi önskar bli bemötta med respekt, varsamhet och ödmjukhet.«

Även skattningsskalor bör handhas professionellt, dvs svaren måste värderas utifrån specialistens djupa erfarenhet av normala och patologiska uttryck för suicidalitet. Det innebär att den som gör en suicidriskbedömning, med eller utan skattningsskalor, måste:

1. Vara kompetent, dvs ha grundläggande kunskaper i suicidprevention inkluderande även det senaste decenniets forskningsframsteg inspirerade av kognitiv psykoterapi. Till detta hör att veta: – att det är normalt och ibland nyttigt att tänka på suicid

Rationell suicidprevention innebär att vi ser suicidalitet som vi ser alla andra problem, t ex hjärtsjukdomar eller trafikolycksfall, dvs evidensgrundat utan undvikandebeteenden.

- att suicidalitet är en problemlösningstrategi med överlevnadsvärde, men som kan övergå i livsfarlig psykopatologi
- att suicidalitet är en kognitiv process skild från men ofta samvarierande med psykisk störning, varvid suicidrisken ofta ökar dramatiskt
- att baslinjesuicidalitet bör beskrivas på ett differentierat sätt
- att ångest, bl a i form av ältande och framtidssoro, är viktigare bakgrundsfaktorer för suicidhandlingar än vi tidigare förstätt
- att långvarig suicidalitet ger en utsatthet för plötsliga triggers, som kan utlösa livsfarliga suicidhandlingar.

2. Ha förmåga att upprätta en terapeutisk allians med patienten. Skattningar ska göras inom ramen för en personlig relation mellan läkare/terapeut och patient. Att ersätta detta med mekaniska skattningar kan förstärka patientens upplevelse av utanförskap och öka risken för suicid. Detta hindrar inte att läkaren/terapeuten vid akuta suicidala episoder med hög suicidrisk måste göra snabba och kraftfulla ingripanden.

Lång erfarenhet av patologisk suicidalitet räcker inte eftersom den lätt leder till en patologisering av normala suicidala reaktioner. Många läkare och inte minst annan vårdpersonal vet detta av intuition och egen erfarenhet, men det behöver framhävas tydligare.

Finns inte dessa förutsättningar bör bedömningen överlåtas på en kompetent person med vana vid suicidriskbedömningar, inte nödvändigtvis en läkare. Kanske bör riskbedömningen utformas i två steg: screening vid misstanke om suicidrisk samt slutlig bedömning. Här finns ett stort behov av kompetensutveckling. Detta bör ske snabbt eftersom vikande tabuering med alla dess fördelar samtidigt är riskabel.

Rådslan för suicid, för döden och för det kusliga faktum att jag själv kan välja döden före livet är en månghundraårig belastning. Vår erfarenhet inom Suicidprevention i Väst är trots detta att de flesta läkare och terapeuter relativt lätt kan befria sig från denna förlamande

börda. Genom att möta människor som modigt sett döden i ansiktet men ändå valt livet, genom att sätta in suicidaliteten i sitt rätta sammanhang av ångest, depression och kränkning eller annan psykisk störning samt genom att utveckla ett mer nyanserat språk blir den mer begriplig och därmed mer hanterbar. Rationell suicidprevention innebär att vi ser suicidalitet som vi ser alla andra problem, t ex hjärtsjukdomar eller trafikolycksfall, dvs evidensgrundat utan undvikandebeteenden.

För övrigt anser jag att Sverige behöver regionala centra för suicidprevention. Både Norge och Danmark har vardera fem regionala centra. Dessa driver utbildnings- och utvecklingsprojekt i nära samarbete med avnämarna. Här föds intressanta forskningsidéer [6]. Hur ska vi kunna höja kompetensen inom suicidprevention för alla dem som arbetar inom hälso- och sjukvården, kommunerna, skolan, kyrkan osv om vi inte har människor som kan utbilda och utveckla suicidpreventionen på regional nivå?

Slutsats. Suicidproblemen är stora och komplicerade. En förutsättning för fortsatt utveckling av kunskaper om hela den suicidala processen från normalitet till livsfarlighet är att bryta det fortfarande starka suicidtabu. På sikt kommer detta att öka tryggheten i möten med suicidala personer och leda till en bättre fungerande suicidprevention.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Wibble T, Melin G, Petersson, Lagerqvist J. Samverkan mellan polis, sjukvård, SOS Alarm och räddningstjänst vid hot om suicid. Ett exempel från Jönköpings län. Karlstad: Myndigheten för samhällsskydd och beredskap; 2009. Publ nr MSB 0088-09. <http://www.msb.se>
2. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, Runeson B. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*. 2008;337:a2205.
3. Michel K, Maltzberger JT, Jobes DA, Leenaars AA, Orbach I, Stadler K, et al. Discovering the truth in attempted suicide. *Am J Psychother*. 2002;56:424-37.
4. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*. 2008;3:401-24.
5. »När du er suicidal er du som et døende menneske«. Ellen B Brodtkorb og Esben B-J Jaer intervjues av Dag Willy Tallaksen. *Suicidologi*. 2009;14(2):7. <http://www.selmord.no>
6. Schjelderup G, Andenæs R, Reinholdt NP. Selvmordsforebygging ved regionalt senter i helse-region øst i Norge. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2009;86:344-53. <http://www.socialmedicinsk-tidskrift.se>