

Själv- mords- försök eller avsiktlig själv- förgiftning

Ordvalet kan göra stor skillnad



SUSANNE RINGSKOG

VAGNHAMMAR, överläkare
psykiatri Universitetssjukhuset
MAS, Malmö; även knuten till
NASP, Nationellt centrum för
suicidforskning och prevention,
Stockholm
susanne.ringskog@tele2.se

Mannen framför mig är 38 år, lindrigt utvecklingsstörd och ensamboende. Hans ansikte är livlöst, hans blick är slocknad. »Jag har självmordstankar hela tiden«, säger han uttrycksöst. »Jag kan inte hjälpa det. Jag bara funderar på vad jag kan hitta att stoppa i mig så jag får ett slut på det här.« De mediciner den här patienten ordinerats får han inte handha själv längre efter att ha överdoserat flera gånger. För två veckor sedan hade han vårdats en kort period efter att ha druckit aceton.

Månaden innan hade det varit samma sak; då hade han hittat rengöringsmedel. »Jag har ätit en hel burk fluortabletter för en kvart sedan«, berättar han nu. »Jag vill inte leva.« Ny sjuktransport, ny psykiatrisk slutenvård. Inför hemskickningen efter tre dagar ringer personalen från avdelningen till oss på öppenvården: »Nu måste ni säga åt den här patienten att han slutar med de här nöjestripperna in till psyket.« Jag tänker på den här mannen när jag läser Göran Isacssons artikel i Läkartidningen [1], där han bland annat tar upp termen »upprepade självmordsförsök«. Han föreslår i stället uttrycket »upprepade självförgiftning« och skriver: »Avsikten är just att förgifta sig, inte att ta livet av sig.«

Ja, vad är avsikten? Flera forskare har undersökt om självmordsförsöket verkligen är uttryck för en önskan att dö. I en studie [2] jämförde man patienternas förklaringar av sina motiv med de skäl som deras närstående trodde var orsaken till handlingen. 89 patienter och deras närstående fick helt enkelt välja ett av tolv föreslagna alternativa motiv, såsom »självbestraffning«, »flykt«, »självmordsavsikt«, »att bestraffa andra«, med flera. 35 av patienterna föregav självmordsavsikt. De såg samtidigt handlingen som ett medel att få hjälp eller som att undkomma en outhärdlig situation. De anhöriga uppfattade oftast motiven som hämnd, uttryck för förtvivlan eller för att få sin vilja fram. Skillnaden i hur de självmordshandlande och deras närmaste såg på situationen kan ses som uttryck för tragiska kommunikationssvårigheter där individen av olika skäl inte öppet kan be om hjälp.

Skiftande men samstämmiga motiv

Katarina Skogman har i sin färskas doktorsavhandling [3] också undersökt motiven hos suicidhandlande. Varje svarande

kunde ange flera motiv. Det vanligaste skälet var »att komma bort från en outhärdlig situation«. 52 av de 53 uppgav att avsikten också varit att dö. »Känslomässigt lidande var en gemensam nämnare på vägen mot suicidförsök, och att ta sig bort från detta lidande var det primära motivet för att göra suicidförsök.« Skogman finner också att många omedelbart före suicidförsöket befunnit sig i ett speciellt tillstånd, präglad av nedsatt kognitiv förmåga och av ett förändrat känsloläge, som för vissa innebar förvirring, panik och desperation, för andra avstängda känslor och oförmåga att se andra handlingsalternativ. Samma känslomässiga belägenhet rapporterar Hendin och medarbetare [4] hos suicidhandlande, förutom depression även desperation, hopplöshet, vrede, känsla av att vara övergiven, självhat samt ångest – allt känslor som visar på en akut krisreaktion.

Allvarligt samband

Även om den självdestruktiva handlingen i sig kan tyckas bagatellartad när den presenteras på den somatiska akutmottagningen, ligger allvaret i handlingen i det tydliga sambandet mellan självmordsförsök och fullbordat suicid, vilket tydliggörs av exempelvis Hawton och medarbetare [5] som följde upp 11 583 självmordsförsök utförda mellan 1979 och 1997 i Storbritannien. Risken för de i studien ingående individerna att efter ett år ha avlidit genom fullbordat självmord var hela 66 gånger större än den var för normalbefolkningen. Risken ökade med uppföljningstiden. 300 individer hade suiciderat vid uppföljningstidens slut. Att en gång ha gjort ett självmordsförsök utgör med andra ord en utomordentligt stor riskfaktor för att senare dö genom självmord.

Samma resultat kommer Suominen och medarbetare [6] fram till i en 37-års uppföljning av 100 konsekutiva patienter i Helsingfors som gjort ett självmordsförsök 1963. Av de 98 som kunde spåras, hade 13 procent avlidit genom självmord. Risken för fullbordat självmord ökade med tiden – två tredjedelar av självmorden inträffade 15 år eller mer efter indexförsöket.

Omhändertagandet kan vara avgörande

Hur tas den suicidhandlande om hand när han eller hon kommer in på sjukhuset? Första anhalten är ofta den somatiska akutmottagningen, där det kan dröja upp till dagar innan patienten får träffa en psykiater, bland annat beroende på det somatiska tillståndet. Under tiden omhändertas patienten av personal specialiserad på somatisk vård, men vanligtvis har dessa vårdare ingen större psykiatrisk utbildning eller erfarenhet. Wolk-Wasserman [7] undersökte hur personal, patienter och anhöriga uppfattade vården på en intensivvårdsavdelning i samband med ett självmordsförsök och fann att personalen ofta upplevde svårigheter i vården av dessa patienter – de kände sig ibland osäkra och rädda (inför tysta patienter), och många gånger hjälplösa, maktlösa eller till och med, utifrån en känsla av otillräcklighet, irriterade på patienterna och undvek ibland kontakt med dem. Patienterna å sin sida kunde känna skam, skuld och underlägsenhet. De kunde även känna att de utgjorde en belastning.

I en kvalitativ studie från två Londonsjukhus intervjuades

SAMMANFATTAT

Vi medicinskt ansvariga fungerar, antingen vi vill det eller inte, som medicinska och moraliska förebilder inför övrig personal. Därför är det av betydelse hur vi uttrycker oss om självmordsförsök.

Formuleringen »avsiktlig självförgiftning« kan innebära en dold, pejorativ värdering – en värdering som ytterst kan medföra ett försämrat omhändertagande av patienten.

patienter om hur de upplevt vården efter ett självmordsförsök [8]. Patienterna kände först och främst att vården var inriktad på kroppsliga behov. De kände sig isolerade och upplevde att det var svårt att påbörja samtal, och de kände ibland skam. Varje kontakt utöver den rent omvårdande upplevdes som en bonus. En av de intervjuade patienterna berättar om hur underbart hon tyckte det var när hon mötte äkta medmänsklighet: »Sköterskan höll min hand hela vägen upp till avdelningen, och hon berättade vart vi skulle gå och hon sade att allt nog skulle ordna sig för mig.« Denna sköterskas beteende var så sällsynt att patienten måste berätta särskilt om det.

Respekt och uppriktigt intresse

Vad är det som kan hjälpa en suicidhandlande människa att inte upprepa sitt beteende? Stig Söderberg har följt upp 51 individer sju år efter deras självmordsförsök [9]. I kvalitativa intervjuer återkommer vissa inslag som patienterna såg som avgörande för en stabilisering av sina liv: uppriktigt intresse, respekt, äkthet i relationen och flexibla behandlingsmetoder. Alain Topor [10] har funnit liknande faktorer som för psykossjuka kan leda till återhämtning – faktorer giltiga också för suicidhandlande: acceptans, den respektfulla relationen präglad av ömsesidighet, att någon tror på individens egen förmåga och dessutom engagerar sig. Det här handlar inte om behandlingsmetoder som går att »plugga in« utan det är egenskaper, eller förhållningssätt, som kan erövrats genom erfarenhet och som kan förmedlas via en förbild. Topor nämner också förhållanden som försvårar återhämtningsprocessen: när de professionella inte tror att patienten klarar av något, inte involverar patienten i behandlingen, och när de visar bristande intresse för patientens erfarenheter eller behandlingspessimism och maktfullkomlighet.

Ordval på allvar

Om en människa gång på gång uppsöker sjukvården efter att ha gjort ett självmordsförsök eller en självskadehandling, och personalens mottagande då uttrycker: »Ännu en avsiktlig självförgiftning...«, kan detta förmedla bristande respekt eller ett missstroende som den hyperkänsliga och sårbara individen uppfattar och som förstärker hans eller hennes redan låga självförtroende.

»Patienterna som gör självmordsförsök utgör psykiatrins hjärtinfarktpatienter: när vi klarat den första infarkten ska vi ägna all kraft åt att förhindra en reinfarkt.«

ende. Ett annat sätt att se på patientens återkommande besök på akutmottagningen efter en självskadehandling kunde vara ett mer självkritiskt: ett misslyckande av och ett underbetyg åt den sjukvård patienten hittills erhållit.

Psykiatrisk första hjälpen

Den psykiatriska behandlingen av suicidhandlande individer bör påbörjas redan inom den somatiska vården, av den somatiska personalen, efter en enkel utbildning i »psykiatrins första hjälpen«. Det handlar om företeelser som att se den andre, erbjuda ett respektfullt möte, att värderingsfritt lyssna och att förmedla hopp. Alla kan tränas att se de friska krafterna hos den andre och att förstärka dem. Härigenom startas en positiv dynamisk process redan på akutmottagningen, en process ur vilken individens självförtroende och därmed livsvilja kan resa sig på nytt.

Vi som är de medicinskt ansvariga utgör förebilder, också moraliskt, antingen vi vill det eller inte, för övriga personalkategorier inom vården. Om just vi avfärdar dessa patienters självskadehandlingar visar vi samtidigt övrig personal att de här patienterna inte ska tas på allvar. När vi nu äger kunskapen om att ett självmordsbeteende oerhört ofta leder till fullbordat självmord måste vi bete oss på ett annat sätt. Patienterna som gör självmordsförsök utgör psykiatrins hjärtinfarktpatienter: när vi klarat den första infarkten ska vi ägna all kraft åt att förhindra en reinfarkt. Självmordsbeteendet är ett språk som vill säga omvärlden något: Hjälp mig, jag står inte ut, mitt liv är outhärdligt!

Vi ska ge de självmordshandlande den hjälpen. En hjälp som ska vara så bra, att de inte söker igen med samma problematik.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Isacson G. Vykort som profylax mot upprepad självförgiftning. Läkartidningen 2006;103:27.
2. Varadaraj R, Mendonca JD, Rauchenberger PM. Motives and intent: a comparison of views of overdose patients and their key relatives/friends. Can J Psychiatry 1986;(31): 621–5.
3. Skogman K. Understanding suicidality: suicide risk, sex differences and views of suicide attempters [dissertation]. Lund: Department of Clinical Sciences, Lund University, Lund; 2006.
4. Hendin H, Maltesberger JT, Pollinger Haas A, Szanto K, Rabino-wicz H. Desperation and other affective states in suicidal patients. Suicide Life Threat Behav 2004;34(4):387–95.
5. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. Br J Psychiatry 2003;182:537–42.
6. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. Am J Psychiatry 2004;161:563–4.
7. Wolk- Wasserman D. The intensive care unit and the suicide attempt patient. Acta Psychiatr Scand 1985; 71:581–95.
8. Dunleavy R. An adequate response to a cry for help? Parasuicide patients' perceptions to their nursing care. Prof Nurse. 1992;7:213–5.
9. Söderberg S. To leave it all behind. Factors behind suicidality. Roads towards stability [dissertation, no 925]. Umeå: Umeå University; 2004.
10. Topor A. Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem. Stockholm: Natur och Kultur; 2004.

Mer än 29 000 artiklar. Sök i vårt artikelarkiv!

www.lakartidningen.se

– utmanande saklig

Läkartidningen