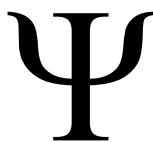




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Kronisk suicidalitet – Et dialektisk dilemma

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Dag Marcus Nesse & Kåre Frønsdal

Vår 2019

Veileder

Berge Osnes

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Innholdsfortegnelse

Abstract.....	iv
Sammendrag.....	v
Innledning	1
Problemstilling.....	6
Suicidalitet – Begreper, teorier, prinsipper og forståelser.....	6
Hva er selvmord – Begrepsavklaringer og definisjoner	6
<i>Selvord</i>	7
<i>Suicidal atferd, parasuicid og selvskading</i>	7
<i>Kronisk versus akutt suicidalitet</i>	8
<i>Personlighetsforstyrrelse</i>	9
Teorier om selvmordsatferd.....	9
<i>Emile Durkheim og tidlig sosiologisk perspektiv på selvmord</i>	10
<i>Psykodynamisk perspektiv på selvmord</i>	11
<i>Eksistensialistisk filosofi og perspektiver på selvmord</i>	12
<i>Kognitivt perspektiv på selvmord</i>	13
<i>Interpersonlig teori</i>	15
Kronisk suicidalitet - Personlighetsforstyrrelser og suicid.....	17
<i>Kronisk suicidalitet: psykisk smerte, tomhet, håpløshet og uten kontroll</i>	20
Dialektisk filosofi og utviklingen av dialektisk atferdsterapi.....	23
<i>Prinsipper i dialektisk filosofi</i>	24
Helsevesenets håndtering av kronisk suicidalitet	26
Manglende prediktiv verdi ved kjente risikofaktorer.....	27
Selvmordsforebygging	30
<i>Begrense tilgang på metoder</i>	31
Iatrogene effekter ved sykehusinnleggelse.....	33
Behandling av suicidalitet	36
Gjennomgripende emosjonell dysregulering og den biososiale teorien.....	37
Atferdsteori.....	39
Emosjonelle responser – respons i hele atferdssystemet.....	39
<i>Klassiske atferdsprinsipper for lært og endring av atferd</i>	40
Dialektisk atferdsterapi – Psykoterapeutisk behandling av selvmordsatferd	41
Funksjoner, prinsipper og 4 moduler.....	41
Strategier og intervensjoner.....	42
<i>Kjernestrategier: Problemløsning og validering</i>	45
Diskusjon	46

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Dialektiske prinsipper ved ulike teoretiske rammeverk knyttet til suicid	50
Lite dialektikk gir lite handlingsrom.....	55
Implikasjoner for offentlig diskurs.	57
Konklusjon	59
Kilder	i

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Abstract.

Suicidality represents a serious challenge for individuals, relatives, therapists, and the society. Chronic suicidality characterized by a sustained pattern of suicidal behaviors represents distinct challenges for patients and support systems. Different psychological and cultural perspectives are used to understand suicidality, however chronic suicidality is best understood as a facet of a personality disorder, mainly borderline personality disorder.

Many treatment measures implemented in the face of chronically suicidality have little, no, or a negative effect on the treatment prognosis. Repeated low-predictive suicide assessments, potentially harmful effects, and short-term safety measures without regard to long-term treatment plans are examples of such measures. Chronically suicidal patients have other needs from the treatment apparatus compared to patients in an acute suicidal crisis.

We conceptualize chronic suicidality as a dialectical dilemma, and explain the behavior based on dialectical philosophy. A perspective where reality is holistic, contradictory and in continuous change. Chronic suicidality is understood as a lack of synthesis between a desire to die and a desire to live. Dialectical behavioral therapy is presented as a therapeutic approach that can help solve this dialectical dilemma. Other psychological perspectives on suicidality are described in a dialectical framework, and it is pointed out that a dialectical understanding of chronic suicidality may be beneficial

We argue that a dialectical understanding of chronic suicidality creates greater room for maneuverability, where the patient can acquire behaviors other than suicidal behavior to master life, and the therapist can implement effective measures that besides known iatrogenic safeguards.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Sammendrag.

Suicidalitet representerer en betydelig utfordring for individ, pårørende, terapeuter og samfunn. Kronisk suicidalitet er karakterisert av et vedvarende mønster av suicidal atferd, og byr på særlige utfordringer for både pasient og hjelpeapparat. Suicidalitet kan forstås ut fra ulike psykologiske og kulturelle perspektiv, men når det dreier seg om kronisk suicidalitet relateres fenomenet gjerne til personlighetsforstyrrelser, hovedsakelig emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Mange behandlingstiltak iverksatt i møte med kronisk suicidale pasienter har liten, ingen eller en negativ effekt på behandlingsprognosen. Gjentatte suicidvurderinger med lav prediktiv verdi, innleggelse med potensielt skadelige effekter, og kortsiktige sikringstiltak uten hensyn til langsiktig behandlingsplan, er eksempler på slike tiltak. Kronisk suicidale pasienter har andre behov fra behandlingsapparatet sammenlignet med pasienter i en akutt suicidal krise.

Vi konseptualiserer kronisk suicidalitet som et dialektisk dilemma og forklarer atferden basert på dialektisk filosofi. Et perspektiv hvor virkeligheten ansees som helhetlig, motsetningsfull og i kontinuerlig endring. Kronisk suicidalitet forstås som manglende syntese mellom et ønske om å dø og et ønske om å leve. Dialektisk atferdsterapi presenteres som en terapeutisk tilnærming som kan bidra til å løse det dialektiske dilemmaet. Andre psykologiske perspektiver på suicidalitet beskrives i et dialektisk rammeverk, og det påpekes at en dialektisk forståelse av kronisk suicidalitet kan være fordelaktig.

Vi argumenterer for at en dialektisk forståelse av kronisk suicidalitet medfører større handlingsrom, hvor pasienten kan tilegne seg andre atferder enn suicidal atferd for å mestre livet, og terapeuten kan iverksette andre effektive tiltak enn iatrogene sikringstiltak.

Innledning

Arbeid med suicidale pasienter er en av de største utfordringene behandlere i psykisk helsevern møter. Det er en svært krevende oppgave som kan skape angst og usikkerhet, og ansvaret kan oppleves som enormt i møte med mennesker som vurderer å avslutte sitt eget liv. Rykter og myter om suicidalitet, samt pårørendes forventninger og medias dekning av saker knyttet til suicidalitet kan gjøre enhver behandler usikker i møte med selvmordsnære pasienter (Paris, 2017). Det blir ikke enklere av at fenomenet selvmord er svært vanskelig å predikere på individnivå (Larsen, 2010). De kjente risikofaktorene som er relatert til økt sannsynlighet for suicidalitet er faktorer funnet på gruppenivå hos store deler av befolkningen, og de har minimal prediktiv verdi på individnivå (Larsen, 2010). Kronisk suicidalitet byr på ytterligere utfordringer, da disse pasientene gjerne har flere livsgjennomgripende problemer. For mennesker som opplever kronisk suicidalitet er selvmordstanker nærmest blitt en del av deres identitet (Paris, 2017), suicidal atferd har blitt en mestringsstrategi (Linehan, 1993) og de opplever et vedvarende dilemma mellom å fortsette å leve eller avslutte livet sitt. Sammenlignet med pasienter i akutt suicidal krise som gjerne har behov for sikringstiltak til den akutte selvmordsfaren er over, har kronisk suicidale pasienter andre tiltaksbehov.

På verdensbasis dør det over 800 000 til selvmord årlig (Fleischmann & De Leo, 2014), mens det i Norge skjer omtrent 500 selvmord årlig, i tillegg til et ukjent antall selvmordsforsøk (Helsedirektoratet, 2008). Det er en overvekt av menn som gjennomfører selvmord og selvmordsraten for menn har blitt estimert til å være tre til fire ganger høyere sammenlignet med kvinner (Gjertsen, 2015). Kjønnforskjellen er imidlertid snudd når vi ser på selvmordsforsøk. I følge Beautrais (2001) utgjør de som dør av selvmord og de som gjør selvmordsforsøk to forskjellige populasjoner. Likevel er det noe overlapp mellom gruppene, og det er estimert at 10-15% av de som gjør forsøk til slutt tar sitt eget liv (Maris, Bongar, Berman, & Silverman, 2000). De som gjennomfører selvmord er gjerne eldre menn, de bruker

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

mer dødelige metoder og de dør gjerne på første suicidforsøk, mens de som gjør selvmordsforsøk er gjerne yngre kvinner, de bruker mindre dødelige metoder og de overlever (Beautrais, 2001). Denne sistnevnte gruppen, de med flere forsøk, er gjerne de som karakteriseres som pasienter med kronisk suicidalitet.

Kronisk suicidalitet er krevende å behandle (Sansone, 2004), men trolig enda vanskeligere å leve med. Et individ med vedvarende selvmordstanker, og som viser selvdestruktiv, suicidal atferd vil i mange tilfeller oppfylle de diagnostiske kriteriene for en personlighetsforstyrrelse (APA, 2013; Linehan, 1993; Paris, 2017; WHO, 2016). Det er diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUP) som oftest assosieres med kronisk suicidalitet (Paris, 2017). Pasienter som lever med kronisk suicidalitet eller EUP opplever et enormt lidelsestrykk, og de har ofte flere komorbide psykiske vansker (Beautrais et al., 1996; Corbitt, Malone, Haas, & Mann, 1996). De opplever gjerne intens psykisk smerte, tomhet og håpløshet, samtidig som de føler seg ute av kontroll til å endre sin livssituasjon (Paris, 2017). Dette enorme behovet for å få det bedre, kombinert med manglende ferdigheter og egenskaper for å forbedre livet sitt, gjør at kronisk suicidale og pasienter med EUP opptar store ressurser i helsevesenet (Paris & Zweig-Frank, 2001). Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse finnes i under 1% av normalbefolkningen (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001), men forekomsten av EUP i kliniske populasjoner er langt høyere, med prevalensrater fra 40 til 44 % i døgnenheter og 8 til 27 % blant polikliniske pasienter (Korzekwa, Dell, Links, Thabane, & Webb, 2008). Pasienter med EUP og kronisk suicidalitet har ofte vært gjennom flere behandlingsforløp med manglende effekt i tillegg til at de ofte har flere akuttinnleggelsler i psykiatrien i forbindelse med økt selvmordsfare, og gjerne flere erfaringer med at selvmordsatferden stadig kommer tilbake til tross for disse innleggelsene og behandlingsforløpene (Paris, 2017). De kronisk suicidale lever i et vedvarende dilemma mellom å fortsette å leve eller å ta sitt eget liv, et dilemma som kan løses

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

på flere måter, eksempelvis gjennom å lære seg dialektiske, aksepterende og problemløsende ferdigheter (Linehan, 1993).

Dialektisk atferdsterapi (DBT) er en behandling utviklet for kronisk suicidale og emosjonelt ustabile pasienter med hensikt å løse dilemmaet de står i, mellom å leve eller dø. Behandlingen er utviklet av Linehan (1993) og har vist seg effektiv for å redusere suicidal atferd og hindre drop-out fra behandling (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991), i tillegg til å redusere selvmordstanker, håpløshet og depressive symptomer (Koons et al., 2001). Kjernesymptomet til de kronisk suicidale antas å være en gjennomgripende emosjonell dysregulering, noe som forklares av den biososiale teorien som at biologiske faktorer gjør pasienten sårbar for negative emosjoner, samtidig som pasientens tidlige erfaringer og oppvekstmiljø ikke har tilrettelagt for at pasienten har tilstrekkelige ferdigheter til å håndtere de sterke og plutselige negative dysforiske emosjonene (Linehan, 1993). Dette gjør at pasientene har svært ustabile emosjoner, både knyttet til seg selv og andre. Det skaper problemer i interpersonlige relasjoner og det kan gjerne lede til svært mistilpasset og impulsiv atferd i forsøk på å regulere de negative emosjonene. Den suicidale atferden er et eksempel på et forsøk på å regulere emosjonene eller et resultat av feilet emosjonsregulering (Koerner, 2012). I DBT arbeides det med å lære nye atferder som kan erstatte den maladaptive suicidale atferden, i tillegg til å generelt bli mindre sårbar for emosjonell dysregulering.

DBT er en integrativ tilnærming som bygger på kognitiv atferdsterapi, dialektisk filosofi og Zen-praksis (Brager-Larsen, Magnussen, & Hestetun, 2007). Prinsipper fra atferdsterapi og –teori skal hjelpe pasienter å erstatte maladaptiv atferd med adaptiv atferd, Zen-praksis innebærer å lære pasientene å akseptere virkeligheten som den er, eksempelvis via mindfulness, mens den dialektiske filosofien tilbyr et rammeverk som kan bidra til å løse det dialektiske dilemma mellom å leve eller dø. Dialektisk filosofi dreier seg om at virkeligheten er helhetlig, at den består av motsettede polariteter, og at den er i konstant

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

endring (Hegel, 1807; Linehan, 1993). Når man anser den kroniske suicidaliteten som et dialektisk dilemma får det en rekke implikasjoner for hvordan man vurderer fenomenet. For eksempel gjør et helhetlig syn på verden det meningsløst å se på den suicidal pasienten isolert, fordi suicidaliteten også er knyttet til omstendigheter i konteksten rundt individet. Kompleksiteten i denne helheten innebærer at virkeligheten består av motsettede krefter som står i spenning til hverandre, kalt teser og antiteser, som stadig integreres til synteser (Heard, Linehan, & Arkowitz, 1994). For den kronisk suicidal kan ønsket om å dø representere en tese, mens de mindre alvorlige selvmordsforsøkene, villigheten til innleggelse i frykt av å ta sitt eget liv og kommunikasjonen om behovet for hjelp, representere antitesen om at pasienten også ønsker å leve. Dette er altså det dialektiske dilemmaet til pasienten, den manglende syntesen mellom ønsket om å dø og ønsket om å leve. Pasienten er fanget, ute av stand til å handle på en konstruktiv måte. For pasienten oppleves det både smertefullt og angstvekkende å leve i dette dilemmaet mellom liv og død. Den tvetydige og ambivalente tilnærmingen til selvmord og selvmordsatferd representerer et forsøk på å løse dette dilemmaet, hvor pasienten ikke ønsker å leve med denne smerten, men heller ikke ønsker å dø. I DBT får man en alternativ måte å løse dilemmaet på, nemlig å slutte med den suicidal atferden og etablere nye mestringsstrategier i møte med emosjonell dysregulering som kan tilrettelegge for et liv verdt å leve.

Kronisk suicidal pasienter har altså andre tiltaksbehov enn individer som opplever en akutt suicidal krise. Da de hovedsakelig har emosjonsreguleringsvansker vil sikringstiltak for å holde dem i live ikke være tilstrekkelig (Linehan, 1993). Likevel bruker mange behandlere i psykisk helsevern mye tid på selvmordsrisikovurderinger, og mange pasienter med EUP og kronisk suicidalitet blir stadig sendt til psykiatrisk sykehus på bakgrunn av risikovurderinger hvor selvmordsfaren ansees som stor. Man kan anta at angsten for å miste en pasient, eller usikkerhet om hvordan skal møte problemstillingen, gjør at behandlere henviser kronisk

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

suicidale pasienter til innleggelse. Forskningen tilsier derimot at innleggelse ikke er hensiktsmessig for pasienter som sliter med kronisk suicidalitet (Coyle, Shaver, & Linehan, 2018; Guzmán, Tezanos, Chang, & Cha, 2018; Large & Ryan, 2014; Paris, 2017; Qin & Nordentoft, 2005). Selvmordsatferd kan øke på psykiatriske døgnposter da den suicidale atferden positivt forsterkes av de hyggelige omgivelsene og den gode interpersonlige kontakten pasientene opplever (Linehan, 1993). Denne forsterkningen følger klassiske atferdsteoretiske prinsipper som klassisk og operant betinging (Pavlov, 1928; Skinner, 1953). I tillegg medfører innleggelse også en utskrivelse, og det er vist at for kronisk suicidale pasienter som er innlagt i psykisk helsevern er selvmordsrisikoen forhøyet ved utskrivelse (Qin & Nordentoft, 2005). Derfor er det behov for at behandlere og helsepersonell, i møte med kronisk suicidale pasienter, unngår å igangsette tiltak uten empirisk grunnlag, tiltak som har potensielt iatrogene effekter (Paris, 2017). Dette er selvsagt utfordrende i saker som handler om liv og død. Paris (2016) peker på at emosjonelt ustabile pasienter vanligvis ikke tar livet sitt på tidspunktet terapeuten frykter det mest, de fleste selvmordene skjer gjerne sent i lidelsesforløpet. Dette er utfordrende å forholde seg til som behandler, da trusler om – og forsøk på selvmord er hyppigst tidlig i sykdomsforløpet i tyveårsalderen, mens de fleste selvmord skjer senere, i trettiårsalderen (Paris, 2003). Generelt sett skjer bare et fåtall av selvmord mens pasienten er i behandling, de fleste selvmord er assosiert med flere mislykkede behandlingsforløp og manglende bedring (Paris, 2016). Uttrykte selvmordstanker predikerer i liten grad selvmord (Paris, 2016), men angsten behandleren opplever i møte med den suicidale pasienten kan skape et behov for å handle.

Vi hevder at det er gunstig å konseptualisere kronisk suicidalitet som et dialektisk dilemma, et dilemma mellom et ønske om å dø og et ønske om å fortsette å leve, samtidig. Behandlere må akseptere pasientens dialektiske dilemma, og ikke ta fra pasienten ansvaret med å holde seg i live. Behandleren må tolerere usikkerheten fordi i arbeid med kronisk

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

suicidale pasienter er ikke sikreste praksis den beste praksis. Pasienten bør også få forståelse for det dialektiske dilemmaet de står i slik at de kan lære nye mestringsstrategier som kan erstatte den suicidale atferden. Ved å anerkjenne kronisk suicidalitet som et dialektisk dilemma kan både behandlere og pasienter få et utvidet handlingsrom, og vil i mindre grad føle seg tvunget til eksempelvis å legge inn en pasient med kronisk forhøyet suicidfare, og heller ikke bruke selvmordstrussler for å skape reksjoner i omgivelsene.

Problemstilling

I denne teoretiske oppgaven presenteres kronisk suicidalitet som et dialektisk dilemma. Fenomenet suicidalitet belyses fra ulike psykologiske ståsteder, og det drøftes hvordan ulike konseptualiseringer av suicidalitet kan relateres til det dialektiske perspektivet. Kronisk suicidalitet relateres til personlighetsforstyrrelse, og vi diskuterer hvordan en dialektisk forståelse av suicidalitet får implikasjoner for psykoterapi og helsevesenets håndtering av kronisk suicidale pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Dialektisk atferdsterapi redegjøres for i korte trekk da dette er den behandlingstilnærmingen som eksplisitt fokuserer på en dialektisk forståelse av kronisk suicidalitet (Linehan, 1993).

Suicidalitet – Begreper, teorier, prinsipper og forståelser

Hva er selvmord – Begrepsavklaringer og definisjoner

Psykologer møter pasienter som lever i, eller har levd gjennom kriser, konflikter og traumer, med trussel om selvoppløsning og selvdestruktivitet i sitt liv. Pasienten konfronteres derfor ofte med spørsmålet om hvorvidt livet er verdt å leve eller ikke, og behandleres største frykt er at pasienten skal avslutte sitt eget liv. Mange av de strategiene vi bruker for å forhindre og behandle selvmord har vist seg å ikke være mulig å påvise empirisk effekt (Linehan, 2008). Det er generelt få randomiserte kliniske forsøk på selvmords intervensjoner og behandlinger (Linehan, 1997; Rudd, 2000). Det finnes trolig like mange årsaker bak

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

selvmord som det finnes mennesker som gjennomfører suicid. En rekke begreper er knyttet til selvmord og selvmordsatferd som belyser ulike aspekter ved det komplekse fenomenet.

Videre følger en kort redegjørelse av viktige begreper.

Selvmord.

Edwin Shneidman (1993) definerer selvmord på følgende måte: I vår tid, i den vestlige verdenen, er selvmord en bevisst, selvpåført, tilintetgjørende handling som best kan forstås som en komplisert krisetilstand hos et individ med udekkede sentrale psykologiske behov.

Individet definerer krisesituasjonen på en slik måte at selvmord sees som den beste løsningen (s.4). Denne definisjonen påpeker noe veldig viktig, nemlig at selvmordsatferd skjer i en kontekst av krisetilstand i pasienten. Den vektlegger også det bevisste og selvpåførte ved handlingen, og at selvmordet sees av den som begår det som en mulig løsning på et problem det ikke klarer å løse på noen annen måte, og hvordan udekkede psykologiske behov kan være en viktig kilde til at selvmordet oppleves som en legitim løsning. På denne måten gir også definisjonen en indikasjon på hvordan selvmordsproblematikken kan møtes, ved å støtte pasientens forsøk på å få sine psykologiske behov dekket, og ved å støtte pasientens evne til å håndtere sin krise på en annen måte enn ved suicidal atferd og ideasjon.

Suicidal atferd, parasuicid og selvskading.

Suicidal atferd er ikke-dødelige selvmordstanker og -atferder relatert til selvmord, og kan klassifiseres mer spesifikt inn i tre kategorier: Selvmordstanker, som referer til tanker om å utføre handlinger med intensjon om å ende ens liv. En selvmordsplan, referer til en formulering av spesifikke metoder som individet intenderer å dø med. Selvmordsforsøk referer til utførelsen av atferd som er potensielt selvskadende, og hvor det finnes noen intensjon om å dø (Nock et al., 2008). Mange forskere og klinikere skiller mellom selvmordsatferd og ikke-suicidal selvskading, som referer til selvskade som en person utøver uten intensjoner om å dø (Klonsky, 2007). Parasuicid skiller seg fra selvmordsforsøk, hvor

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

vedkommende ønsker å dø uten at handlingen medfører døden. Dette er et noe omstridt begrep, og referer til en handling hvor en person med vilje påfører seg selv fysisk skade eller tar en overdose med medikamenter, men hvor det ikke foreligger et reelt ønske eller forventning om å dø (Malt, 2016a). Denne atferden er tenkt utført med den hensikt å oppnå endringer i andres holdninger, væremåte eller føre til endringer i sosiale forhold (Malt, 2016a). Selvskading kan defineres som intensjonell og direkte skadende atferd rettet mot ens eget kroppsvev uten suicidal intensjon (Briere & Gil, 1998; Herpertz, 1995). Selvskading er også et symptom på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (APA, 2013; WHO, 2016).

Kronisk versus akutt suicidalitet.

Akutt suicidalitet refererer til mennesker som opplever en akutt krise, hvor de utøver selvmordsatferd som respons på en spesifikk hendelse eller situasjon. I slike tilfeller er det ikke nødvendigvis uttrykt selvmordstanker eller planer før utøvelse av suicid, og det brukes ofte dødeligere midler med større sannsynlighet for å gjennomføre selvmordet med døden til følge (Beautrais, 2001; Paris, 2017). Denne gruppen er også ofte kjennetegnet av depresjon, alkoholavhengighet og at de typisk er eldre ved første og eneste forsøk (Beautrais, 2001). Når suicidalitet er assosiert med depresjon, har den typisk et begrenset tidsforløp (Beautrais, 2001). Akutt suicidalitet er også forbundet med andre psykiske lidelser som rus- og alkoholmisbruk, affektive lidelser, debuterende psykose og schizofreni (Inskip, Harris, & Barraclough, 1998), som alle kan representere en alvorlig selvmordsrisiko. Akutt suicidal ideasjon kan ofte reduseres ved effektiv behandling, og suicidalitet av akutt karakter er ikke iboende i personens opplevelse av seg selv (Paris, 2017).

Mennesker som opplever et forløp av kronisk suicidalitet lever med selvmordsatferd over lengre tid, og atferden er i mindre grad definert som reaksjon på akutte kriser (Paris, 2017; Sansone, 2004). Denne gruppen karakteriseres av mer utilslørt selvmordsatferd, trusler, flere forsøk, mindre dødelige midler, og at de ikke dør ved første forsøk. Den kronisk

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

suicidale er også oftere kjennetegnet av personlighetsforstyrrelser (Beautrais, 2001). Paris (2017) påpeker at pasienter som er kronisk suicidale ikke nødvendigvis ser sine tanker og atferder som fremmed for seg selv eller som forsøk på å gjenvinne kontroll og regulere kraftige dysforiske emosjoner. For denne gruppen har suicidalitet derimot blitt en helt essensiell del av deres opplevelse av seg selv og deres identitet. Dette kan forklares ved å forstå kronisk suicidalitet som et trekk ved en personlighetsforstyrrelse.

Personlighetsforstyrrelse

Personlighetsforstyrrelse kan defineres som en gruppe psykiske lidelser som er kjennetegnet ved avvik i personlighetstrekk, uttrykket som urimelige eller voldsomme reaksjoner og atferd ved interpersonlige og sosiale situasjoner. Lidelsene kan vise seg tidlig i pasientens utviklingshistorie, og kan være en følge av både medfødte faktorer, sosiale, og relasjonelle erfaringer, og trekk ved lidelsen kan også erverves senere i livet (APA, 2013; Malt, 2016b; WHO, 2016). Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en personlighetsforstyrrelse som defineres ved en klar tendens til impulsiv og uberegnelig atferd, redusert konsekvensvurdering, ustabil- dysforisk og svingende stemningsleie (APA, 2013; Linehan, 1993; Malt, 2014; Paris, 2017; WHO, 2016). Mennesker med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse opplever hyppig emosjonell dysregulering, som er intense dysforiske følelser som reaksjon på ulike stimuli (Linehan, 1993). Dysforiske emosjoner bruker typisk langt tid på å returnere til håndterbare nivåer, og individet har ofte intense forsøk på å regulere egne emosjoner ved blant annet selvskading, kommunikasjon av intens psykisk smerte, og selvmordsatferd (Brown, Comtois, & Linehan, 2002; Klonsky, 2007; Paris, 2017).

Teorier om selvmordsatferd.

Selv mordet har blitt forstått på ulike måter til ulike tider. Utviklingen av perspektiver og teorier på hvorfor noen mennesker tar sitt eget liv har endret seg drastisk de siste hundre og tjue år. Til ulike tider har ulike årsaksforklaringer og analysenivå gjort seg gjellende for å

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

forklare suicidalitet, og ulike teoretiske fremstillinger som har fulgt hverandre i tid har også bygget videre på hverandre. Videre følger en gjennomgang av ulike teoretiske forståelser av selvmord. De ulike teoriene vil senere i oppgaven relateres til dialektisk teori, og vi vil drøfte hvordan de forskjellige teoriene peker på at selvmord kan være et resultat av innsnevret handlingsrom, hvor suicidal atferd oppleves å bli eneste mulige handlingsalternativ for den kronisk suicidale pasienten.

Emile Durkheim og tidlig sosiologisk perspektiv på selvmord.

Den franske sosiologen Emile Durkheim (1859/1917) utviklet en svært innflytelsesrik teori om selvmord på slutten av 1800-tallet. Durkheim reagerte på, og kritiserte datidens liberalistiske menneske- og samfunnssyn, hvor sosiale forhold ble forklart med egenskaper ved individet. Durkheim ønsket å presentere en teori som kunne forklare selvmord som respons på samfunnets krav og forhold knyttet til makt og frihet. Durkheim så selvmordet som skapt av “samfunnets forstyrrede regulering av individet”, som kunne medføre for mye eller for lite sosial integrasjon, og over- eller underregulering av moral (Joiner, 2007). En sentral del av hans teori var at individuelle karakteristikk som mentale forstyrrelser ikke forårsaket selvmordstanker og atferd, men heller maktstrukturer i samfunnet og hvordan de relaterte seg til individet. Dette skilte seg radikalt fra tidligere forklaringer på selvmord, som la vekt på individuelle karaktertrekk som årsaksforklaring. Durkheim presenterer fire typer selvmord: egoistisk, altruistisk, anomisk, og fatalistisk (Durkheim, 1859/1917). Durkheim beskriver selvmordet på en radikalt annerledes måte enn hva som var gjort tidligere. Han påpeker hvordan maktstrukturer og regulering av individet fra samfunnets side, heller en individuelle karaktertrekk, driver et individ til å oppleve selvmord som eneste mulige løsning på sitt problem.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Psykodynamisk perspektiv på selvmord.

Det psykodynamiske perspektivet på selvmord skiller seg fra Durkheims sosiologiske perspektiv ved at selvmordet sees som drevet frem av indre krefter og konflikter i individet. Analysenivået er fokusert på individet, men i likhet med Durkheims perspektiv sees ikke individet alene som skyldig, men heller at atferden drives frem av krefter delvis utenfor individets kontroll, og hvor individet ikke opplever at det har noe annet reelt valg. Begge perspektivene legger også vekt på samfunnets regulering av individet gjennom moralske systemer, og hvordan skyldig etterlevelse til disse kan medføre en opplevelse av at det ikke er noen annen mulig løsning på individets problem enn selvmord.

Sigmund Freud forsto suicidalitet som et intrapsykisk problem, men han beskrev aldri selv hvordan selvmord og selvmordsatferd passet inn i den psykoseksuelle teorien. Robert E. Litman (1967) samlet senere Freuds tanker rundt selvmord og suicid atferd i essayet "Sigmund Freud On Suicide". Selvmordet har mange forskjellige viktige aspekter relatert til den generelle menneskelige tilstand, som dødsinstinktet, splitting av ego, og hvordan institusjoner og samfunnsmessige imperativ kunne kreve skyldig etterlevelse med suicid som resultat. Han beskrev også spesifikke mekanismer bak selvmordsatferd, som tap av kjærlighetsobjekter, narsissistisk skade, overveldende affekt, ekstrem splitting av ego, og en spesifikk selvmords-holdning og plan (Litman, 1967). Freud så selvmord som et komplekst fenomen med røtter i selvet, interpersonlige forhold, og personlige driv, og som besto av flere forskjellige elementer som kunne bidra til suicidale følelser.

Psykoanalytisk perspektiv ser grunnleggende sett fenomenet selvmord som et komplisert hendelsesforløp som ender i ego splitting. Pasienten opplever et tap av et tilknytningsobjekt, og energi trekkes bort fra dette og plasseres i ego for så å bli en permanent del av selvet (Lester, 1994; Litman, 1967). Det tapte tilknytningsobjektet identifiseres med ego, og en del av sinnet identifiseres derfor med det tapte objekt. Selvmordsatferd

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

forekommer når pasienten dveler ved fiendtlighet mot objektet, som skaper fiendtlighet mot selvet via den delen av sinnet som symboliserer det tapte objektet (Lester, 1994). Det psykodynamiske perspektivet forklarer selvmordsatferd som motivert av indre psykiske strukturer og at disse påvirker hvordan individet møter, mestrer, og interagerer med verden.

Eksistensialistisk filosofi og perspektiver på selvmord.

Det eksistensialistiske perspektivet på selvmord hever analysenivået på en slik måte at selvmordet blir et fellesmenneskelig fenomen, en del av den menneskelige tilstand. I likhet med Durkheim og det psykodynamiske perspektivet er selvmordet i stor grad et resultat av ytre press og indre konflikter, men også et problem mennesket må ta aktiv stilling til, og ikke bare en fremmed kraft som tar over individet. Eksistensialistisk filosofi etablerte seg etter verdenskrigene, delvis som et resultat av de meningsløse og ondskapsfulle handlingene som ble utført i dem, og i et forsøk på å beskrive noe grunnleggende ved det å være et menneske i en likegyldig og meningsløs verden. Ved eksistensielle filosofer trekkes særlig Jean-Paul Sartre og Albert Camus og deres kontinentale kontemporære frem. De var ofte inspirert av Søren Kierkegaard, Friedrich Nietzsche, Martin Heidegger, Karl Jaspers, og Edmund Husserl (Flynn, 2006). Eksistensialister fremmer tanken om at livet, selv når de best tenkelige forhold er lagt til rette, er en kort affære som også er smertefullt, ustadig, ensom, og angstprovoserende. Livet i seg selv er et problem som bare kan løses på en passende måte ved døden fordi alle alternativer er kortsiktige tilpasninger til det strev og den lidelse som er selve livet (Maris, 1989). Den eksistensielle filosof ser ikke selvmordet som en mental forstyrrelse, ikke et resultat av at livet har gått galt, men som et resultat av at livet er som det er, og at den menneskelige tilstand er som den er. De vil altså kunne si om den personen som døde i selvmordet at “livet var for mye”, eller at de gleder som var tilstede i personens liv var mer enn oppveid av lidelse. Selvmordet er altså et fellesmenneskelig problem, og ikke noe som bare angår mennesker med psykiske lidelser.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Jean-Paul Sartre (2007/1948) hevder at det er på grunn av at eksistensen står først i en gudløs verden at hvert individ må finne en mening for deres eget liv, og at dette er en prosess som skaper angst i individet. Sartre beskrev at et motiv for selvmord kunne være å forårsake angst til å opphøre (Sartre, 2007/1948). Sartre skrev også om selvmord som et valg, men ikke et godt valg og heller ikke en løsning på et liv som oppleves meningsløst eller smertefullt. Sartre ser altså selvmordet som et dårlig valg som frarøver et liv mening som det ville ha hatt, og gjør en persons liv, både fortid og fremtid, om til en absurditet.

Albert Camus undersøker i sitt essay “Sisyfos Myten” (1955) hvorvidt livet er verdt å leve i møte med det absurde ved den menneskelige tilstand. Han diskuterer selvmordet som å bekjenne at livet er for mye for deg, eller at du ikke forstår det eller å bekjenne at livet ikke er verdt bryet. Han beskriver også at spørsmålet om hvorvidt en skal ta selvmord eller ikke er det første og mest grunnleggende filosofiske spørsmål en må besvare. Camus skriver at selvmord er en måte å “ordne” det absurde men ikke en måte å løse det. Den eneste måten å leve er å gjøre opprør mot det absurde, gjøre krav på den absurde frihet, og å leve med lidenskap, som han beskriver som de tre konsekvensene av absurditet (Camus, 1955). Camus beskriver i likhet med Sartre livet og eksistensen som grunnleggende meningsløs og likegyldig, og at et liv som er verdt å leve tar dette inn over seg med alle de konsekvensene det har, og lever et lidenskapelig liv til det dør. Camus ser med andre ord selvmordet som en holdning hvor de absurde vilkår ved eksistensen blir gjort til et fangenskap, og hvor personen opplever at den eneste måten å forholde seg til det absurde ved meningsløsheten er å dø for egen hånd.

Kognitivt perspektiv på selvmord.

Det kognitive perspektivet på selvmord beskriver de faktorer og prosesser som påvirker et individ til å tilnærme seg suicid, og representerer på mange måter en tilbakeføring til individuelle karakteristika som Durkheim kritiserte ved det liberalistiske perspektivet på selvmord på 1800-tallet. Det skiller seg dog markant fra disse tidligere perspektivene ved at

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

analysenivået er mer komplekst, og beskriver nevnte individuelle karakteristika og prosesser i samhandling med omgivelsene. Individet beskrives med agens og innflytelse på egen opplevelse, men også påvirket av indre og ytre prosesser og faktorer. Agens gir opplevelse av handlingsrom, og at individet har flere valg. Eksistensialister anerkjenner suicid som et rasjonelt valg, mens det kognitive perspektivet ser valget som tvunget frem som eneste løsning i et belastet kognitivt system og ikke som et fritt og rasjonelt valg. Det kognitive perspektivet bruker med andre ord et analysenivå som er fokusert på kognitive prosesser i det enkelte individ, men bringer med seg innsikter fra tidligere perspektiver med andre analysenivå og fokusområder.

Et kognitivt perspektiv på selvmord er trolig den mest dominante teorien for å forklare selvmordsatferd i dag, og springer ut fra den kognitive bølgen på 60-tallet og frem til i dag. Forskningen på kognitive prosesser peker på spesifikke, dysfunksjonelle mønstre av tanker som er vanlige hos suicidale individer, særlig inklinasjoner mot dikotomisk tankegang og rigide tankemønstre som sjeldent leder til løsninger (Lester, 1988; Nock et al., 2008). Det er også evidens som peker på at suicidale individer har polariserte syn på seg selv og vansker med å utforske alternativer til selvmord (Hughes & Neimeyer, 1990). Det trekkes også frem at de ofte har ekstremt pessimistiske syn på livet, og uttrykker en ekstrem håpløshet knyttet til fremtiden (Beck, 1970). Beck og kolleger fant at håpløshet var den kognitive faktoren som var mest reliabelt korrelert med selvmord, selv mer en depresjon (Beck, 1996). Et større tillegg til Becks (1996) teori har vært konseptet om “modus”, som er en struktur innen personligheten som inneholder skjema som relaterer seg til kognitive, affektive, atferdsmessige, og motivasjonelle aspekter ved personlighet. Det kognitive systemet ved den suicidale modus består av et suicidalt antakelsessystem som inneholder selvmordstanker, og kjerneantakelser om å ikke kunne bli elsket, hjelpeløshet, dårlig stresstolleranse, samt den kognitive triaden av tanker og antakelser om at selvet er verdiløst, at andre er avvisende, og at

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

fremtiden er håpløs (Rudd, Joiner, & Rajab, 2001). På denne måten forsøker modellen å predikere at et selvmordsforsøk vil kunne forekomme når det suicidale kognitive systemet aktiverer nok beredskap i fysiologiske og atferdsmessige/motivasjonelle systemer til at suicid kan gjennomføres (Rudd et al., 2001). En implikasjon av dette vil være at arbeid med det kognitive systemet vil kunne føre til reduksjon i de to tilhørende system, og derfor redusere selvmordsatferd.

Shneidman (1977) beskriver hvordan psykisk smerte motiverer personen til å begå selvmord når de ulike aspektene ved selvmordsatferd er tilstede. Shneidman identifiserte fem klynger med innsnevrede psykologiske behov som selvmord ofte faller innenfor: 1) forhindret kjærlighet, aksept, og tilhørighet; 2) brudd i opplevelse av kontroll, forutsigbarhet, og en ordnet verden; 3) et selvilde under angrep og unngåelse av skam; 4) brudd i viktige relasjoner og påfølgende sorg og tapsopplevelse; 5) overdrevet sinne, raseri, og fiendtlighet (Shneidman, 1996). Shneidman (1985) påpeker videre det suicidale individs forsøk på å finne en logisk løsning på dets uutholdelige smerte eller situasjon. Sammen med en følelse av håpløshet og hjelpeløshet kan ideen om døden sees som den eneste logiske løsningen på problemet. Konflikt eksisterer i personen ved ambivalens til døden, både ønsket om å dø og å leve kan være genuine på en gang. Selvmordet forekommer derfor når intellekt og affekt innskrenkes i den suicidale modus, og ingen andre mulige løsninger på problemet blir presentert i det kognitive system.

Interpersonlig teori

Thomas Joiners interpersonlige teori (2007) om selvmord er et nyere perspektiv med røtter i kognitiv-atferdsterapi, og er basert på en rekke teorier om selvmord som gikk forut den. Joiner undersøker hvorfor noen som opplever smerte, håpløshet, og tap begår selvmord mens andre ikke gjør det. Han påpeker at noen mennesker utvikler en evne til å skade seg selv på en dødelig måte gjennom spesifikke negative livshendelser, og ofte gjennom øving ved

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

selvskade (Joiner, 2007). Han påpeker at det biologiske instinktet for selvivaretagelse er sterkt og tilstede i alle mennesker, at dette instinktet er vanskelig å overvinne, og at evnen til å selvskade er relativt sjelden. Evnen til å gå imot dette instinktet er mer vanlig i enkelte populasjoner som har blitt desensitivisert til skremmende eller smertefulle opplevelser, som selvskader, eller som har blitt utsatt for overgrep som barn (Joiner, 2007). Denne tilegnede evnen er hva Joiner mer enn noe annet trekker frem som den faktoren som skiller fra hverandre de som begår selvmord, de som forsøker å begå suicid, og de som aldri gjør forsøk selv om de tenker på det. Selvmordshandlinger er ifølge Joiner (2007) bestående av tre dimensjoner: tilegnet dødelig evne til å skade seg selv; opplevelse av å være en byrde; og manglende opplevelse av tilhørighet.

Denne teorien beskriver hvordan motgang, gjentatt avvisning og utfordrende relasjoner, relasjonell stil, dysfunksjonelle reguleringsmetoder, og sterk psykisk smerte bidrar til selvmordsatferd som vedvarer over tid. Dette perspektivet viderefører tidligere innsikter, samtidig som det tilbyr nye innsikter ved et nytt analysenivå av fenomenet. Det interpersonlige perspektivet på selvmord gir også en begynnende forståelse for hvordan selvmord og selvmordsatferd utarter seg for mennesker som presenterer vansker knyttet til kronisk suicidalitet, og hvordan dette kan forstås som et mer helhetlig og sammenkoblet fenomen som utspiller seg i mennesker med et høyt nivå av lidelse over tid.

De ulike teoretiske rammeverkene, fra Durkheim til Joiner, beskriver alle selvmord ved ulike analysenivå, og trekker frem ulike faktorer som viktige for å forklare hvorfor noen mennesker begår selvmord. Fra Durkheims sosiokulturelle perspektiv med fokus på samfunnets regulering av individet, Freuds intrapsyriske perspektiv med fokus på indre konflikt, det fellesmenneskelige eksistensielle perspektiv med fokus på ansvar for eget liv, det kognitive perspektiv med vekt på kognitive systemer i samhandling, og til interpersonlig teori med vekt på samhandling mellom faktorer i miljø og individ. Disse teoriene beskriver ulike

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

årsaker, og trekker med seg viktige innsikter fra et perspektiv til et annet. Viktigere enn hva som er likt eller ulikt ved de ulike perspektivene er heller kanskje de ulike innsiktene i de enkelte forståelsesmodellene og hvordan dette har drevet kunnskapen om fenomenet videre. Synet på selvmord har på denne måten også hatt en historisk-dialektisk utvikling med kontinuerlig utvikling og dybde. Dette fører med seg en forståelse av konseptet som helhet, og ikke bare forstått i et enkelt rammeverk isolert. Et tydelig likhetstrekk mellom de ulike perspektivene er også hvordan ulike faktorer fører til et innsnevret handlingsrom for individet, hvor det ikke opplever at det har noen annen reell mulighet til å håndtere sine problemer enn ved å begå selvmord. Dette er viktig for å forstå de vansker som mennesker med et kronisk forløp av suicidalitet opplever.

Kronisk suicidalitet - Personlighetsforstyrrelser og suicid

Mennesker som presenterer et kronisk forløp av selvmordstanker, -forsøk, og kommunikasjon har opplevelser som i stor grad kan beskrives ved de tidligere nevnte perspektiver. Opplevelsen av konflikt mellom et ønske om å dø og å leve er mer vedvarende, og ikke isolert til enkelte kriser. En forståelse av kronisk suicidalitet krever derfor et komplekst rammeverk, som innebefatter kunnskap fra en rekke perspektiver og analysenivåer på en helhetlig og sammenkoblet måte. Denne gruppen vil også presentere noen problemstillinger som i større eller mindre grad er unik for gruppen, samtidig som tidligere nevnte faktorer også gjør seg gjeldende. Paris (2017) beskriver at arbeid med pasienter som har et kronisk forløp av suicidalitet blant annet krever at terapeuter må tolerere tilstedeværelsen av suicidalitet. Dette utdypes videre ved en gjennomgang av fire poenger: Først, den indre verden til den kronisk suicidale pasient består av smerte, tomhet, og håpløshet, og suicidalitet er et forsøk på å håndtere disse tilstandene. Kronisk suicidalitet er også vanligvis ikke forklart av depresjon alene, men er sterkt assosiert med personlighetsforstyrrelser. Det tredje poenget er at metoder som generelt anbefales for å møte

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

suicidalitet er ineffektive, kontraproduktive og noen ganger skadelige i møte med kronisk suicidale pasienter. Og til slutt, effektiv terapi krever at terapeuten tolererer kronisk suicidalitet når en jobber mot sunnere måter å leve på.

Et kronisk forløp av suicidalitet indikerer ofte tilstedeværelsen av en personlighetsforstyrrelse, karakterisert av dysfunksjonelle måter å håndtere indre og ytre hendelser, samt kompliserte relasjonelle vansker (APA, 2013; WHO, 2016). Mennesker som har vansker med å opprettholde grunnleggende livsvilkår er også mer tilbøyelige til å vurdere selvmord (Fergusson, Woodward, & Horwood, 2000). Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUP) er særlig knyttet til kronisk suicidalitet som en av de definerende trekkene ved lidelsen, sammen med markert ustabil humør, impulsivitet, nevrotisisme, ustabile relasjoner, og mikropsykotiske fenomen (APA, 2013; Paris, 2016, 2017; WHO, 2016). Overdrevne og dysfunksjonelle versjoner av personlighetstrekk kommer typisk til utspill som vansker med affektregulering, impulsivitet, maladaptive kognitive mønstre, og vansker med interpersonlige forhold (Paris, 2003). Fergusson et al. (2000) fant at selvmordsforsøkere hadde signifikant høyere grad av personlighetstrekket nevrotisisme, som definerer et individs sårbarhet for dysforiske følelser. Mennesker med en forhøyet sårbarhet for å oppleve dysforiske emosjoner i møte med ytre og indre opplevelser er derfor mer tilbøyelige til å tenke på selvmord.

Psykopatologien som kommer til uttrykk ved en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en kombinasjon av en rekke ulike domener og dimensjoner. Det er særlig to trekk som er fremtredende ved lidelsen: impulsivitet og affektiv ustabilitet (Siever & Davis, 1991). I DSM systemet er affektiv ustabilitet definert som en markert reaktivitet av humør, som intens episodisk dysfori, irritabilitet eller angst som varer noen få timer, og noen ganger flere dager (APA, 2013). Linehan (1993) beskriver dette samme fenomenet som emosjonell dysregulering, en bred dimensjon av personlighet som ligner på nevrotisisme ved

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

fem-faktor modellen. Emosjonell dysregulering kan beskrives som en spesifikk form for nevrotisisme hvor humøret både er ustabil og kronisk dysforisk. Emosjoner er dysregulerte når de er unormalt intense og bruker lang tid på å returnere til normaltilstand (Linehan, 1993). Disse fenomenene er beskrevet og dokumentert hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og er faktorer som skiller seg fra andre personlighetsforstyrrelser (Koenigsberg et al., 2002). Emosjonelt ustabile pasienter kan derfor beskrives som å skåre høyt på personlighetstrekket nevrotisisme, et personlighetstrekk som kommer til uttrykk med markert negativ emosjonell reaktivitet over en rekke stimuli i miljøet.

Emosjonell dysregulering, nevrotisisme og andre symptomer knyttet til stemning er alene ikke tilstrekkelig for å beskrive de vansker som medfører en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse diagnose. Et annet viktig trekk ved suicidalitet er impulsivitet, som referer til en manglende evne til å kontrollere atferd, og kan beskrives som å være lav på trekket planmessighet (Widiger & Costa Jr, 2013). Impulsivitet omhandler vansker med å utsette responser og/eller tenke igjennom konsekvenser av handlinger. Impulsive trekk uttrykkes ofte gjennom aggressive handlinger, og beskrives som impulsiv aggresjon (Coccaro et al., 1989). Impulsivitet vanskeliggjør et individs evne til å handle annerledes enn hva dets første impuls tilsier, og høy grad av impulsivitet innskrenker på denne måten handlingsrommet. Høye nivåer impulsivitet assosieres også ofte med forsøk og gjennomføring av suicid, og studier indikerer at så mange som en tredjedel av mennesker som gjennomfører suicid også har en historie med rusmisbruk (Cavanagh, Carson, Sharpe, & Lawrie, 2003). Ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er gjennomføringsraten for selvmord nært 10 % (Paris, 2003; APA, 2001; Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004; Inskip et al., 1998), og rusmisbruk øker denne risikoen (Links & Kolla, 2005). Links, Heslegrave, and Reekum (1999) knytter impulsivitet til emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og påpeker at det er et sentralt begrep på flere måter: Langtidsutfall av emosjonelt ustabil

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

personlighetsforstyrrelse predikeres best ved mål på impulsive trekk, hvor høyere grad av impulsivitet indikerer mer suicidatferd (White, Gunderson, Zanarini, & Hudson, 2003).

Ifølge Paris (2017) vil en kombinasjon av dysfunksjonelle personlighetstrekk være assosiert med kronisk suicidalitet. Affektiv ustabilitet eller emosjonell dysregulering skaper en konstant psykisk smerte som leder til selvmordstanker, men ikke selvmordshandlinger. Impulsivitet på sin side leder pasienten til å faktisk utøve selvmordsforsøk når pasienten er i en tilstand av emosjonell dysregulering. Psykisk smerte, impulsivitet og affektiv ustabilitet gjør suicidal atferd til eneste alternativ for pasienten ved å påvirke kognisjonen slik at den blir rigid, og hvor få alternativer blir presentert til individet. Pasienten klarer derfor ikke å undersøke andre løsninger eller benytte seg av alternative mestringsstrategier, og suicidal atferd står igjen som den mest dominante responsen.

Kronisk suicidalitet: psykisk smerte, tomhet, håpløshet og uten kontroll.

En kronisk tilstedeværelse av suicidale tanker og atferder gir indikasjon på et indre liv preget av dyp håpløshet og intens psykisk smerte. Det må med andre ord ligge en ekstrem lidelse bak et liv dedikert til selvmordet. Paris (2017) påpeker at det å opprettholde selvmord som en mulighet kan utvikle seg til å bli en slags identitet eller måte å definere seg selv på utsiden av grensene til den levende verden. Det å holde døren til døden halvåpen på denne måten vil paradoksalt nok kunne la mennesker holde seg i live i påvente av bedre tider. Paris (2017) indikerer fire sentrale faktorer ved kronisk suicidale og deres opplevelse som bestående av: intens psykisk smerte; tomhet; håpløshet; og et behov for kontroll. Intens psykisk smerte er en viktig faktor som driver suicidalitet (Shneidman, 1973), hvor det å dø blir en måte å unnslipe disse overveldende følelsene. Shneidman (1998) beskriver den introspektive prosess hvor selvmordet som løsning på det uløselige problemet knyttet til indre psykisk smerte gradvis sirkler seg inn, hvor den endelige løsningen må være selvmordet og ingenting annet. Han beskriver denne prosessen som en gradvis innsnevring av bevisstheten i

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

møte med psykisk smerte som individet ikke klarer å løse, fjerne, distrahere seg fra, eller tolerere (Shneidman, 1998), og på denne måten forsvinner andre handlingsalternativer for pasienten, handlingsrommet innskrenkes og dominante responser vektlegges.

En sentral faktor ved lidelsestrykket til pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er at de har lavere terskel for å oppleve psykisk smerte. Disse pasientene vil derfor lettere kunne ty til suicidal atferd for å regulere følelser, med utfall at de kommuniserer mer intensjon, gjør flere tilnærminger, og forsøk. Linehan (1993) påpeker at dysforiske følelser ved EUP ofte er intens og krever mer tid for å returnere til baseline nivåer av aktivering. Mennesker med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse viser også ofte hurtige humørendringer, og viser høy grad av sensitivitet til stressorer (Gunderson & Phillips, 1991). Disse intense svingningene og opplevelsen av overveldende stress medfører derfor at pasienten forsøker å regulere sine emosjoner på en like intens måte, da ofte med selvmordsatferd eller selvskading som er den dominante responsen (Linehan, 1993).

Tomhet innebærer en følelse av dyp avkobling til verden, en opplevelse av å så vidt eksistere på noen som helst meningsfull måte (Orbach, 2003). Dette skiller seg klart fra depresjon som ofte innebærer en følelse av tap, mens tomhet heller indikerer at en aldri har hatt noe og at en aldri vil ha noe. Dette er en intens følelse av å mangle, som ofte fører til et behov for å bare føle noe som helst, uansett hva dette skulle være. Som beskrevet medfører ofte intense følelser like intense forsøk på regulering.

Håpløshet er ikke bare relatert til kronisk suicidalitet, men er vist å være en viktig faktor i alle typer suicidal atferd (Beck, Lettieri, & Resnik, 1974). Mennesker med EUP har ofte lavere livskvalitet, mange står uten arbeid, har få eller ingen meningsfulle relasjoner, og de relasjonene de har er ofte preget av konflikt, og mange sliter med å huske at de noensinne har vært lykkelig (Paris, 2017). Mangel på håp leder ofte til et forsøk på å etablere kontroll, og når en ikke har kontroll over eget liv så kan døden eller muligheten til å dø bli et attraktivt

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

alternativ. Når pasienter begynner å oppnå tryggere og sunnere mestring i livet, vil de også kunne bli mindre håpløs og ikke lenger ha behov for døden som verktøy for mestring, og kan på denne måten utvide sitt livsrom. Paris (2017) peker også på at denne pasientgruppen ofte opplever at de ikke har noen kontroll over sine omstendigheter, og at ingenting de selv gjør påvirker det negative utfallet. Pasienten vil ha behov for nye mestringsstrategier, både for å oppleve kontroll over sine omgivelser, men også for å håndtere sterke dysforiske emosjoner som setter dem ut av stand til å handle på en mer produktiv måte.

Et tydelig funn påpeker at de fleste pasientene slutter å utføre repeterte selvmordsforsøk etter at de når middelalder (Maris, 1989). Til tross for at retningslinjer rapporterer selvmordsrater opp mot 10 % for pasienter med EUP (Paris, 2003; APA, 2001; Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004; Inskip et al., 1998), forekommer det en nedgang i selvmordsraten hos pasienter med EUP etter hvert som de blir eldre. Denne gradvise reduksjonen i suicidal atferd relateres til at pasienter blir mindre impulsive med alderen (Oldham, Skodol, & Bender, 2014). Paris (2017) påpeker at flesteparten av selvmordene som utøves av personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse forekommer mellom 30 (Paris, Brown, & Nowlis, 1987; Stone, 1990) og 37 år (Paris & Zweig-Frank, 2001), og at svært få gjennomfører selvmord før fylte 30 år. Paradoksalt nok forekommer gjerne suicidal atferd i form av suicidforsøk og -tanker hyppigere tidlig i sykdomsforløpet, i tyveårsalderen, og Paris (2016) påpeker at gjennomførte selvmord sjeldent forekommer når terapeuten frykter det mest. Gjennomførte selvmord relateres til at eldre pasienter som ikke kommer seg fra lidelsen, men har vært igjennom flere mislykkede behandlingssituasjoner, og at de derfor opplever sin situasjon som mer håpløs (Paris, 2017). Dette byr på utfordringer for behandlingsapparatet i arbeid med kronisk suicidale pasienter som kan vise mye suicidal atferd tidlig i forløpet, men med tiden gjerne vil bli mindre impulsive, lære seg nye mestringsstrategier og få et større handlingsrom i suicidale kriser.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Selvordsatferd med et kronisk forløp kan forstås som et komplekst samspill mellom personlighetsfaktorer, personlighetspatologi, forsøk på emosjonsregulering, psykisk smerte, og et forsøk på å gjenvinne kontroll. Personen som lever med en kronisk nærhet til selvmord og selvordsatferd fremstår med dette perspektivet som dypt lidende, og svært aktiv i sitt forsøk på å få det bedre, men hvor ulike prosesser innsnevrer personens evne til å handle annerledes enn hva den er kjent med og som de mestrer. Kronisk suicidale pasienter trer frem i verden som dypt ambivalent til spørsmålet om de vil leve eller dø, med en opplevelse av et svært snevert handlingsrom i møte med sine utfordringer og få alternative mestringsstrategier.

Dialektisk filosofi og utviklingen av dialektisk atferdsterapi

Det er tydelig at det er et skille mellom kronisk suicidale og akutt suicidale pasienter, og Linehan (1993) trekker frem emosjonell dysregulering som et kjernesymptom som kan relateres til EUP hos de kronisk suicidale pasientene. Når suicidalitet har manifestert seg som et symptom på en personlighetsforstyrrelse, og suicidal atferd har etablert seg som en mestringsstrategi i møte med emosjonell dysregulering, opplever pasienten et dialektisk dilemma mellom å leve eller å ta sitt liv. Pasienten forsøker å løse problemene de møter i livet, men uten tilstrekkelige ferdigheter blir suicidal atferd eneste handlingsalternativ.

Senere i oppgaven vil det belyses nærmere hvordan emosjonell dysregulering forklares med bakgrunn i den biososiale teorien, og hvordan den og atferdsteori har vært sentral i utviklingen av dialektisk atferdsterapi, behandlingstilnærmingen med størst empirisk evidens i behandling av pasienter med kronisk suicidalitet og EUP (Bendit, 2014; Kliem, Kröger, & Kosfelder, 2010). Den dialektiske filosofien var et godt rammeverk for å utvikle en terapi for kronisk suicidale pasienter som står i et dialektisk dilemma mellom å leve eller å ta sitt eget liv.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Den tyske filosofen Hegel utdypet den dialektiske posisjonen i moderne tid (Hegel, 1807; Linehan & Schmidt, 1995). I den dialektiske filosofien ansees verden som helhetlig, motsetningsfull og i konstant endring (Hegel, 1807), og dette filosofiske bakteppet skulle vise seg å være et godt utgangspunkt for å etablere en psykoterapi for å hjelpe mennesker med store psykiske vansker og selvdestruktiv atferd. Marsha M. Linehan introduserte dialektikk i psykoterapien, og utviklet Dialektisk Atferdsterapi (DBT) på 1980-tallet, en behandling som skulle hjelpe kronisk suicidale voksne (Lungu & Linehan, 2017). På 1980 og 90-tallet arbeidet Linehan med kronisk suicidale pasienter med EUP, pasienter fanget i et dialektisk dilemma hvor de på den ene siden ønsket hjelp for å få det bedre, mens de på den andre siden og uttrykket et ønske om å avslutte livet. Her følger en redegjørelse for prinsippene som karakteriserer den dialektiske filosofien og senere i oppgaven vil vi diskutere nærmere hvorfor kronisk suicidalitet er et dialektisk dilemma i lys av dette perspektivet.

Prinsipper i dialektisk filosofi.

I dialektikken anser man verden som en sammenkoblet helhet. Man har et systemperspektiv på virkeligheten, noe som innebærer at analyser av delene i et system har begrenset verdi med mindre analysen tydelig relaterer delene til helheten (Hegel, 1807; Linehan, 1993). Hegel (1807) argumenterer for at deler og helheter utvikler seg som en konsekvens av deres relasjoner, og slik utvikles også relasjonen mellom delene og helheten. En ting kan ikke eksistere uten en annen, og denne ene får sine egenskaper fra sin relasjon til den andre, og begge egenskaper utvikles som en konsekvens av relasjonen (Levins & Lewontin, 1985).

Med dette prinsippet blir det meningsløst å tolke selvet uten å relatere det til miljøet det eksisterer i. Det gir heller ikke mening å arbeide med atferd uten å relatere det til følelser, tanker og konsekvenser. Prinsippet gjør at man alltid må vurdere konteksten rundt et individ, noe som gjør seg gjeldende i DBT med at man fokuserer på å skape endringer både i den

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

individuelle pasienten og de konteksten og miljøet pasienten er en del av (Lungu & Linehan, 2017). Helhetsprinsippet preger også hvordan man vurderer emosjonelle responser til å være responser i hele atferdssystemet, bestående av kognitive, fysiologiske og motoriske atferder som henger sammen og påvirker hverandre gjensidig (Lungu & Linehan, 2017).

Dialektikken fokuserer i stor grad på kompleksiteten til denne helheten. Virkeligheten er ikke statisk, men sammensatt av motsettende krefter som står i spenning til hverandre. Disse motsetningene er teser og antiteser som stadig integreres i synteser, som igjen gir nye motsetninger (Heard et al., 1994; Hegel, 1807). Dette betyr med andre ord at i enhver ting eller system finnes det polariteter, til enhver påstand finnes det en motsetning, og disse sannhetene eksisterer side om side samtidig (Linehan, 1993). Med et slikt prinsipp kan DBT fokusere på aksept og endring parallelt. Med dette dialektiske prinsippet vil man se annerledes på psykopatologi. Man vil se at i dysfunksjon finnes funksjon, i forvrenging finnes nøyaktighet og i ødeleggelse finnes det konstruksjon. Med en slik forståelse av tilsynelatende mistilpasset atferd hos mange pasienter er det enklere å forstå atferdens funksjon og validere den (Linehan, 1993), eksempelvis kan suicidal atferd forstås som forsøk på emosjonsregulering.

I en sammenkoblet, motsetningsfylt virkelighet hvor teser og antiteser stadig integreres i synteser er den eneste konstanten at ting er i kontinuerlig endring. Syntesen som dannes av spenningen mellom tesen og antitesen blir en ny tese med tilhørende antitese i et nytt system. Slik pågår endringen kontinuerlig (Linehan, 1993). I DBT skapes det terapeutisk endring gjennom både akseptbaserte og endringsbaserte strategier, i tillegg til dialektiske strategier. De endringsbaserte strategiene har utgangspunkt i atferdsterapien og skaper endring gjennom å arbeide for å redusere dysfunksjonell atferd og forsterke funksjonell atferd. De akseptbaserte strategiene skaper og endring gjennom å lære pasienten å akseptere virkeligheten uten å forsøke å endre den.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Disse kjernestrategiene og de dialektiske strategiene vil forklares og diskuteres nærmere senere i oppgaven, og vi vil forsøke å argumentere for hvorfor disse strategiene kan bidra til å løse det dialektiske dilemmaet til pasienter med kronisk suicidalitet. Vi vil drøfte hvordan en slik dialektisk forståelse av kronisk suicidalitet kan øke både pasienter og behandleres handlingsrom.

Helsevesenets håndtering av kronisk suicidalitet

Helsedirektoratet (2008) har utarbeidet nasjonale retningslinjer for hvordan man i psykisk helsevern skal forebygge selvmord. Det er et uttalt helsepolitisk mål å redusere selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern, og å sikre forsvarlig behandling av suicidale pasienter (Helsedirektoratet, 2008). Et viktig tiltak for å nå dette målet er å forbedre helsepersonells evne til fange opp tilfeller hvor det er suicidalfare. Dette gjøres gjerne gjennom kartlegging og selvmordsrisikovurdering. Helsedirektoratet anerkjenner et viktig faktum som belyses gjennom forskningen på selvmord: til tross for mange kjente risikofaktorer er det ikke mulig å forutse enkelte selvmordstilfeller. Likevel er kartlegging av selvmordsrisiko en sentral del av helsevesenets forsøk på å begrense og forebygge selvmord. Kartlegging dreier seg om å spørre alle pasienter i psykisk helsevern om de har eller har hatt selvmordstanker eller -planer, og om de tidligere har gjort noen selvmordsforsøk. Den aktuelle psykiske status vurderes i relasjon til kjente risikofaktorer og selvmordstanker eller -planer. Kartleggingen etterfølges av en risikovurdering som kan føre til iverksettelse av behandlingstiltak om det vurderes som hensiktsmessig (Helsedirektoratet, 2008). Både kartleggingen og risikovurderingen forutsetter kunnskap om de mest kjente risikofaktorene, diagnostikk og kliniske intervjuferdigheter, i tillegg til relasjonell kompetanse.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Manglende prediktiv verdi ved kjente risikofaktorer.

Helsedirektoratet (2008) hevder de mest sentrale risikofaktorene for en økt selvmordsfare er psykisk lidelse; rusmiddelavhengighet/-bruk; tidligere suicidforsøk; brudd i relasjoner (inkl. utskrivning fra døgnet); selvmord i familien; tap av selvaktelse/ærekrenkelse; og manglende nettverk. I Norge forekommer det omtrent 500 selvmord årlig (Helsedirektoratet, 2008). Rundt 25% av disse er pasienter som er eller har vært innlagt i psykisk helsevern siste 3 årene. Tall på selvmordsforsøk er vanskelige å måle, og de fleste forsøk som gjøres registreres aldri på noen måte. Det antas likevel at det er rundt 100 ganger flere forsøk enn gjennomførte selvmord (Helsedirektoratet, 2008). Selvmordstanker og -planer er svært vanlig for psykisk syke, og selv om selvmord er et alvorlig tema, er selvmord uansett et sjeldent forekommende fenomen. Typiske risikofaktorer som skal vurderes er diagnoser, selvmordstanker, tilgjengelige metoder, tidligere selvmordsforsøk, intensjon ved forsøk og selvskading. Hensikten er at informasjon om disse fenomenene skal kunne si noe om risiko, men også gi indikasjon på selvmordsforebyggende tiltak.

Mange psykiske vansker assosieres med høy forekomst av suicid, og ulike diagnosegrupper som Schizofreni, depresjon, bipolar lidelse, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og alkoholisme har alle gjennomføringsrater for selvmord så høyt som 10 % (Paris, 2003; APA, 2001; Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004; Inskip et al., 1998; Linehan, Rizvi, Welch, & Page, 2000). Problemet med å bruke diagnose som kriterier for å anta risiko er at den sier lite om den individuelle risikoen for den enkelte pasient på et gitt tidspunkt, bare diagnosegruppen som helhet og ikke til noen gitt tid. Diagnosen kan sees som en bred kategori for atferder og opplevelser som deles av et stort antall mennesker, og er på denne måten et dårlig verktøy for å vurdere suicidalfare på individnivå. Statistisk risiko kan med andre ord bare si noe om gjennomføring av suicid på et gruppenivå, og lar seg ikke

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

nødvendigvis oversette til individnivå. Det å slutte fra data på populasjonsnivå til individnivå innebærer et logisk sprang som i metodelæren kalles økologisk feilslutning (Robinson, 2009).

Selvordstanker trekkes ofte frem som en annen viktig faktor for å predikere selvmord, og uttalte selvmordstanker hos en pasient iverksetter ofte ressurser for å ivareta pasienten. Selvmordstanker tenkes å være tilstede hos mennesker som tar selvmord, men studier viser at prevalensen av selvmordstanker i normalbefolkningen er såpass høy at tilstedeværelsen av selvmordstanker alene har liten prediktiv verdi på gjennomført selvmord. Epidemiologiske studier har rapportert livstidsprevalens ved selvmordstanker for alle aldre å være 17 % (Kessler et al., 1994; Weissman et al., 1999). Dette indikerer at selvmordstanker er svært vanlige, og at så mange som en av seks personer tenker på et hvert tidspunkt at de ønsker å avslutte livet. Sammenlignet med prevalensen for gjennomførte selvmord som er 11 per 100 000 personer (Grunbaum et al., 2004), blir det tydelig at gapet mellom selvmordstanker og faktisk selvmord er stort. Selvmordstanker kan derfor vanskelig brukes som et godt og reliabelt mål for å vurdere risiko for selvmord.

Flesteparten av de som tenker på selvmord vil likevel aldri gjøre noe forsøk. Tall fra USA viser at rundt 1 av 20 personer vil gjøre et eller annet forsøk på selvmord i løpet av sitt liv (Kessler, Berglund, Borges, Nock, & Wang, 2005; Weissman et al., 1999). Ratioen for tanker til forsøk er derfor 6:1, mens ratioen for forsøk til gjennomføring er 500:1. En lengre oppfølgingsstudie over en periode på 3-22 år på pasienter som møter til akutt-legevakt med selvmordsproblematikk viser at rundt 3 % til slutt dør av selvmord (Zahl & Hawton, 2004). Raten for fullført selvmord var også dobbelt så høy for de med flere forsøk kontra de med et enkelt forsøk. Selvmordsforsøk kontekstualisert som risikofaktor indikerer at flere forsøk øker sjansen for å til slutt dø, men også at de fleste som dør, dør på første forsøk. Samtidig vil mange som begår flere forsøk aldri dø i selvmord. Selvmordsforsøk som gruppefenomen blir derfor vanskelig å oversette til å si noe meningsfullt på individnivå.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Det er altså flere personer som tenker på selvmord enn det er personer som faktisk forsøker å gjennomføre et selvmord. Det er også flere personer som forsøker å ta sitt liv enn det er personer som tar sitt liv. Den viktigste faktoren for å si noe om intensjonen bak selvmordsatferden er derfor metoden som brukes (Maris et al., 2000), hvor mer dødelige midler signaliserer kraftigere intensjon. Paris (2017) påpeker at prediksjon av selvmord på grunnlag av selvmordsforsøk vanskelig lar seg gjøre da gjennomføring er såpass sjeldent sett relativt til forsøk. I tillegg vil de fleste dødsfall på grunn av selvmord skje på første forsøk, og følger ikke andre mislykkede forsøk. Gjennomføring av selvmord på første forsøk viser seg å være så høy som 75%, og hvor 88% av gjennomføringene var første forsøk hos personer over 45 år (Paris, 2017). Intensjonen bak selvmordsatferden blir derfor vanskelig å si noe meningsfullt om i forsøk på å predikere fremtidig selvmordsatferd.

En av de viktigste faktorene for gjennomføring av suicid er tilgang på dødelige metoder (Pirkola, Isometsä, & Lönnqvist, 2003). Flere studier har vist resultater som gir evidens som indikerer at redusert tilgang på dødelige metoder har en preventiv effekt på gjennomføring med den gitte metoden (Johnson & Coyne-Beasley, 2009). Gjennomføringen av selvmord varierer også med metoder. Ved bruk av håndvåpen omkommer omtrent 85%-90% av de som gjør forsøk, og så få som 1%-2% ved de metodene som oftest brukes ved mindre alvorlige forsøk som overdose på medisiner og skarpe objekter (Spicer & Miller, 2000). Omtrent 90 % av de som overlever et selvmordsforsøk vil heller ikke dø av selvmord ved en senere anledning (Owens, Horrocks, & House, 2002). En rekke studier har vist at tilgjengeligheten av metoder påvirker valg av metoder (Bowers, Banda, & Nijman, 2010; Kreitman, 1976; Marzuk et al., 1992; Thomas & Gunnell, 2010). Disse studiene sier noe om hvilke metoder som brukes på gruppenivå som også er tilgjengelige for store deler av befolkningen uten at de blir brukt i suicid hensikt. Tilstedeværelsen av tilgjengelige metoder

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

kan si noe om hvilke metoder som typisk blir brukt i et område på gruppenivå, men det blir vanskelig å predikere på individnivå hvem som kommer til å bruke dem i suicidal hensikt.

Kort oppsummert blir det tydelig at prediksjon av hvilke pasienter som vil forsøke å begå suicid vanskelig lar seg gjøre basert på de kjente risikofaktorene, og at de alene vanskelig gir indikasjon på hvilke pasienter som trenger ytterligere sikringstiltak. Det kan også tenkes at overdrevent fokus på disse faktorene vil kunne stå i veien for effektiv terapi som skal sette pasienten i stand til å mestre sine vansker på mer hensiktsmessige måter, og gi mulighet for økt handlingsrom i møte med kriser.

Selvmondsforebygging

De fleste pasienter med flere risikofaktorer begår aldri selvmord (Paris, 2017). Selvmord viser seg vanskelig å predikere, og det er ingen forskning som indikerer at selvmord kan predikeres eller forhindres på et individuelt nivå (Goldney, 2000). Selvmord kan forstås både i et prospektivt og i et retrospektivt perspektiv. Shneidman (1996) påpeker at ca. 70 % av de som begår selvmord gir forutgående varsler om det, samtidig som de fleste varsler ikke ender i selvmord, altså falske positiver. Fra et retrospektivt perspektiv kan det se ut som om selvmord er langt lettere å predikere, da 70 % av tilfellene tilsynelatende var varslet. Den samme prosessen sett i et prospektivt perspektiv viser at de fleste av varslene ikke ender med selvmord (Shneidman, 1996). Denne perspektivforskjellen kan ofte føre til manglende forståelse eller konflikt mellom personer med prospektivt perspektiv som leger og psykologer, og personer som har et retrospektivt perspektiv som pårørende og media (Larsen, 2010). Forhindring av selvmord viser seg å være vanskelig når prediksjon er umulig. Det finnes ingen sikre faktorer å basere tiltak på som skal forhindre gjennomføring av selvmord, og man vil derfor aldri vite hvorvidt man faktisk forhindret et selvmord eller reagerte på en falsk positiv. Det forekommer ikke evidens for at utdanning, forbedrede sosiale forhold og støtte, eller bedre opplæring har noen effekt på muligheten til å forhindre gjennomføring av

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

selvmord (Wilkinson, 1994). Selv om man ikke kan forhindre eller behandle selve selvmordet, viser det seg derimot at man kan behandle tilstander som medfører risiko for selvmord, som depresjon og håpløshet (Gaynes et al., 2004). Psykoterapeutiske teknikker har effekt på disse tilstandene som medfører økt statistisk risiko for selvmord på gruppenivå, og økt mengde terapeuter og tilgang på terapi over lengre tid har økt (Maris et al., 2000). Dette fører paradoksalt nok ikke til endret forekomst av selvmord over tid (Solomon & Hellon, 1980). Flere studier har derimot påpekt at intervensjoner kan redusere frekvensen av selvmordsforsøk, men ikke gjennomførte suicid (Linehan, 1993). Dette gir indikasjoner på at en 0-visjon når det kommer til selvmord trolig er umulig å gjennomføre.

Paris (2017) påpeker at terapeuter ofte blander sammen, eller ikke klarer å skille mellom selvmordsatferd, og faktisk gjennomført selvmord. På denne måten blir ofte selvmordsatferden og den psykiske smerte den er et uttrykk for, opplevd som svært dramatisk og et uttrykk for større fare enn hva det trolig reelt innebærer. Forebygging av selvmord fremstår likevel som et viktig innsatsområde, og toleransen for selvmord er generelt sett lav. Finnes det metoder for å forebygge selvmord når fenomenet ikke lar seg predikere på individnivå?

Begrense tilgang på metoder

Innskrenkning eller begrensning av metoder for å begå selvmord kan gjøres på individnivå, som for eksempel ved innleggelse på døgnpost, inndragning av våpen, eller ved kontinuerlig observasjon. Befolkningsbaserte begrensninger baserer seg på innskrenkning av tilgjengeligheten av metoder ved endret politikk, lovgivning, utforming, og er mer systemiske (Johnson & Coyne-Beasley, 2009). Tanken bak disse befolkningsbaserte begrensningene er at selvmordsforsøk ofte er en impulsiv handling, og begrensning av metoder som gjør det lettere å gjennomføre et suicid på impuls vil derfor kunne hindre gjennomføringen. Mange som forsøker å begå selvmord opplever korte kriser, og begrensning av tilgang på metoder kan i

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

mange tilfeller utsette forsøket til perioden med høy risiko går over. En undersøkelse av personer som hadde vurdert selvmord seriøst i løpet av det siste året rapporterte at for omtrent 30 % varte den suicidale perioden i mindre enn en time (Drum, Brownson, Burton Denmark, & Smith, 2009). Andre undersøkelser har funnet at intervallet mellom å bestemme seg for å gjennomføre selvmord og å faktisk gjennomføre et forsøk var 10 minutter eller mindre for 24%-74% av de som gjorde forsøk. Studier viser at hvis tilgang til svært dødelige metoder reduseres, så vil de forsøkene som gjøres med alternative metoder medføre at flere overlever da disse ofte er mindre dødelige (Hawton, 2007). En gjennomgang viser at en rekke tiltak på populasjonsnivå har ført til nedgang i selvmord med de gitte metodene, og også en total nedgang i selvmordsraten (Sarchiapone, Mandelli, Iosue, Andrisano, & Roy, 2011). Tiltak gjort på gruppenivå gjøres uten indikasjoner på selvmordsrisiko på individnivå, og er ofte billige og lette å innføre, og har trolig hatt en stor innvirkning på den overordnede suicidrate. Den virksomme faktoren i disse tiltakene er trolig utsetting av impulsive handlinger, og er derfor et effektivt tiltak mot mennesker som opplever en akutt krise med impulser mot suicid.

I enkelte tilfeller er innleggelse på døgneten nødvendig for å forebygge selvmord, men det forekommer også selvmord på lukket døgnavdeling (Combs & Romm, 2007). Perioden rundt innleggelse og utskrivelse er dokumenterte høyrisikoperioder, og særlig høy risiko forekommer rett etter innleggelse, samt en forhøyet risiko i uker til måneder etter utskrivelse (Combs & Romm, 2007; Goldacre, Seagroatt, & Hawton, 1993; Helsedirektoratet, 2008). På grunn av opphopning i forekomst av selvmord ved utskriving fra spesialisthelsetjenesten er det viktig at behandlere tilrettelegger for kontinuitet i overgangen mellom ulike behandlingsnivåer, og på denne måten hindrer at pasient faller ut av behandling. Helsedirektoratet (2008) legger vekt på at selvmordsforebygging hos pasienter som presenterer et forløp av kronisk suicidalitet vil kunne trenge andre typer tiltak enn det som er tidligere presentert. Helsedirektoratet trekker frem DBT og dagavdelingsbasert

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

psykodynamisk orientert behandling som anbefalinger for å behandle mennesker som presenterer vansker knyttet til kronisk suicidalitet (Helsedirektoratet, 2008). Det påpekes at akutte kriser og andre problemer ofte hindrer eller avbryter utredning og behandlingsforsøk, og at denne gruppen ofte legges inn på grunn av akutt risiko, tross konsensus om at innleggelse ikke er helsefremmende for denne gruppen. På grunn av pasientens varighet av problemer, må pasient, pårørende, og helsepersonell akseptere og tolerere større grad av risiko for suicidal atferd. Langsiktig behandlingsplan anbefales av Helsedirektoratet (2008), og raske, krisebaserte endringer i behandlingsplanen og innleggelse bør unngås, og om nødvendig kun kortvarig og omhandle den akutte suicidkrisen.

Selvmondsforebygging viser seg å være vanskelig å gjennomføre på individnivå, men en viktig faktor som kan jobbes med virker å være impulsivitet, som også er en viktig faktor ved selvmordsatferd hos mennesker med kronisk selvmordsrisiko. Metoder som hindrer impulsive handlinger, samt intervensjoner som fokuserer på å utvide pasientens handlingsrom og repertoar av mestringsstrategier virker å være lovende.

Iatrogene effekter ved sykehusinnleggelse

Når en person er i en krise og opplever en akutt selvmordsfare er noen ganger innleggelse korrekt og nyttig, og hindrer muligens et selvmord begått i en forbigående krise. Tiltak gjort med indikasjon på individnivå, særlig knyttet til pasientgruppen med kronisk suicidalitet, vil ofte handle om sikringstiltak på institusjon, og kan få svært negative følger (Large & Ryan, 2014). Paris (2017) hevder at flere av antakelsene som ligger bak praksis knyttet til sykehusinnleggelse er feilaktige på flere punkter, og påpeker at miljøet på sykehuset og på avdelingen kan være direkte skadelig og iatrogen for pasienter som er kronisk suicidale. Opphold på døgnpost tenkes ofte å skulle tilby pasienten en pause eller en form for trygghet, men det vites ikke om dette er tilfelle. Trolig har innleggelsen heller en antiterapeutisk effekt, og flere studier peker på at pasienter kan ha en forverring som respons

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

på sykehusinnleggelse (Coyle et al., 2018; Guzmán et al., 2018; Paris, 2017). Selvmordsatferd kan forsterkes på psykiatriske døgnposter ved at den suicidale atferden forsterkes med både trivelige omgivelser og økt interpersonlig kontakt, og hvor denne kontakten øker som respons med grad av selvmordsatferd og selvskadingsatferd (Linehan, 1993). Pasienter i denne gruppen har ofte et redusert eller dårlig sosialt nettverk, og innleggelsen kan på denne måten oppleves forsterkende, og blir et sted hvor pasienten søker tilknytning og varme. Paris (2017) trekker frem at sykehusinnleggelser ofte baserer seg på selvmordstrussler, mindre overdoser, og selvskading, som vanskelig lar seg rettferdiggjøre da det ikke er rammer for å tilby noen meningsfull behandling for disse symptomene i kontekst av en sykehuspost. Det finnes dog fortsatt argumenter for ulike situasjoner hvor innleggelse er en riktig og god avgjørelse. Pasienter som presenterer med kronisk suicidalitet er i en konstant fare for å ta sitt eget liv, men de kan i likhet med alle andre oppleve akutte episoder med forhøyet risiko oppå den allerede forhøyede risikoen presentert av den kroniske suicidalitet. Dette beskrives som akutt-på-kronisk suicidalitet (Links & Kolla, 2005), og representerer et scenario som ligner mer på den akutte selvmordsfaren observert ved andre tilstander som depresjon. Dette representerer en vanskelig situasjon, da det kan være vanskelig å skille disse episodene fra hverandre, og hvor en raskt kan havne i et mønster av innleggelser.

Sykehusinnleggelse virker ikke bare å føre til økt risiko for selvskadende- eller selvmordsatferd på sykehusavdelingen, men virker også å være assosiert med økt risiko for død ved selvmord. En gjennomgang av dødsfall knyttet til suicid i Danmark mellom 1981 og 1997 viser at 57% av kvinner og 37% av menn som døde av selvmord hadde tidligere vært innlagt på sykehus for suicidalitet (Qin & Nordentoft, 2005). De fant også at risikoen for selvmord økte den første uken etter utskrivning til over 246 ganger høyere for en lignende kontrollgruppe for kvinner, og 100 ganger for menn. Denne økte risikoen virker også å være relatert til besøk på akuttmottak og legevakt når kontakten var relatert til psykiatriske lidelser,

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

med nesten 30 ganger større sannsynlighet for å dø i selvmord enn de som ikke hadde kontakt med psykiatrien (Hjorthøj, Madsen, Agerbo, & Nordentoft, 2014). Det kan hevdes at mennesker som bruker psykiatriske krisetilbud simpelthen har en forhøyet grad av suicidalitet og har derfor større sannsynlighet for å dø i selvmord (Hjorthøj et al., 2014). Dette argumentet påpeker problemet med å slutte kausale slutninger mellom to fenomener som korrelerer, og at det er sannsynlig at økt symptomtrykk vil kunne føre til både økt kontakt, men også suicid. Andre argumenterer med bruken av psykiatriske krisetjenester i seg selv direkte og kausalt øker risikoen for suicidalitet (Large & Ryan, 2014). Sistnevnte påpeker at hvor assosiasjoner er sterke, så demonstrerer de et dose-effekt forhold. De argumenterer med at selvmord er assosiert med både stigma og traume i den øvrige befolkningen, og at disse faktorene er iboende egenskaper ved psykiatrisk behandling, men særlig ved ufrivillig psykiatrisk behandling. De påpeker at disse faktorene vil kunne ha en særlig effekt ved allerede sårbare individer, og dermed øke risikoen for selvmord (Large & Ryan, 2014). Et kronisk forløp av sykehusinnleggelse og besøk på akuttmottak vil også hindre livskvalitet, øke interpersonlig konflikt, og føre til økte finansielle byrder (Large & Ryan, 2014).

Coyle et al. (2018) gjennomførte en randomisert-kontrollert studie (RCT) for å undersøke sammenhengen mellom bruk av akuttjenester og selvmordsatferd under og etter behandling med DBT. De fant at bruk av akuttjenester i behandlingsåret sto frem som den eneste signifikante prediktor for selvmordsforsøk i oppfølgingsåret. Risikofaktorer kartlagt før behandling kunne ikke predikere selvmord. De argumenterer for at dette er konsistent med hypotesen om at iboende faktorer ved disse formene for krisehåndtering kausalt bidrar til en øking i selvmordsrisiko. Videre argumenterer de for at det samme funnet er inkonsistent med hypotesen om at alvorligheten av selvmordsatferd før behandling forklarer forholdet mellom bruk av krisetjenester og selvmord (Coyle et al., 2018). Den største predikatoren for bruk av akuttjenester i løpet av behandlingsåret var antallet innleggelse pasienten hadde hatt før

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

behandling, og denne assosiasjonen var så sterk at det å ha et større antall innleggelser indikerte et høyere antall selvmordsforsøk ved å se på bruk av akuttjenester i oppfølgingsåret (Coyle et al., 2018). På denne måten er det mulig at pasienter med flere innleggelser før behandlingsstart kan ha en høyere rate selvmordsforsøk i oppfølgingsåret, da de oftere bruker akuttjenester gjennom behandlingsåret. Deres funn foreslår at bruk av krisetjenester før behandling kan forstås som en problematferd som må fokuseres på i behandling. Videre viser de til at gjennomføring av DBT behandling i seg selv minket bruken av akuttjenester i behandlingsåret, som videre minket antallet selvmordsforsøk i oppfølgingsåret. Dette gir videre indikasjon på at minimering av krisetjenestebruk kan spille en viktig rolle i å redusere suicidal atferd (Coyle et al., 2018). Som virksom komponent foreslår de: pasientens økte evne til å problemløse; et utvidet atferdsmessig repertoar i møte med en selvmords-krise; økt evne til å håndtere emosjonelle kriser; og økte generelle livsferdigheter, som igjen gjør pasienten i stand til å mestre sin egen situasjon uten å bruke akuttjenester (Coyle et al., 2018). Dette indikerer at hyppige innleggelser paradoksalt nok fratruk pasientens evne til å selv håndtere sine egne vansker, samtidig som de opplever de iatrogene effektene (traumatisering og skam) innleggelse medfører. Pasienten er ikke nærmere en løsning på det dialektiske dilemma, og handlingsrommet for både pasient, behandler, familie, og samfunn, er videre innskrenket som et resultat av disse effektene. Økt handlingsrom og pasientens egne mestringsstrategier står på denne måten frem som en virksom komponent i behandlingen av suicidalitet, og at dette handlingsrommet utvides ved å lære og bruke nye mestringsstrategier.

Behandling av suicidalitet

Som det tydelig kommer frem har personer med kronisk suicidalitet andre behov for terapeutisk behandling sammenlignet med personer i en akutt suicidal krise som følge av eksempelvis depressive episoder, krenkelser, eller store sosioøkonomiske eller relasjonelle endringer (Paris, 2017). Pasienter som opplever et vedvarende dialektisk dilemma hvor de

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

rives mellom et ønske om å få hjelp til å forbedre livet sitt, og en draging mot å avslutte det hele, kan ha nytte av omfattende psykoterapi (Linehan, 1993). Kronisk suicidale og emosjonelt ustabile pasienter har først og fremst et emosjonsreguleringsproblem som påvirker deres personlighet, og bidrar til et vanskelig liv preget av negative emosjoner, interpersonlig konflikt, håpløshet og intens psykisk smerte. Ved å øke pasienters evne til dialektisk tenkning, i tillegg til å lære dem nye mestringsstrategier, så vil pasienter som sliter med kronisk suicidalitet få et større handlingsrom i møte med emosjonell dysregulering. Dette vil gjøre dem i stand til å handle på andre måter enn med suicidal atferd i møte med utfordringer.

Gjennomgripende emosjonell dysregulering og den biososiale teorien

Emosjonell dysregulering dreier seg om en manglende evne til å endre eller regulere emosjonelle cues, handlinger, opplevelser, verbale responser og nonverbale uttrykk under normative forhold. Det oppleves som en gjennomgripende emosjonell dysregulering når den manglende evnen til å regulere emosjoner oppstår ved et bredt spekter av følelser, problemer og i ulike sosiale kontekster (Linehan, Bohus, & Lynch, 2007). Disse vanskene kombinert med impulsivitet leder gjerne til ulike atferdsmessige problemer som suicidalitet, selvskading eller narkotikamisbruk fordi disse maladaptive atferdene har en funksjon for å regulere følelser eller er en konsekvens av feilet emosjonsregulering (Koerner, 2012).

Etiologien og opprettholdelsen av emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse har blitt forklart ut fra Linehan's biososiale teori om emosjonell dysregulering (Koerner, 2012).

Gjennomgripende emosjonell dysregulering er et resultat av en kombinasjon av biologisk emosjonell sårbarhet i individet og et invaliderende sosialt oppvekstmiljø. Den biologiske sårbarheten karakteriseres av at individet har en medfødt sårbarhet i form av forhøyet sensitivitet i møte med emosjonelle stimuli, at emosjonelle erfaringer oppleves særlig intensivt, og at ved emosjonell aktivering bruker individet lengre tid på å returnere til baseline

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

(Linehan, 1993). Det invaliderende sosiale oppvekstmiljøet defineres som et miljø hvor kommunikasjon av private opplevelser møtes med uberegnelige, upassende og ekstreme responser (Linehan, 1993, p. 49). Omsorgspersonene til barnet responderer altså på en mistilpasset måte på barnets emosjonelle og atferdsmessige uttrykk, noe som medfører en uheldig utvikling av barnets emosjonelle system (Koerner, 2012). Barnet opplever gjerne at de tar feil i måten de forklarer og analyserer sine egne indre opplevelser, indre opplevelser kan assosieres med sosialt uakseptable karakteristikk og barnet kan gjerne erfare at visse emosjoner er sosialt uakseptable (Linehan, 1993).

Den biososiale teorien er dialektisk i den forstand at det er en gjensidig sammenheng mellom biologisk sårbarhet og et invaliderende oppvekstmiljø, og det er dette samspillet som skaper et dysregulert emosjonelt system (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, & Linehan, 2006). Det emosjonelle systemet må forstås helhetlig, som sammensatt av både biologiske sårbarheter og miljømessig påvirkning, hvor det er en gjensidig sammenheng mellom faktorene. Oppvekstmiljøet til barnet påvirkes av dets biologiske sårbarheter, og sårbarheten kan forsterkes av et invaliderende miljø, og den gjensidige samhandlingen får konsekvenser for hele det emosjonelle systemet. Et biologisk sårbart barn stiller større krav til at omsorgsgivere er tålmodige, forståelsesfulle og fleksible, og at de lærer barna hensiktsmessig emosjonsuttrykkelse. Det som dessverre ofte heller skjer er at barnets respons på invalidering forsterker familiens invaliderende atferd (Linehan, 1993). Slik skapes en uheldig familiedynamikk hvor foreldre stiller krav som overgår det sårbare barnets kapasitet. Dette følges opp av straff og manglende modellering, instruksjon, støtte og forsterkning. For barnet er ikke nødvendig hjelp tilstede, mens uunngåelig straff forekommer, noe som fører til at barnets negative emosjonelle atferd økes i forsøk på å opphøre straffen. De negative konsekvensene for foreldrene gjør at de gir opp forsøket på å kontrollere barnet, noe som forsterker den funksjonelle verdien av den ekstremt utagerende atferden til barnet. Slik

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

manifesteres ekstreme emosjonelle utbrudd seg som lært mestringsstrategi i møte med invalidering og andre utfordringer (Linehan, 1993). Relatert til det dialektiske dilemmaet pasienter med kronisk suicidalitet står i, gjør deres biologiske sårbarhet at de fort kan oppleve voldsomme negative emosjonelle responser. Deres oppvekstmiljø har ikke tilstrekkelig tilrettelagt for utvikling av ferdigheter for å håndtere disse emosjonelle opplevelsene. På denne måten kan eksempelvis suicidal atferd være eneste mestringsstrategi i møte med emosjonell dysregulering.

Atferdsteori

Ulike atferdsteorier kan også belyse hvordan suicidal atferd manifesterer seg som eneste handlingsalternativ for pasienter med kronisk suicidalitet. Atferdsteori kan forklare hvorfor vedvarende suicidale handlinger etableres og opprettholdes. I tillegg var atferdsteorier sentrale i utviklingen av intervensjoner og prinsipper som brukes i DBT for å hjelpe pasienter å endre maladaptiv atferd og tillære seg adaptive ferdigheter.

Emosjonelle responser – respons i hele atferdssystemet.

I DBT defineres atferd bredt som: enhver aktivitet, fungering eller reaksjon av en person (Linehan, 1993, p. 37). Videre tar DBT utgangspunkt i klassisk kognitiv atferdsterapi hvor man typisk kategoriserer atferd innen tre atferdssystemer: motorisk, kognitiv og fysiologisk. Emosjoner er et godt eksempel på responser i hele den menneskelige organismen, inkludert alle tre atferdssystemer. Emosjoner har blitt definert til å bestå av en fenomenologisk opplevelse (kognitivt system), biokjemiske endringer (fysiologisk system), og handlingstendenser (motorisk system). I tillegg har gjerne emosjoner påvirkning på kognitiv, fysiologisk og motorisk atferd. Emosjoner er altså både responser på hele atferdssystemet, og har påvirkning på hele systemet (Linehan, 1993). En pasient som sliter med gjennomgripende emosjonell dysregulering kan da få vansker over et bredt spekter, og det dysregulerte emosjonelle systemet kan føre til kognitive vansker i form av rigid

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

tenkning som kan føre til en overdreven fysiologisk aktivering, og lede til maladaptive atferder i forsøk på å regulere de negative emosjonene.

Klassiske atferdsprinsipper for lært og endring av atferd.

DBT er basert på de klassiske atferdsteoriene, og hevder at man lærer atferd basert på prinsipper fra klassisk og operant betinging og modellering (Rizvi, Steffel, Carson-Wong, & Brown, 2013). Klassisk betinging, først beskrevet av Pavlov (1928) dreier seg om at et tilfeldig stimuli (lyden av en bjelle) kan assosieres med en ubetinget stimulus (mat), noe som resulterer i en ubetinget respons (sikling). Relatert til DBT og kronisk suicidalitet antar man da at maladaptiv atferd som selvmordsforsøk eksempelvis kan bli assosiert med oppmerksomhet og relasjonell trygghet (Swales & Heard, 2009). Derfor er det et viktig prinsipp i DBT å undersøke relasjonen mellom selvmordsatferd og assosierte stimuli som for eksempel responser fra omsorgsgivere. Videre er det viktig å akseptere og validere ovenfor pasienten at atferden har tjent en funksjon i omgivelsene pasienten har befunnet seg i.

Operant betinging som handler om at man lærer basert på atferdens konsekvens og hvordan belønning og straff påvirker om atferden med sannsynlighet vil oppstå igjen (Skinner, 1953). Skinner (1953) hevdet at om en atferd forsterkes økes sjansen for at den gjentas i fremtiden, men om den straffes minker sannsynligheten for at den gjentas i fremtiden. I DBT er operant betinging relevant når man analyserer hva som forsterker problematferden, og således opprettholder en pasients maladaptive atferd. Eksempelvis kan behandlingstiltak som innleggelse positivt forsterke suicidal atferd. De positive konsekvensene kronisk suicidale pasienter opplever ved innleggelse, som hyggelige omgivelser og god interpersonlig kontakt, kan føre til at suicidal atferd blir en mestringsstrategi i situasjoner hvor pasienten har behov for nettopp omsorg og ivaretagelse (Linehan et al., 1991).

Modellering dreier seg om at individer lærer emosjonelle og atferdsmessige responser gjennom å observere andres responser og konsekvensene av responsene (Bandura, 1978). I

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

DBT anerkjennes modellering som en kilde til læring ved at man undersøker hvordan pasientens atferd kan være knyttet til observasjoner av atferden til omsorgsgivere, søsken og andre signifikante personer (Loeffler, Wang, & Laney, 2016).

Dialektisk atferdsterapi – Psykoterapeutisk behandling av selvmordsatferd

Videre følger en beskrivelse av innholdet i Dialektisk atferdsterapi. Først presenteres generelle prinsipper og funksjoner ved tilnærmingen som gis i 4 forskjellige moduler.

Strategier og intervensjoner utviklet for å redusere suicidal atferd og heve livskvalitet for emosjonelt ustabile pasienter fanget i et dialektisk dilemma presenteres.

Funksjoner, prinsipper og 4 moduler.

Tradisjonell Dialektisk Atferdsterapi (DBT) består av fire moduler; Individuell psykoterapi; ferdighetstrening i grupper; telefonveiledning; og DBT konsultasjonsteam. De fire modulene er nøye utvalgt for å tjene fem funksjoner for å redusere vanskene til pasienter som sliter med gjennomgripende emosjonell dysregulering. Disse 5 funksjonene er; (1) å øke pasientens ferdigheter, noe som gjøres gjennom å lære nye ferdigheter for å effektivt regulere følelser; (2) forbedre pasientens motivasjon til å endre seg, gjerne gjennom å motiveres til å lære og bruke nye responser; (3) sikre at nye ferdigheter generaliseres til pasientens naturlige omgivelser; (4) øke terapeuters ferdigheter og motivasjon til å behandle pasientene effektivt, noe som er viktig med en så krevende pasientgruppe; (5) strukturere omgivelsene på en måte som er essensiell for å støtte både pasientens og terapeutens ferdigheter (Koerner, 2012).

I DBT anser man den suicidale atferden som lærte og forsterkede mestringsstrategier forårsaket av en gjennomgripende dysfunksjonell emosjonsreguleringsevne. Selvmordsatferd er problemløsningsatferd for å redusere stress i møte med negative emosjoner, og det å tillære seg nye problemløsningsferdigheter er derfor svært sentralt. Dette gjøres blant annet både i det individuelle terapiforløpet og i gruppebehandling. I den individuelle psykoterapien benytter man eksempelvis kjedeanalyser for å analysere i detalj hva som leder opp til og

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

forårsaker suicidal atferd, og så forsøker man å finne nye måter å løse problemene som forutgår episoder med suicidal atferd. I den gruppebaserte ferdighetstreningen lærer man ferdigheter som mindfulness, stresstoleranse, emosjonsregulering og interpersonlig effektivitet (Linehan, 1993). Disse ferdighetene er ment å lære pasienten andre mestringsstrategier i møte med invalidering, emosjonell dysregulering eller konflikt i nære relasjoner, slik at pasientene ikke behøver å ty til suicidal atferd.

En sentral funksjon ved DBT er at ferdighetene skal generaliseres. Telefonveiledning er en sentral modul for å imøtekomme denne funksjonen. For pasienter med EUP kan det være utfordrende å bruke de tillærte ferdighetene i hverdagen i situasjoner preget av stress, negative emosjoner og konflikt. Telefonveiledning er et tilbud som skal hjelpe pasienten å ta i bruk ferdighetene i hverdagen (Chang, Jager-Hyman, Brown, Cunningham, & Stanley, 2016). Pasienten kan ringe til sin individualterapeut når de føler seg fanget i det dialektiske dilemmaet, og suicidal atferd fremstår som eneste handlingsalternativ.

En nevnt funksjon ved DBT er at terapeutens evner og motivasjon skal ivaretas i arbeid med denne krevende pasientgruppen, noe som gjøres i DBT-konsultasjonsgruppen (Chang et al., 2016). Hensikten med terapeut-gruppen er å sikre at terapeutene som driver med DBT har tilstrekkelig motivasjon og ferdigheter til å gjennomføre effektiv terapi, i tillegg til å ivareta terapeuten som arbeider under stressende omstendigheter med krevende pasienter som til stadighet kan foreta suicidal atferd (Koerner, 2012).

Strategier og intervensjoner.

Strategier og intervensjoner med utgangspunkt i dialektisk filosofi og teori, biososial teori og atferdsteori kan forklare noen av endringsmekanismene i DBT. Strategiene skal bistå pasienter fanget i et dialektisk dilemma mellom å leve og å ta sitt eget liv. Strategiene er ment å heve pasientenes evne til dialektisk tenkning og problemløsning, i tillegg til å skape endringer i deres liv ved å gi pasientene større handlingsrepertoar i møte med emosjonell

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

dysregulering. Dialektiske strategier er basert på dialektisk teori, hvor en ser virkeligheten helhetlig, motsetningsfull og i konstant endring. Den mest påfallende dialektiske spenningen som oppstår i DBT er forholdet mellom endring og aksept. Terapeuten skal lage et klima hvor pasientens sårbarhet aksepteres, samtidig som det presses mot atferdsendring (Koerner, 2012). Terapeuten tilrettelegger for endring gjennom å strategisk respondere for å optimalisere den dialektiske spenningen som oppstår i den terapeutiske interaksjonen, og ved å påpeke hver side i de dialektiske dilemmaene som oppstår i terapien og i hverdagslivet (Linehan, 1993). Det finnes flere spesifikke dialektiske strategier som kan påpeke og påvirke dialektikken i terapeut-pasient forholdet og de kan fungere som intervensjoner for å lære pasienten mer dialektiske atferdsmønstre (Linehan, 1993). Ved å øke pasientens evne til dialektisk tenkning økes pasientens handlingsrom i møte med emosjonell dysregulering.

Inn i paradokset (entering the paradox) er en effektiv strategi for å fange pasientens oppmerksomhet. Terapeuten påpeker de paradoksale motsigelsene i pasientens atferd, i den terapeutiske prosessen, eller i virkeligheten generelt (Linehan, 1993). I paradokset forsøker terapeuten å lære pasienten at ting kan være sant og usant, ja og nei, både-og, samtidig. Terapeuten forsøker å redusere rigid posisjonering, svart-hvit tenkning og enten-eller holdning ved å påpeke det paradoksale (Linehan, 1993). Eksempelvis ved å påpeke det paradoksale med en suicidal atferd som alltid forekommer i situasjoner hvor pasienten med høy sannsynlighet vil bli funnet og forsøkt reddet, kan pasienten gjøres bevisst på at det finnes en kommuniserende funksjon ved selvmordsforsøkene og ikke bare et ønske om å dø.

Djevelens advokat er en dialektisk strategi som innebærer at terapeuten kommer med et ekstremt forslag eller utsagn, pasienten vil da gjerne forsøke å argumentere mot påstanden. Terapeuten legger frem en tese, pasienten kommer med antitesen, og gjennom argumentasjonsprosessen kommer de frem til en syntese (Linehan, 1993). Den ekstreme påstanden terapeuten legger frem kan relateres til dysfunksjonelle antagelser eller atferder i

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

pasienten, og mens terapeuten holder fast i den maladaptive enden av kontinuumet tvinges pasienten til å stille seg på den adaptive enden. Eksempelvis kan terapeuten, tidlig i forløpet, argumentere imot endring og forpliktelse til terapien fordi det medfører smerte og vanskeligheter. Ideelt vil det føre til at pasienten argumenterer for viktigheten av endring og forpliktelse, noe som skaper sterkere forpliktelse (Linehan, 1993).

Utviding(extending) er en strategi hvor terapeuten tar pasienten mer seriøst og på ordet enn hva som var pasientens hensikt eller hva pasienten mente. Om pasienten sier noe for å skape en effekt, eller uttrykker en ekstrem emosjon for å skape små endringer i omgivelsene sine tolker terapeuten utsagnet bokstavelig (Linehan, 1993). Eksempelvis om pasienten uttrykker en ekstrem påstand om konsekvensen av et problem i livet hennes så tar terapeuten påstanden om denne konsekvensen bokstavelig og responderer på alvorligheten av den aktuelle konsekvensen, uavhengig av konsekvensens relasjon til problemet pasienten presenterte (Linehan, 1993). Om pasienten for eksempel uttrykker: «Om sjefen min fortsetter å presse meg sånn på jobb vil det føre til at jeg tar livet mitt». Problemet til pasienten er at sjefen stiller for høye krav, men det terapeuten griper fatt i er suicidaltendensen pasienten uttrykker. Terapeuten tar konsekvensen alvorlig, mens pasienten ønsket at problemet skulle få fokuset, og når denne strategien benyttes kan det gjerne medføre at pasienten opplever at de overdrev konsekvensene og krisemaksimerte situasjonen (Linehan, 1993). Dette kan være en effektiv strategi i møte med pasienter med EUP og kronisk suicidalitet da disse pasientene i noen tilfeller kan benytte suicidal atferd som et virkemiddel for å kommunisere stort emosjonelt stress. I terapien skal pasienten avlære at selvmordsatferd og -trusler kan benyttes for å kommunisere sekundære behov.

«*Wise mind*» er en mindfulness-strategi i DBT som pasientene gjerne lærer som en del av ferdighetstreningen. Pasientene presenteres med at det finnes tre sinnstilstander: en fornuftig; en emosjonell; og en vis. Det fornuftige sinnet (reasonable mind) er det man bruker

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

når man tenker rasjonelt og logisk, forholder seg til fakta og holder hodet kaldt. Det emosjonelle sinnet (emotion mind) handler om at tanker og atferd styres av følelsetilstander. Det vise sinnet (Wise mind) er en integrering av de to og handler om at man legger til intuitiv kunnskap til emosjonelle opplevelser og logiske analyser (Linehan, 1993). «Wise mind» avhenger av samarbeid mellom alle former for kunnskap: observasjon, logisk analyse, sensorisk opplevelse, lært atferd og intuisjon (May, 1982). I møte med emosjonell dysregulering skal det vise sinnet hjelpe pasienten å se alle sine handlingsalternativer og velge den atferden som er i tråd med deres mål (Linehan, 1993), noe som innebærer at suicidal atferd ikke tas i bruk.

Kjernestrategier: Problemløsning og validering.

Kjernestrategiene i DBT handler om å balansere fokuset på endring og aksept. Gjennom problemløsningsstrategier forsøker man å skape endring i pasienten ved å lære pasienten nye atferder og handlingstendenser i møte med problemer. For å vise pasienten at man aksepterer dem, og for å hjelpe pasienten å akseptere seg selv og egen sårbarhet er valideringsstrategier sentralt (Linehan, 1993). Problemløsningsstrategiene skal skape endring og er basert på atferdsprinsipper, intervensjoner og protokoller fra kognitiv atferdsterapi og andre teoretiske strategier som benyttes for å behandle gjennomgripende emosjonell dysregulering (Koerner, 2012). Eksempler på problemløsningsstrategier er kjedeanalyser, egenskapstrening og kognitive atferds prosedyrer som eksponeringsterapi, stimuluskontroll og belønning og kognitiv restrukturering, i tillegg til strategier for å øke motivasjon og forpliktelse til behandling (Koerner, 2012). Hensikten er å gi pasienten økt handlingsrepertoar i møte med emosjonell dysregulering. Kjedeanalysen kan eksempelvis illustrere hva som gjerne forutgår for suicidal atferd og gjøre pasienten mer forberedt, eksponeringsterapi kan gjøre pasienten tryggere i ubehagelige situasjoner, mens stimuluskontroll kan tilrettelegge for at impulsiv suicidal atferd praktisk sett er vanskelig å gjennomføre.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Valideringsstrategiene har til hensikt å fremme aksept. Validering kommuniserer til pasienten, på en utvetydig måte, at deres atferd gir mening og er forståelig i den aktuelle konteksten (Linehan, 1993). Med empati viser terapeuten en nøyaktig forståelse av virkeligheten fra pasientens perspektiv, og med validering kommuniserer terapeuten aktivt at dette perspektivet gir mening (Koerner, 2012). Validering i seg selv kan skape endring i pasienten ved å redusere fysiologisk opphisselse, som er en normal effekt av invalidering, og det kan tilrettelegge for mer adaptive emosjoner (Koerner, 2012). Om terapeuten forstår den suicidale atferden som lærte mestringsstrategier gir det mening at pasienten tyr til suicidal atferd i mangel på bedre mestringsstrategier. Terapeuten kan validere vanskene pasienten opplever med emosjonell dysregulering, og samtidig tilby alternative mestringsstrategier de kan øve på i terapi.

Diskusjon

Vi har redegjort for flere ulike teorier om selvmord og suicidal atferd. Det som kommer tydelig frem er at det er svært viktig at helsearbeidere har evnen til å skille mellom individer med en akutt økt selvmordsrisiko, og individer som opplever et kronisk vedvarende forløp med ulike former suicidal atferd. De to ulike kliniske populasjonene har ulike behov fra behandlingsapparatet. Det akutt suicidale individ står gjerne i en enorm krise hvor selvmord virker å være eneste mulighet, hvor innleggelse kan være riktig tiltak i påvente av at krisen avtar og suicidaliteten reduseres. Den kronisk suicidale pasienten står derimot i det vi har beskrevet som et dialektisk dilemma. Det innebærer at de har et vedvarende ønske om å dø, samtidig som de ønsker at livet skal bli bedre, slik at de makter å leve det. For denne pasientgruppen kan innleggelse være direkte skadelig, de kan oppleve total hjelpeløshet og de kan skamme over at de blir fratatt ansvaret for å holde seg i livet. For å løse dette dialektiske dilemmaet trengs mer omfattende behandling.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Videre følger en diskusjon hvor vi underbygger hvorfor de kronisk suicidale står nettopp i et dialektisk dilemma. Vi argumenterer for hvorfor spørsmålet om å leve eller dø er et dialektisk spørsmål, et spørsmål hvor de kronisk suicidale svinger mellom tesen og antitesen, og leve og dø, uten å komme frem til en syntese. Vi vil trekke linjer mellom det dialektiske perspektiver og andre teorier og perspektivet på selvmord. Vi vil også drøfte hvilke implikasjoner et dialektisk perspektiv vil ha, både for samfunnet, i behandlingsapparatet og for pasientene, og vi vil drøfte hvordan handlingsrommet øker, både for pasient og behandler, om man har en dialektisk forståelse av kronisk suicidalitet.

Kronisk suicidalitet - Et dialektisk dilemma

I dialektisk teori vil man forstå verden og virkeligheten som helhetlig og sammenkoblet. Dette kan hjelpe kroniske suicidale å forstå det dialektiske dilemmaet de står fast i. Hvis pasienten får forståelse for at den suicidale tilstanden de opplever er kompleks og sammensatt, og ikke kun et resultat av negative emosjoner eller de mange påkjenningene de har blitt påført, kan pasienten bli mer robust og ikke ty til suicidal atferd som forsøk på problemløsning. Dette prinsippet gjelder også for helsepersonell og behandlere, som må forstå at kronisk suicidal atferd er en mistilpasset mestringsstrategi som har etablert seg som et handlingsmønster basert på mange ulike faktorer. Den kroniske suicidaliteten er et sammensatt fenomen hvor både kognisjoner, emosjoner, atferd og kontekstuelle forhold har forårsaket, opprettholder og er med på å forsterke fenomenet, samtidig som positive endringer i de nevnte faktorene kan bidra til å redusere suicidaliteten. På denne måten kan man arbeide med kronisk suicidalitet ved flere innfallsvinkler: både gjennom å hjelpe pasienten å regulere følelser, endre kognisjoner, lære nye atferder og skape endringer i omgivelsene.

Det dialektiske prinsippet om at virkeligheten består av motsettende polariteter kan eksemplifisere kronisk suicidalitet som et dialektisk dilemma. Ambivalensen den kroniske suicidale opplever i forhold til både å dø og leve tyder på at pasienten svinger mellom tesen

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

og antitesen, som for den kronisk suicidal er ønsket om å dø og ønsket om å leve samtidig. Pasienten klarer ikke å skape en syntese mellom de to motsetningene. Dette gjør dem sårbare for at kognisjonen blir preget av rigiditet og enten-eller-tenkning. I utfordrende situasjoner kan negative emosjoner ta fullstendig overhånd, og tesen om at pasienten ønsker å dø blir altopplukende og leder til suicidal atferd. Likevel lever antitesen i pasienten, ved at hen også ønsker å leve. Til tross for at denne opplevelsen ikke trenger å være bevist i pasienten, gjør den seg gjellende ved at pasienten benytter seg av mindre dødelige selvmordsforsøk. Pasienten kontakter gjerne noen og forteller om planene sine, eller de uttrykker en frykt for å ta sitt eget liv hvis ikke det skjer noen endringer. Når den kronisk suicidal pasient uttrykker et ønske om å dø, tolkes det av DBT-terapeuten som en tese, med en tilhørende antitese om at pasienten også ønsker å leve. Pasienten ønsker ofte et annet liv enn de lever, uten alle utfordringene og problemene som pasienten opplever. Terapeuten kan så tilby alternative løsninger enn suicid for at lidelsen skal opphøre, for eksempel gjennom terapi for å skape et liv verdt å leve (Koerner, 2012).

Dialektiske prinsipper om at virkelighetens eneste konstant er endring kan skape optimisme rundt behandling av kronisk suicidalitet. Til tross for at tilstanden omtales som kronisk vil uunngåelige endringer forekomme. Endringer skjer når teser og antiteser integreres i synteser, som skaper nye teser og antiteser i et nytt system (Hegel, 1807; Linehan, 1993). For den kronisk suicidal pasient kan endringene være positive om de eksempelvis ledsages av god terapi. Den kronisk suicidal kan for eksempel oppleve at tesen om at de ikke lengre ønsker å leve livet de har, integreres med antitesen om at de ønsker å leve et bedre liv, og resultatet av syntesen kan tilrettelegge for forpliktelse til terapi og et forsøk på å tillære seg nye adaptive ferdigheter som skal erstatte suicidal atferd og skape et liv verdt å leve.

Behovet for endring og aksept – Den dialektiske kjernen i DBT.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

En av de åpenbare dialektiske spenningene i DBT er den balanserte bruken av endrings- og akseptstrategier. De kronisk suicidale har ofte store vansker i livet, både inter- og intrapersonlige vansker, og for å få det bedre har de behov for å gjøre endringer i livet. Samtidig er de kronisk suicidale svært emosjonelt sårbare og har gjerne flere erfaringer med invalidering. De har derfor et stort behov for akseptbaserte strategier som validerer vanskene de har. De validerende akseptstrategiene fokuserer på å vise empatiske forståelse for pasienten perspektiv, samtidig som man uttrykker at dette perspektivet gir mening basert på deres forutsetninger og erfaringer (Koerner, 2012).

Balansen mellom behovet for endring og aksept er en dialektisk balanse. Det ene behovet går ikke på bekostning av det andre, men begge eksisterer samtidig og er gjensidig avhengig. Pasienten har behov for hjelp til å endre seg for å skape et bedre liv, men for at terapeuten skal kunne komme i posisjon til å hjelpe med dette må det etableres en relasjon hvor terapeuten genuint aksepterer pasienten og validerer de smertefulle opplevelsene den kronisk suicidale pasienten opplever. Det er utviklet en del generelle antagelser, både om pasientene, men også om terapeutene som driver med DBT og om selve terapien. Disse antagelsene peker på hvordan man i arbeid med pasienter med EUP og kronisk suicidalitet må balansere akseptbaserte- og endringsbaserte strategier. Antagelsene er sentrale i DBT-konsultasjonsgruppen og fungerer som huskereglene for hva terapeutene i teamet skal fokusere på når de støtter hverandre og kommer med konstruktive innspill på hverandres terapiforløp.

Antagelser om pasienten er; klienten gjør sitt beste; klienten ønsker å forbedre seg; klienten kan ikke feile i DBT; de suicidale individenes liv er uutholdelige som de er; klienter må lære nye atferder i alle relevante kontekster; klienten er ikke skyld i alle sine problemer, men de må likevel løse dem; klienten må gjøre det bedre, prøve hardere og bli mer motivert for endring (Koerner, 2012). Her er det tydelig balanse mellom aksept- og endringsfokus. Man antar at pasienten gjør sitt beste og ønsker å få det bedre, samtidig som man forventer

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

at de hele tiden skal prøve hardere. Og selv om man aksepterer at pasienten har opplevd mye urettferdig og vondt opp gjennom livet, som ikke er deres feil, er det likevel pasientens ansvar å skape endring for å få det bedre. Og endring er en livsnødvendighet, fordi livet til en suicidal er uutholdelig, det kan ikke leves som det er.

Antagelser om terapeuten og terapien er; det mest omsorgsfulle terapeuten kan gjøre er å hjelpe klienten å endre seg; klarhet, presisjon og medfølelse er svært viktig for å gjøre DBT; relasjonen mellom terapeuten og klienten er en ekte relasjon mellom likeverdige; terapeuten kan feile i å anvende terapien effektivt, og selv anvendt effektivt kan man i DBT mislykkes i å oppnå mål; terapeuten som behandler individer med gjennomgripende emosjonell dysregulering har behov for støtte (Koerner, 2012). Det er altså omsorgsfullt av terapeuten å skape endring i pasienten, til tross for at det kan oppleves som ubehagelig for pasienten i øyeblikket. Det er en aksepterende antagelse ovenfor klienten, at om terapien ikke leder mot ønsket utfall er det fordi behandlingen har feilet, ikke pasienten. Og ved å likestille terapeut og klient i relasjonen tilrettelegger man for en gjensidig arbeidsallianse nødvendig for å jobbe mot endring innen en varm og validerende ramme. Samtidig fokus på endring og aksept kan øke handlingsrommet til både pasient og behandler. Behandleren kan akseptere den økte selvmordsrisikoen i arbeid med kronisk suicidale pasienter, uten at pasienten fratras ansvaret for å holde seg i livet. Dette ansvaret kan skape endring og gi mestring til pasienten, som erfarer at de kan ta i bruk andre mestringsstrategier i møte med emosjonell dysregulering.

Dialektiske prinsipper ved ulike teoretiske rammeverk knyttet til suicid

Den dialektiske atferdsterapien har et uttalt dialektisk perspektiv på selvmord, og ser atferden som manglende syntese av motstridende ønsker og behov i pasienten, og i samhandling med miljøet rundt. Kronisk suicidalitet kan også forstås som et dialektisk dilemma ved en rekke andre og ulike teorier og perspektiver på suicidalitet. Suicidalitet tolket som manglende syntese av en kompleks opplevelsesverden innebærer en opplevelse av

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

manglende handlingsrom, både i pasienten, men også i terapeut og omverden for øvrig. De motstridende og konfliktfylte teser og antiteser står i voldsom opposisjon, og området for handling som ikke er tett bundet opp i enten tese eller antitese blir videre redusert. Individets handlinger oppleves som tvungen ned en forhåndsbestemt sti, og de myriader av andre stier som også er tilgjengelige oppleves å være utenfor rekkevidde da de ikke er en del av hverken tese eller antitese.

Durkheims sosiokulturelle perspektiv analysert med et dialektisk rammeverk, viser hvordan de ulike formene for selvmordsatferd kan sees som individets manglende evne eller mulighet til å danne en ny syntese, som oppstår i konflikten mellom tese og antitese ved samfunnets regulering av individet. Durkheims fire perspektiver beskriver individet og samfunnet i opposisjon ved at de har ulike behov, og konflikt i reguleringen av disse behovene. Selvmordet oppstår med andre ord når individets handlingsrom i samfunnet blir så innskrenket at det ikke oppleves å være noen annen løsning på det dialektiske dilemma enn døden. Durkheim setter individets og samfunnets behov i opposisjon som tese og antitese, hvor individet for å ikke begå selvmord må danne seg en syntese av disse motstridende og ulikt regulerte behovene. Ved å danne denne syntesen skaper individet handlingsrom til å ikke begå selvmord. En av de mest åpenbare styrkene til Durkheims teori, selv etter 120 år, er at den har et eksplisitt fokus på at individ og samfunn utvikler seg i et dialektisk forhold med jevnbyrdes påvirkningskraft på hverandre. Ny syntese i samfunnet vil komme av og samtidig kreve ny syntese i individet, og vice versa.

Det psykodynamiske perspektiv på selvmord beskriver selvmordet som et intrapsykisk fenomen. Konflikten er ikke hovedsakelig mellom samfunn og individ, men mellom ulike deler av individets indre psyke. Det psykodynamiske perspektivet beskriver hvordan et menneske utvikler seg fra barndom i samhandling med omsorgspersoner, og hvordan disse forholdene påvirker hvordan individet forholder seg til verden, andre og seg selv

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

(McWilliams, 2011). Fra et dialektisk perspektiv er selvet i kontinuerlig utvikling i konfliktområdet mellom ulike teser og antiteser. Nye synteser driver personlighetsutviklingen, og mangelen på nye synteser hindrer utvikling og medfører psykopatologi, og i verste fall selvmord. Eksemplifisert ved selvmord som egosplitting blir denne konflikten særlig tydelig. Personlighetsutviklingen drives i stor grad av internalisering av objekter. I invaliderende oppvekstmiljø vil objekter ofte forholde seg til individet på problematiske og smertefulle måter. Objektet står som antitese til individets selv, og hvis individet ikke klarer å syntesere selv og objekt, men heller opplever objektet som fremmed eller så vondt at det må fjernes, kan individet oppleve at selvmord blir eneste løsning da det også vil fjerne det vonde objekt (Litman, 1967). I stedet for ny syntese blir individet fiksert ved enten tese eller antitese, og handlingsrommet innsnevres da helheten ikke får tre frem for å skape endring.

Det eksistensielle perspektivet sammenfaller tydelig med en dialektisk forståelsesramme, og belyser menneskets søken etter mening, forståelse, og oversikt i en meningsløs, uforståelig, og uoversiktlig verden. Sartre beskriver det absurde som de tilsynelatende uforenlige teser og antiteser ved den menneskelige tilstand: vi er fri til å gjøre hva vi vil, men samtidig maktesløse ovenfor våre omstendigheter (Sartre, 2007/1948). Den eksistensielle filosofi er på denne måten dialektisk og paradoksal. Menneskets oppgave blir å leve med det uløselige dialektiske paradoks, og handle med ansvar for egen vilje og på denne måten skape nye synteser. Frihet og det absurde står i konflikt som tese og antitese. Selvmordet står igjen som konsekvens av den manglende sammenfatning og fiksering ved enten tese eller antitese. Troen på ren frihet fører med seg desillusjonering og lidelse når omstendighetene og verden ikke beveger seg etter våre ønsker. Verden som immun mot innflytelse fører med seg et liv levd i vond tro, hvor ingen handlinger oppleves som drevet av egen vilje, men som virkelighetens overveldende krav. Sartre beskriver det autentiske mennesket som det individ som tar inn over seg disse tilsynelatende motstridende vilkårene,

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

og staker ut sin egen vilje og mening i en verden som verken har vilje eller mening. Det autentiske er ifølge Sartre en syntese, hvor det uutholdelige og fryktinngytende ved meningsløsheten kan tåles. Det eksistensielle perspektivet er unikt i sin tilnærming til selvmordet ved at det løfter dilemmaet om hvorvidt livet er verdt å leve opp på et fellesmenneskelig nivå uten noen form for patologisering av individet, men som et grunnleggende dialektisk dilemma alle mennesker må forholde seg til. En innstilthet til den absurde syntese gir et økt handlingsrom i møte med lidelse ved den implikasjon at det ikke finnes noe annet enn eksistens som er gitt, og at det derfor ikke er noen handling som nødvendig eller gitt i noen sammenheng. Det er alltid uendelig mange muligheter i møte med ingen mulighet, og døden er på denne måten bare en nødvendighet når den kommer av seg selv.

Det kognitive perspektivet på selvmord sirkler seg inn på den konflikt som foregår i det enkelte sinn, eller kognitive system. Dette perspektivet gir en rik beskrivelse på detaljnivå av hvordan suicidalitet oppstår som følge av en gradvis innsnevring av handlingsrom ved manglende syntese. Den suicidal modus er på denne måten en fiksering ved den tese om at lidelse kun kan lettes ved døden, og at selvmordet blir utført når denne modus eller fiksering over tid aktiverer motivasjonelle og atferdsmessige systemer i tilstrekkelig stor nok grad til at selvmordet gjennomføres. Dette systemet representerer den gradvise innsnevring av handlingsrom individet opplever i møte med sin lidelse, hvor alle andre mulige løsninger på det dialektiske dilemma oppleves som uoppnåelige eller ikke-eksisterende. Psykisk smerte er den smerte som medfølger fiksering ved en tese og et innsnevret syn på selvet, andre, og verden. Denne smerten forsterker allerede dominerende responser og atferdsmønstre, som videre innsnevrer individets opplevde handlingsrom, og en opprettholdelse av den skadelige atferden sees som eneste løsning. Kontekstualisert ved kronisk suicidalitet kan selvmordsatferden forstås som individets forsøk på å finne en løsning på sine problemer i

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

stressende omgivelser, men hvor oppgaven oppleves så overveldende at det kognitive systemet kollapser på seg selv. Den ambivalens som også er tilstede medfører at selvmordsatferden blir kommunikativ, og hyppige selvmordsforsøk kan forstås som forsøk på å søke regulering av dysforiske emosjoner hos omgivelsene når individet selv feiler. Individet blir over tid sensitivert til selvmordsatferden, og terskelen for å utøve atferden synker, slik at selvmords-strategien lettere blir prioritert ovenfor mer hensiktsmessig problemløsning.

Joiner (2007) beskriver denne prosessen med sin interpersonlige teori, hvor den gradvis økte evnen til selvskading forsterker tendensen mot selvmordsatferd og legitimeringen av den som løsning på det dialektiske dilemma mellom liv og død. Dette forsterkes ytterligere av individets opplevelse av å være en byrde og manglende opplevelse av tilhørighet, som også representerer en manglende syntese. En person er aldri fullt ut en byrde, og er heller aldri fullt ut fremmedgjort fra alle aspekter ved det fellesmenneskelige. Disse opplevelsene representerer fiksering ved tesen om deres utilstrekkelighet, og tar ikke høyde for de også er tilstrekkelige, som ville vært syntesen. Den interpersonlige teorien beskriver på denne måten hvordan manglende syntese driver frem selvmordsatferd som over tid sensitiverer individet til å igangsette atferdstendensen ved lavere terskler, som igjen begrenser handlingsrommet gradvis over tid.

På tross av disse perspektivene sine tilsynelatende forskjellige analysenivå og teoretiske baktepper, beskriver de gjennomgående en lignende prosess i individet i møte med seg selv, andre, og verden. Fra et dialektisk perspektiv er virkeligheten og livet en kontinuerlig og helhetlig prosess hvor tilsynelatende motstridende posisjoner smelter sammen for å danne et nytt perspektiv, for å igjen smelte sammen med et nytt perspektiv i en kontinuerlig prosess. Alle disse perspektivene på selvmord beskriver en prosess hvor helheten ikke tas høyde for, men hvor bestanddeler (tese eller antitese) får dominere, som igjen

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

begrenser de muligheter individet opplever at det har til å handle i møte med sine utfordringer, og hvor det opplevde handlingsrom innskrenkes. Analysert med et dialektisk rammeverk beskriver de alle hvordan manglende syntese i ulike nivåer, fra kognisjon til relasjon og samfunnsstruktur, kan resultere i selvmordsatferd når den dialektiske prosess stopper opp.

Lite dialektikk gir lite handlingsrom

Når den dialektiske prosessen stopper opp kan både pasient og terapeut fanges i et dilemma. Pasienter som presenterer kronisk suicidalitet er fanget i det dialektiske dilemmaet mellom å leve eller dø, og vil gjerne ty til suicidal atferd i mangel på andre mer adaptive problemløsningsstrategier. Terapeuter som iverksetter iatrogene tiltak i møte med kronisk suicidale pasienter gjør dette i mangel på andre tiltak de er trygge på at kan redde pasientens liv. Fellestrekket her er at både pasienten og terapeuten opplever at handlingsrommet er svært smalt, suicidal atferd eller innleggelse fremstår som de eneste alternativene. Både pasienten og terapeuten kan oppleve at handlingsrommet blir større hvis de skaper syntese i de dialektiske dilemmaene de står i.

For den kronisk suicidale pasienten representerer den suicidale atferden et forsøk på emosjonsregulering eller problemløsning. Atferden tjener altså en funksjon og tas gjerne i bruk fordi pasienten ikke har andre mestringsstrategier i møte med sine problemer. Suicidal atferd kan være et verktøy i møte med interpersonlige eller intrapsykiske utfordringer, det kan være et forsøk på å regulere dypt dysforiske emosjoner, eller det kan tjene en funksjon ved å sikre omsorg i den interpersonlige verden (Schwartz, 1979). Selvmordsatferden kommuniserer at pasienten har behov for hjelp. Det de i første omgang har behov for hjelp til er å etablere nye mestringsstrategier i møte med sine problemer slik at de ikke behøver å ty til suicidal atferd i vanskelige situasjoner.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Når den kronisk suicidale pasienten tyr til suicidal atferd er det fordi de opplever intens psykisk smerte, føler tomhet og håpløshet, og er ute av stand til å ta kontroll over situasjonen (Paris, 2017). Disse vonde opplevelsene tar fullstendig overhånd, og pasienten blir fanget i tesen om at det ønskes å dø. Så lenge denne tesen er altoppslukende gir suicidal atferd mening og de naturlige handlingsalternativene i møte med problemet blir suicidal atferd. Den manglende syntesen gjør seg og gjellende i intensjonen i selvmordsatferden. Intensjonen er ambivalent, og selv om suicidforsøket representerer tesen om dødsønske, representerer de mindre alvorlige forsøkene, eller den interpersonlige konteksten forsøket forekommer i, antitesen om at de ønsker å leve, eller i det minste overleve. Om pasienten evner å sammenfatte ønske om å dø og ønske om å leve i en syntese åpner flere handlingsalternativer seg. Tesen kan skape en trang til suicidal atferd, men antitesen kan hjelpe pasienten å handle annerledes, eksempelvis ved å ringe sin terapeut og få hjelp til å løse problemet med andre lærte ferdigheter.

Behandlere i psykisk helsevern kan også bli fanget i et dialektisk dilemma mellom fullstendig ansvar og total maktesløshet i møte med kronisk suicidale pasienter. Det kan føre til at handlingsrommet oppleves som innsnevret og iatrogene behandlingstiltak igangsettes. Om terapeuten blir fanget i tesen om at de er ansvarlig for at pasienten holder seg i livet kan avgjørelser tas på bakgrunn av frykt for å miste pasienten og ikke på bakgrunn av hva som er terapeutiske hensiktsmessig. På motsatt side kan antitesen være at terapeuten føler seg ute av stand til å hjelpe den selvdestruktive og suicidale pasienten, noe som kan skape motoverføringsreaksjoner og en følelse av maktesløshet i terapeuten, som igjen gjør at de ønsker å kvitte seg med pasienten. Behandleren kan bli fanget i tesen om at de har det fulle ansvaret for at pasienten holder seg i livet av ulike årsaker. Det kan være press fra pårørende eller frykt for å bli kritisert i media for at de ikke satt inn nødvendige tiltak for pasienten. Angsten for å miste en pasient til selvmord er naturlig for en terapeut. Men om angsten tar

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

overhånd og suicidfaren vurderes som kritisk kan terapeuten prioritere å redusere sin egen angst ved kortsiktige tiltak for å holde pasienten i live bare en dag til, fremfor langsiktige tiltak som hjelper pasienten å skape et liv de ønsker å leve. Innleggelse kan da bli et naturlig valg for terapeuten fordi det gir en følelse av at noen andre tar på seg ansvaret med å holde pasienten i livet en liten stund til. Når terapeuten fanges i antitesen, og føler seg maktesløs og ute av stand til å hjelpe pasienten, kan det skape et behov for å kvitte seg med pasienten. Motoverføringsfølelser som skuffelse, sinne, forakt og avsky er vanskelig for terapeuten å anerkjenne da det er politisk ukorrekt (Larsen, 2015), men de kan gi grobunn for et behov for å overføre ansvaret for pasientens behandling til noen andre.

Behovet for syntese er tydelig, både for pasienten og for terapeuten. For pasienten kan syntese handle om at de opplever et utvidet handlingsrom i møte med utfordringer som gjør dem i stand til å løse sine problemer uten å ty til suicidal atferd. For terapeuten kan syntesen handle om at handlingsrommet blir utvidet fordi man i mindre grad styres av angst for at pasienten skal dø, men har troen på at man kan iverksette tiltak med terapeutisk effekt. Terapeutens primære oppgave er å hjelpe pasienten å gjenvinne kontrollen over eget liv. I DBT gjøres dette gjerne gjennom å akseptere det ukontrollerbare, validere det vanskelige, og lære seg ferdigheter for effektiv problemløsning. For at terapeuten skal tilby dette må man tolerere en kalkulert risiko i møte med den kronisk suicidale pasienten, og ikke støtte pasientens maladaptive forsøk på å håndtere livet ved å overbeskytte eller respondere på iatrogene måter (Maltzberger, 1994).

Implikasjoner for offentlig diskurs.

Selv mord trer frem som et komplekst fenomen preget av disse dialektiske motsetningene, hvor sikreste behandling ikke er beste behandling, og hvor beste behandling ikke alltid er helt sikker. Selv mord oppleves ofte uforståelig for både etterlatte og samfunnet for øvrig, og det kan sies å være lav grad av toleranse for selv mord i vestlige samfunn.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Selvord fremstår som en ulykke eller personlig katastrofe. Det følger av dette resonnement at noen må være ansvarlige. I et samfunn preget av en solid og omfattende velferdsstat hvor individets rettigheter står sterkt. Selvmordet oppleves kanskje som velferdsstatens manglende evne til å tilby gode tiltak som ivaretar individets rettighet til å leve. Noen har på denne måten misligholdt sitt ansvar for å holde en person i live.

NRK sin gjennomgang av lovbrudd i forbindelse med selvmord i psykisk helsevern vinteren 2018 (Moland & Hjorthen, 2018) gir trolig noen indikasjoner på de holdninger og antakelser som preger den offentlige diskursen knyttet til selvmord. Selvmord fremstår i en rekke av disse sakene som predikerbart og unngåelig, og legger stor vekt på ansvar i behandlingssystemet. Vinklingen i disse mediasakene legger vekt på lovbrudd i pasientsaker som endte i selvmord, og det lovbruddet som trekkes frem som oftest forekommende er dårlige eller mangelfulle risikovurderinger, manglende samarbeid og kontinuitet mellom instanser, mangelfull eller feilaktig diagnostisering, og mangelfull journalføring (Moland & Hjorthen, 2018). Pasientens rett på liv har blitt krenket, og en ansvarlig må utnevnes. Diskursen preges av at det var noen sitt ansvar at pasienten døde, og at dette ansvaret for å holde pasienten i live ikke ble etterlevd. Virksom behandling er å bevisstgjøre pasienten sitt vide handlerom, og å gjøre pasienten i stand til å ta ansvar for eget liv. Innskrenking av pasientens autonomi i et forsøk på å holde hen i live viser seg å være skadelig i mange tilfeller (Coyle et al., 2018), og fratrar pasienten ansvar for eget liv. Behandlere kan oppleve seg presset av pasienten og systemet til å iverksette iatrogene tiltak for å verne om liv på bekostning av god behandling, men også frykte påstander om ansvar for pasientens handlinger fra pårørende og medier. Representerer diskursen rundt selvmord i psykisk helsevern det manglende handlingsrommet som pasienter, behandlere, institusjoner og samfunnet for øvrig behøver i møte med selvmord? God behandling er avhengig av toleranse for usikkerhet, for slik å støtte individets evne til å ivareta seg selv uten å måtte ty til selvmordshandlinger. Når

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

den offentlige diskurs krever sikrere (og mer skadelige) tiltak, kan det tyde på et kunnskapshull som ikke er tettet av mennesker med privilegert kunnskap om fenomenet, og ikke nødvendigvis viljefull ignoranse fra mediers eller befolkningens side. Innehavere av denne kunnskapen bør, for å utvide eget handlingsrom, ikke bare støtte dialektisk tankegang i pasienten, men også i befolkningen. Slik kan trolig krav og holdninger uttrykket i diskursen representere en mer kunnskapsbasert og hjelpsom holdning.

Konklusjon

Vi hevder at kronisk suicidalitet dreier seg om manglende syntese i lys av dialektisk filosofi. Pasienten som står i det dialektiske dilemmaet mellom å ta sitt eget liv eller fortsette å leve har behov for hjelp til å skape syntese mellom tesen om dødsønske og antitesen om ønsket om et bedre liv. Så lenge pasienten er fanget i det dialektiske dilemmaet vil handlingsrommet være svært innsnevret. Fanget i tesen om at pasienten ønsker å dø er suicidal atferd eneste handlingsalternativ i møte med livets utfordringer. Antitesen representert med å leve et bedre liv kan gjøre pasienten tilbøyelig til å hyppig oppsøke hjelp eller være villig til innleggelse i frykt av å ta sitt eget liv, og den kan representere et innsnevret handlingsrom i form av at pasienten ikke selv ønsker å ha ansvar for å holde seg selv i livet. På samme måte kan terapeuter, i møte med kronisk suicidale pasienter, føle seg fanget i et dialektisk dilemma hvor de på den ene side opplever et ansvar over pasientens handlinger og pasientens overlevelse, mens de på andre siden føler seg maktesløse i å hjelpe pasienten. Tesen representerer det fullstendige ansvaret, mens antitesen representerer maktesløsheten. Manglende syntese kan lede til iatrogene behandlingstiltak i mangel på bedre handlingsalternativer.

Ved å lære seg nye ferdigheter, i tillegg til å lære å tenke mer dialektisk kan pasientens handlingsrom utvides. Nye ferdigheter representerer alternative mestringsstrategier som kan

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

erstatte suicidal atferd. Dialektisk tenkning reduserer rigid fiksering til tesen om at døden er beste løsning på livets utfordringer, og man makter å ta i bruk de lærte ferdighetene. For terapeuten kan syntese innebære at man stoler på behandlingstilbudet, ikke fratrar pasienten autonomi og ansvar i eget liv og unngår iatrogene behandlingstiltak. Det er helt sentralt at man aksepterer en viss risiko for suicidal atferd i behandling av kronisk suicidalitet, særlig da suicid viser seg umulig å predikere på individnivå. Det kreves stadig mer forskning på suicidalitet som fenomen, slik at man kan forebygge og behandle effektivt, i tillegg til å skape et empirisk validert og terapeutisk hensiktsmessig syn på fenomenet. Slik kan man tilrettelegge for å redusere forekomsten av iatrogene behandlingstiltak. Behandling av kronisk suicidalitet krever at terapeuter aksepterer risikoen for suicid som det innebærer å drive effektiv terapi for pasienter med EUP og kronisk suicidalitet.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

Kilder

- American Psychiatric Association. (2001). *Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*: American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Bandura, A. J. (1978). Social learning theory of aggression. *Journal of communication*, 28(3), 12-29.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J., & Nightingale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1009-1014. doi:10.1176/ajp.153.8.1009
- Beautrais, A. L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychological medicine*, 31(5), 837-845. doi:10.1017/S0033291701003889
- Beck, A. (1970). The core problem in depression: The cognitive triad. I J. Masserman (Red.), *Depression: Theories and Therapies* (s.47-55). New York: Grune & Stratton.
- Beck, A. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. I P. M. Salkivskis (Red.), *Frontieres of Cognitive Therapy*, (s.1-25). New York: Guilford
- Beck, A., Lettieri, D. J., & Resnik, H. L. (Red.). (1974). *The prediction of suicide*. Bowie, MD: Charles Press Publishers.
- Bendit, N. (2014). Reputation and science: examining the effectiveness of DBT in the treatment of borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 22(2), 144-148.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 226-239.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

- Bowers, L., Banda, T., & Nijman, H. (2010). Suicide inside: a systematic review of inpatient suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(5), 315-328.
- Brager-Larsen, A. T., Magnussen, S., & Hestetun, I. (2007). Dialektisk atferdsterapi for ungdom i Norge ; teori, metode og erfaringer fra et behandlingstilbud. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(12), 1475-1484.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *The American journal of orthopsychiatry*, 68(4), 609-620.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 111(1), 198-202.
- Camus, A. (1955). *The Myth of Sisyphus and Other Essays*. (J. O'Brien, overs.). London, UK: Hamish Hamilton.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(3), 395-405.
- Chang, N. A., Jager-Hyman, S., Brown, G. K., Cunningham, A., & Stanley, B. (2016). Treating the Suicidal Patient: Cognitive Therapy and Dialectical Behavior Therapy. I O'Connor, R.C., Pirkis, J (Red.), *The International Handbook of Suicide Prevention*, (416-430). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Coccaro, E. F., Siever, L. J., Klar, H. M., Maurer, G., Cochrane, K., Cooper, T. B., & Davis, K. L. (1989). Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Archives of general psychiatry*, 46(7), 587-599.
- Combs, H., & Romm, S. (2007). Psychiatric inpatient suicide: a literature review. *Primary Psychiatry*, 14(12), 67-74.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

- Corbitt, E. M., Malone, K. M., Haas, G. L., & Mann, J. J. (1996). Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *Journal of Affective Disorders, 39*(1), 61-72. doi:10.1016/0165-0327(96)00023-7
- Coyle, T. N., Shaver, J. A., & Linehan, M. M. (2018). On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(2), 116-124. doi:10.1037/ccp0000275
- Drum, D. J., Brownson, C., Burton Denmark, A., & Smith, S. E. (2009). New data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(3), 213-222.
- Durkheim, É. (1951). *Suicide : a study in sociology* (J.A. Spaulding & G. Simpson, overs.). Glencoe, IL: Free press. (Originalt publisert i 1897).
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological medicine, 30*(1), 23-39.
- Fleischmann, A., & De Leo, D. (2014). The World Health Organization's Report on Suicide: A fundamental step in worldwide suicide prevention. *Crisis: The journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 35*(5), 289-291.
- Flynn, T. (2006). *Existentialism : A Very Short Introduction*. New York: Oxford University Press.
- Gaynes, B. N., West, S. L., Ford, C. A., Frame, P., Klein, J., & Lohr, K. N. (2004). Screening for suicide risk in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine, 140*(10), 822-835.
- Gjertsen, F. J. S. (2015). Selvmord og kjønn i et epidemiologisk perspektiv. *Suicidologi, 8*(3), 7-9.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

- Goldacre, M., Seagroatt, V., & Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *The Lancet*, 342(8866), 283-286.
- Goldney, R. D. (2000). Prediction of suicide and attempted suicide. I K. Hawton & K. Heering (Red.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (s. 585-595). New York: John Wiley & Sons.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., Harris W. A., McManus, T., Chyen, D., & Collins, J. (2004). Youth risk behavior surveillance--United States, 2003. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries*, 53(2), 1-96.
- Gunderson, J. G., & Phillips, K. A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *The American Journal of Psychiatry*, 148(8), 967-975.
- Guzmán, E. M., Tezanos, K. M., Chang, B. P., & Cha, C. B. (under utgivelse). Examining the impact of emergency care settings on suicidal patients: A call to action. *General Hospital Psychiatry*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.07.004>
- Hawton, K. (2007). Restricting access to methods of suicide: Rationale and evaluation of this approach to suicide prevention. *Crisis*, 28(S1), 4-9.
- Heard, H. L., Linehan, M. M., & Arkowitz, H. (1994). Dialectical Behavior Therapy: An Integrative Approach to the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(1), 55-82. doi:10.1037/h0101147
- Hegel, G. W. F. (1807). Hegel's phenomenology of spirit. (A. V. Miller, overs.) *Oxford: Oxford University Press*
- Helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Oslo: Helsedirektoratet.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1), 57-68. doi:10.1111/j.1600-0447.1995.tb09743.x
- Hjorthøj, C. R., Madsen, T., Agerbo, E., & Nordentoft, M. (2014). Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case–control study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(9), 1357-1365. doi:10.1007/s00127-014-0860-x
- Hughes, S. L., & Neimeyer, R. A. (1990). A cognitive model of suicidal behavior. I D. Lester (Red.), *Current concepts of suicide*, (s. 1-28). Philadelphia: The Charles Press Publishers, Inc.
- Inskip, H., Harris, C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 35-37.
- Johnson, R. M., & Coyne-Beasley, T. (2009). Lethal means reduction: what have we learned? *Current opinion in pediatrics*, 21(5), 635-640.
- Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P. S. (2005). Trends in Suicide Ideation, Plans, Gestures, and Attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*, 293(20), 2487-2495. doi:10.1001/jama.293.20.2487
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(6), 936-951.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review, 27*(2), 226-239.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1501-1508.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J. M., Serby, M., Schopick, F., & Siever, L. J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American journal of Psychiatry, 159*(5), 784-788.
- Koerner, K. (2012). *Doing Dialectical Behavior Therapy : A Practical Guide* (1 utg.). New York: The Guilford Press.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G.K., Butterfield & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy 32*(2), 371-390.
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Webb, S. P. (2008). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry, 49*(4), 380-386.
- Kreitman, N. (1976). The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960-71. *Journal of Epidemiology & Community Health, 30*(2), 86-93.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

- Large, M. M., & Ryan, C. J. (2014). Disturbing findings about the risk of suicide and psychiatric hospitals. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(9), 1353-1355. doi:10.1007/s00127-014-0912-2
- Larsen, K. (2010). Selvmordsforebygging: Balansegang mellom realisme og optimisme. *Tidsskrift Norsk Psykologforening*, 47(10), 906-907.
- Larsen, K. (2015). "Bare gå og heng deg, din jævla dritt!". Motoverføring og suicidalitet. *Suicidologi*, 16(1), 18-24. doi:10.5617/suicidologi.2070
- Lester, D. (1988). *Why women kill themselves*: Springfield, IL: Charles. Thomas.
- Lester, D. (1994). Psychotherapy for suicidal clients. *Death studies*, 18(4), 361-374.
- Levins, R., & Lewontin, R. C. (1985). *The dialectical biologist*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1997). Behavioral treatments of suicidal behaviors - Definitional obfuscation and treatment outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836(1), 302-328.
- Linehan, M. M. (2008). Suicide Intervention Research: A Field in Desperate Need of Development. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 483-485. doi:10.1521/suli.2008.38.5.483
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. I J. J. Gross (Red.), *Handbook of emotion regulation* (s. 581-605). New York, NY: Guilford Press.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

- Linehan, M. M., Rizvi, S. L., Welch, S. S., & Page, B. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders. I K. Hawton & K. Heering (Red.), *The international handbook of suicide and attempted suicide*, (s.147-178). New York: John Wiley & Sons.
- Linehan, M. M., & Schmidt, H. (1995). The dialectics of effective treatment of borderline personality disorder. I W.O. O'Donahue, Krasher, L. (Red.), *Theories in Behaviour Therapy* (s.553-584). Washington, DC: American Psychological Association.
- Links, P. S., Heslegrave, R., & Reekum, R. v. (1999). Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 13(1), 1-9.
- Links, P. S., & Kolla, N. (2005). Assessing and managing suicide risk. I J. M. Oldham, A. E. Skodol, D. S. Bender (Red.), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders*, (s. 449-462), Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Litman, R. E. (1967). Sigmund Freud on suicide. I E. S. Shneidman (Red.), *Essays in self-destruction* (s. 324-344). New York, NY: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Loeffler, J. (2016). *Dialectical behavior therapy adapted for suicidal and multiproblem adolescents: A literature review* (Doktoravhandling) Biola University, California.
- Lungu, A., & Linehan, M. M. (2017). Dialectical Behavior Therapy: Overview, Characteristics, and Future Directions. I S. G. Hofmann & G. J. G Asmundsen, *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* (s. 429-459) San Diego CA: Elsevier.
- 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. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480.
- Malt, U. (2014). Emosjonelt Ustabil Personlighetsforstyrrelse. *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 16. april fra https://sml.snl.no/emosjonelt_ustabil_personlighetsforstyrrelse

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

- Malt, U. (2016a). Parasuicid. *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 15. mars, 2019 fra <https://sml.snl.no/parasuicid>.
- Malt, U. (2016b). Personlighetsforstyrrelser. *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 16. april, 2019 fra <https://sml.snl.no/personlighetsforstyrrelser>
- Maltsberger, J. T. (1994). Calculated risk taking in the treatment of suicidal patients: Ethical and legal problems. *Death studies*, 18(5), 439-452. doi:10.1080/07481189408252691
- Maris, R. W. (1989). Suicide intervention: the existential and biomedical perspectives. I D. Jacobs & H. N. Brown (Red.), *Suicide: Understanding and Responding*. (s.449-458) Madison, CT, International Universities Press.
- Maris, R. W., Bongar, B. M., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. London: Guilford Press.
- Marzuk, P. M., Leon, A. C., Tardiff, K., Morgan, E. B., Stajic, M., & Mann, J. J. (1992). The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Archives of general psychiatry*, 49(6), 451-458.
- May, G. G. (1982). *Will and spirit*. San Francisco: Harper & Row.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York, NY: Guilford Press.
- Moland, A., & Hjorthen, I. R. (2018, 19. november). Selvmord i psykiatrien har brutt loven i 91 av 200 saker. Hentet fra https://www.nrk.no/selv-mord-i-psykiatrien_-har-brutt-loven-i-91-av-200-saker-1.14295726
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133-154. doi:10.1093/epirev/mxn002

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

- Oldham, J. M., Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2014). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders* (2.utg). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Orbach, I. (2003). Mental pain and suicide. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 40(3), 191-201.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 193-199.
- Paris, J. (2003). Personality disorders over time: Precursors, course and outcome. *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 479-488. doi:10.1521/pedi.17.6.479.25360
- Paris, J. (2016). Kronisk suicidalitet ved ustabil personlighetsforstyrrelse ; hvorfor det er behov for særskilte tilnærminger i behandlingen (H. Herrestad, overs.). *Suicidologi*, 21(3), 24-29. doi:10.5617/suicidologi.4101
- Paris, J. (2017). *Half in love with death: Managing the chronically suicidal patient*. New York, NY: Routledge.
- Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28(6), 530-535.
doi:[https://doi.org/10.1016/0010-440X\(87\)90019-8](https://doi.org/10.1016/0010-440X(87)90019-8)
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). The 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.
doi:10.1053/comp.2001.26271
- Pavlov, I. P.. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex* (G. V. Anrep, overs.). London: Oxford University Press.
- Pirkola, S., Isometsä, E., & Lönnqvist, J. (2003). Do means matter?: Differences in characteristics of Finnish suicide completers using different methods. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(11), 745-750.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

- Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 427-432.
- Rizvi, S. L., Steffel, L. M., Carson-Wong, A., & Brown, R. T. (2013). An Overview of Dialectical Behavior Therapy for Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(2), 73-80. doi:10.1037/a0029808
- Robinson, W. S. (2009). Ecological correlations and the behavior of individuals. *International Journal of Epidemiology*, 38(2), 337-341.
- Rudd, M. D. (2000). Integrating science into the practice of clinical suicidology: A review of the psychotherapy literature and a research agenda for the future. I R. W. Maris, S. S. Canetto, J. L. McIntosh, & M. M. Silverman (Red.), *Review of suicidology* (s. 47-83). New York: Guilford.
- Rudd, M. D., Joiner, T. E., & Rajab, M. H. (2001). *Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. New York: Guilford Press.
- Sansone, R. A. (2004). Chronic suicidality and borderline personality. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 215-225.
- Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling Access to Suicide Means. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(12), 4550-4562.
- Sartre, J.-P. (2007). *Existentialism is a humanism* (C. Macomber, overs.). New Haven, CT: Yale University Press. (Originalt publisert i 1946).
- Schwartz, D. (1979). The suicidal character. *Psychiatric Quarterly*, 51(1), 64-70.
doi:10.1007/BF01064720
- Shneidman, E. S. (1973). *Deaths of man*. New York: Penguin Books.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

- Shneidman, E. S. (1977). *Definition of suicide*. New York, NY: Rowman & Littlefield publishers, Inc.
- Shneidman, E. S. (1985). Basic words & approaches. I E. S. Shneidman (Red.), *Definition of suicide* (s. 3-23). Canada: John Wiley & sons.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache : a clinical approach to self-destructive behavior*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Shneidman, E. S. (1998). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1647-1658.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York, NY: Simon and Schuster, Inc.
- Solomon, M. I., & Hellon, C. P. (1980). Suicide and Age in Alberta, Canada, 1951 to 1977: A Cohort Analysis. *Archives of general psychiatry*, 37(5), 511-513.
doi:10.1001/archpsyc.1980.01780180025002
- Spicer, R. S., & Miller, T. R. (2000). Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *American journal of public health*, 90(12), 1885-1891.
- Stone, M. H. (1990). *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A., & Lönnqvist, J. (2004). Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry*, 4(1), 11. doi:10.1186/1471-244x-4-11
- Swales, M., & Heard, H. L. (2009). *Dialectical behaviour therapy : distinctive features*. London: Routledge.
- Thomas, K., & Gunnell, D. (2010). Suicide in England and Wales 1861–2007: a time-trends analysis. *International Journal of Epidemiology*, 39(6), 1464-1475.

KRONISK SUICIDALITET – ET DIALEKTISK DILEMMA

- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Joyce, P. R., Karam, E.G., Lee, C. K., Lekkouch, J. & Lepine, J.-P. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological medicine*, 29(1), 9-17.
- White, C. N., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Hudson, J. I. (2003). Family studies of borderline personality disorder: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(1), 8-19.
- World Health Organization. (2016). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Widiger, T. A., & Costa Jr, P. T. (2013). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wilkinson, G. (1994). Can suicide be prevented? Better treatment of mental illness is more appropriate aim. *BMJ: British Medical Journal*, 309(6958), 860-861.
- Winchel, R. M., & Stanley, M. (1991). Self-injurious behavior: a review of the behavior and biology of self-mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 148(3), 306-316.
- Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11 583 patients. *British Journal of Psychiatry*, 185(1), 70-75. doi:10.1192/bjp.185.1.70