

Kognitiv Suicidprevention - Ett nytt sätt att förstå suicidalitet

Jan Beskow

Professor, psykiater och socialmedicinare, suicidforskare sedan mer än 40 år är forskningschef vid Center för Kognitiv Psykoterapi och Utbildning i Göteborg samt vice ordförande i Västsvenska Nätverket för Suicidprevention. E-post: jan.beskow@cognitivterapi.se

Det är märkligt hur lång tid det tar innan nya forskningsrön börjar användas mer allmänt i klinisk verksamhet. Kognitiva och beteendeorienterade terapier, KBT, började utvecklas i USA på 1960-talet. Terapiformerna har en stark vetenskaplig förankring, är inriktad på det som går att förändra och strävar efter effektivitet. Ändå dröjde det ända till 2004/2005 innan den fick sitt erkännande i Sverige. Nu har socialstyrelsen i sina riktlinjer för ångest och depression slagit fast att KBT skall vara förstahandsalternativ i behandlingen av de flesta av dessa tillstånd.

Under de senaste decennierna har forskare inspirerade av KBT successivt utvecklat ett nytt sätt att tänka kring suicidalitet. Genom att se suicidalitet som en utveckling från något normalt till något patologiskt gör denna modell suicidaliteten begriplig. Måtte det inte ta 40 år innan detta perspektiv börjar tillämpas mer allmänt i Sverige! Här en kort beskrivning.

Suicidtankar är normala och funktionella.

Tankar på död och suicid ligger nära ytan hos de flesta. Ofta dyker de upp redan vid mindre eller måttliga påfrestningar, t ex kräkningar ("jag döör...") eller vid oväntat hot om skilsmässa ("jag kan inte leva utan dig..."). I de flesta fall är de snabbt övergående tankar, men ibland får de en djupare innebörd. Suicid framstår som ett fullt möjligt alternativ i en svår problemlösningsprocess. Det finns en sista utväg!

Tanken på suicid ger en känsla av frihet och kontroll. Den förlamande känslan av att vara fångad i en fälla släpper. Det är möjligt att gå ett steg till framåt. Det är positivt. Bakom hörnet väntar inte sällan nya upplevelser som kan göra att längtan att dö inte längre är aktuell. Människor i omgivningen uppfattar att nu är det farligt och försöker bidra till att lösa problemen. Suicidtankarna är funktionella.

Svårigheter att hantera livet.

I detta stadium upplever den suicidala personen att hon har det svårt men inte att hon är psykiskt sjuk. Hon söker därför inte gärna på vårdcentral eller psykiatrisk mottagning. Läkare upplever också att det är kopplingen mellan psykisk sjukdom och suicidalitet som är en angelägenhet för hälso- och sjukvården. Finns båda ökar risken för suicid avsevärt. Då behövs psykiatrisk och/eller psykoterapeutisk behandling. Innan effekten sätter in behövs också en riskbedömning och på den eventuellt följande övervakning. Riskbedömningar är emellertid notoriskt osäkra och rymmer skattning av ett stort antal faktorer. Slutsatserna blir ofta vittgående: "Ingen risk för suicid just nu! Okej, då får patienten gå hem." Lyssna till den satsen en gång till! Man skulle kunna se akut hjärtsjukvård ur samma perspektiv: "Nej, patienten dör nog inte i dag! Då får hon gå hem!"

Trots detta ligger det mycket i det psykiatriska perspektivet. Suicidalitet kombinerat med psykisk sjukdom ökar i hög grad risken för suicid. Diagnostik och behandling av psykisk sjukdom är och förblir en hörnsten i suicidpreventionen. Men ur KBT-perspektiv är det inte den psykiska sjukdomen som ger upphov till suicidalitet. Snarare är det ett invecklat samspel, där personens oförmåga att hantera, att leva med sin psykiska sjukdom till sist blir avgörande (.. visst vill jag leva, men inte så här..) . Hon lyckas inte hantera alla de upplevelser

och problem som sjukdomen för med sig.

Suicidalitet - ett eget problemområde.

Även om psykisk störning och suicidalitet ofta förekommer samtidigt måste suicidalitet ses som ett eget problemområde skilt från psykisk störning. En modell för suicidalitet måste omfatta hela den suicidala processen, således vad som händer redan innan de psykiska störningarna uppträder. Detta synsätt gör att det är intressant att förstå suicidalitet i sig, som ett fristående problem. Ångest och nedstämdhet är också normala och nyttiga funktioner. De uppmärksammar personen om att hon har problem som måste lösas. Om detta inte sker kan det utvecklas en ångest- eller depressionssjukdom. Detta sker med hjälp av olika *vidmakthållande faktorer*. Det finns nu vetenskapligt väl grundade tekniker att behandla dessa vidmakthållande faktorer. Det är det perspektivet som givit KBT-framgångarna i behandling av ångest och depression. Kognitiv suicidprevention är början till en liknande utveckling i förståelsen av suicidalitet.

Suicidalitet - en övervägande kognitiv process.

Problem löser man genom att tänka på dem, bearbeta dem, resonera med andra om dem osv, dvs man använder sin tankeverksamhet. Problemlösning är en kognitiv process. Kognitioner är ett sammanfattande namn för varseblivningar, bilder, minnen, idéer, tankar och planer. De är viktiga del-

funktioner när det gäller att bearbeta olika intryck och forma dem till handlingsplaner i försök att lösa ett problem.

Depression däremot är en affektiv sjukdom, dvs en sjukdom som framför allt omfattar de kroppsligt förankrade känslorna. Symtomen är mångahanda, framför allt nedstämdhet, glädjelöshet, svårigheter med mat, sexualitet, sömn och en känsla av trötthet. Till det kommer ofta tankar på skuld och skam, död och suicid. De flesta av depressionssymtomen varierar starkt mellan olika depressiva episoder, dock med undantag av koncentrationsstörning och framför allt suicidtankar, Williams 2006. Depression är en plågsam sjukdom. Då är det svårt att koncentrera sig på något annat. Att suicidtankar återkommer på samma sätt beror på dess övervägande kognitiva problemlösande karaktär. Har man tänkt mycket på ett problem glömmar man det inte så lätt. Övriga symptom handlar emellertid mer om känsla och kropp. Därför är de annorlunda.

Tabuering försvårar problemlösning.

Vi tänker med ord. Vi kan inte tänka det vi inte har ord för. Under 1.600 år har det varit förbjudet att tänka på suicid. Därför är *Suicidalitetens språk*, Beskow 2005, ännu outvecklat. Vi behöver ett mycket mer detaljerat språk för att förstå de intrikata problem som önskan att ta livet av sig innebär.

Vidmakthållande faktorer.

Ångest och nedstämdhet är meddelanden från mig själv till mig själv att jag har problem att lösa. Symtomen är inte det intressanta, dem har vi alla. Det intressanta är varför de inte fyller sina normala funktion, dvs tydliggör det aktuella problemet och bidrar till dess lösning. Det reser frågan och vilka mekanismer som gör att ångest och nedstämdhet vidmakthålls och förvärras. Det nya med kognitiv och beteendearterad psykoterapi, KBT, är att det finns väl utarbetade och vetenskapligt verifierade metoder för att bryta dessa vidmakthållande faktorer. Vid s k panikångest är det inte ångesten som är problemet utan den sjukets tendens att förklara ångesten genom hänvisning till kroppslig sjukdom. Detta blockerar den ursprungliga meningen, det som ångesten ville berätta om. Vid nedstämdhet kan personen utveckla en vana att ständigt uppmärksamma det negativa i tillvaron. Detta kan starta en nedåtgående spiral, som kan sluta i depressionssjukdom. Det negativa budskapet: ”Du kan tänka dig till en depression” fullföljs med ett positivt budskap: ”Men då kan du också tänka dig ur en depression”.

Suicidaliteten kan övergå i patologi.

Om problemen inte löses känner sig personen alltmer instängd i ett hörn eller ett fängelse. Vid outhärdlig psykisk smärta tar sig suicidiet som den enda möjliga utvägen. Det är möjligt att leva ett tag till. Om problemen trots ångest och depression inte

bringas till någon lösning skärps tonen: ”Du svävar i livsfara. Nu *måste* du ta tag i dina problem!” När inte heller detta ger resultat uppträder vidmakthållande faktorer som gör att suicidaliteten fortlever och fördjupas. Ett exempel på detta är *ältande*, som också kallas ruminering, Beskow 2009, Rudd 2009. Detta är välkänt från annan problemlösning. Att älta (grubbla) är att tänka på problemen utan att lösa dem. Varje gång man tänker på suicid lättar trycket, man känner sig lugnare. Men i själva verket går personen allt längre in i sin suicidala tankevärld, blir alltmer upptagen av sina suicidplaner. Suicidaliteten blir en fristående riskfaktor för suicid.

Risken för psykiska olycksfall ökar.

En person, som är så överväldigad av psykisk plåga, ångest och depression att hon inte står ut en dag till, kan ha svårt att hantera nya, även små eller måttliga påfrestningar. Alla som närmat sig suicidproblematiken vet också att många suicid inträffar oväntat (“... men varför just nu?...”) och detta trots att man känt patienten under decennier. Olycksfallsperspektivet innebär i princip att under lång tid utvecklade suicidplaner stimuleras av även små yttre stimuli och exploderar i en oväntad – och egentligen oavsedd – suicidal handling (Williams 2005).

Ensamhet – med rötter i barndomen.

Den suicidala personen känner sig ensam, övergiven, ingen bryr sig egentligen. Banden till andra människor, ja, till alla människor, känns brutna, ibland definitivt. Det är då naturligt att vända blickarna mot den tid då mönstren för anknytning till andra människor – attachment - skapades, nämligen den tidiga barndomen och relationen till föräldrarna. Vi vet att brister i attachment har destruktiva effekter i vuxen ålder, Ehnvall 2008. Kanske finns här en viktig grundsten i förståelsen av suicidalitetens gåta. Attachmentforskningen kommer med stor sannolikhet lämna allt mer väsentliga bidrag till vår förståelse av hur suicidalitet utvecklas och vidmakthålls.

Det första mötet.

Detta får också direkta konsekvenser för hur personal inom hälso- och sjukvården bör bemöta den suicidala personen. Hennes starka upplevelse av utanförskap gör henne särskilt känslig. Det första mötet skall därför vara ett suicidpreventivt ingripande. Syftet är att bryta patientens känsla av plågsam isolering. Den formella bedömningen av suicidrisk och psykisk sjukdom får komma senare. Den suicidala personen skall därför i första hand mötas med stor respekt. Den höga graden av subtilitet i den suicidala processen gör dessutom att hon måste delta aktivt i problemlösningen (Michel 2002), förvandlas från ett passivt offer till en aktiv aktör (...det är till sist hon som bestämmer...). Patienten

bidrar med sin unika kunskap om sig själv och sin suicidalitet, terapeuten med sina teorier och tekniker. Under detta första ögonblick kan terapeuten bjuda in patienten till ett gemensamt arbete kring hennes problem, början till en utveckling av hennes förmåga att hantera relationer, att hantera psykisk sjukdom, att hantera livet.

Slutsatser

- De vetenskapliga landvinningarna inom Kognitiv suicidprevention måste snarast möjligt spridas både inom hälso- och sjukvården, men också inom folkhälsoarbetet.
- En ökad fokusering på tidiga stadier av suicidalitet skulle avsevärt förbättra behandlingsmöjligheterna.
- Den suicidala personen måste mötas med stor respekt för sig själv som person men också för relevansen i hennes upplevelser
- Hon måste utvecklas från ett passivt offer till en aktiv aktör som löser problem i samarbete med sin terapeut.

Referenser

- Beskow J, Palm Beskow A, Ehnvall A. Suicidalitetens språk. Lund: Studentlitteratur, 2005.
- Beskow J, Salkovskis P, Palm Beskow A. Cognitive Treatment of Suicidal Adults. Ch 56 in Wasserman D, Wasserman C (red.). The Oxford textbook of suicidology and suicide prevention - the five continents perspective. Oxford: Oxford University Press, 2009, pp 413-420.
- Ehnvall A, GB Parker, D Hadzi-Pavlovic, G Mahli (2008). Perception of rejecting and neglectful parents in childhood relates to lifetime suicide attempts for females - but not for males. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2008;117(1);50-56.
- Ellis E (ed). Cognition and Suicide. Theory, Research, and Therapy. American Psychological Association, 2006
- Ellis T. Cognition and suicide. Theory, research and therapy. American Psychological Association, Washington, 2006.
- Michel K, Maltzberger JT, Jobes DA, Leenaars AA, Orbach I, Stadler K, Dey P, Young RA, Valach L. Case Study. Discovering the Truth in Attempted Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 2002; 56, 424-37.
- Rudd MD, Williams B, Trotter DRM. The psychological and behavioural treatment of suicidal behaviour. What are the common elements of treatment that work? Ch 58 in Wasserman D,

KRAV PÅ RATIONELL SUICIDPREVENTION

1. HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Vården av suicidala patienter skall ha samma kvalitet personellt och tekniskt som hjärtintensivvården.

Motivering: Båda vårdar tillstånd med hög dödlighet. Båda omfattar analyser på hög nivå, utbildning av patient och anhöriga samt långvarig rehabilitering. Skillnaden i vårdstandard är i dag skriande.

2.FOLKHÄLSA

Alla bör:

- kunna tala om existentiella frågor, om liv, död och suicid
- ha grundläggande kunskaper om ångest, depression, kränkning och suicidalitet
- veta hur man talar om detta samt
- vem man hänvisar till om man inte klarar det själv.

Motivering: Psykisk livräddning bör ägnas samma uppmärksamhet som fysisk livräddning.

Källa: WNS, www.suicidprev.com

debatt

Wasserman C (red.). The Oxford textbook of suicidology and suicide prevention - the five continents perspective. Oxford: Oxford University Press, 2009, pp 27-37.

Williams JMG, Barnhofer T, Crane C, Beck AT. Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 2005; 114, 421-31.

Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Van der Does AJW, Segal ZV. Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *Journal of Affective Disorders* 2006; 91, 189-94.