Kognitiv atferdsterapi ved selvmordsfare

Ved Arne Repål

I denne artikkelen vil jeg gi en kort redegjørelse for en kognitiv tilnærming til pasienter med selvmordstanker som del av en depressiv tilstand. Depresjon er knyttet til et mangesidig samspill mellom arv, biologi, psykologi og kultur, og det er store forskjeller mellom individer. Innenfor kognitiv atferdsterapi (KAT) er man opptatt av sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Disse påvirker hverandre gjensidig, noe som gjør utforskning av egne tanker og fastlåste tankemønstre til en mulig innfallsvinkel i arbeidet med å påvirke følelser. Jeg har begrenset artikkelen til å omhandle terapi med ikke-psykotiske pasienter som er i stand til gjennomføre poliklinisk behandling.

Kognitive modeller for depresjon

Kognisjon er betegnelsen på menneskets kontinuerlige bearbeidelse av informasjon. Vi er hele tiden aktive i forhold til det vi opplever. Vi velger ut informasjon, tolker den og prøver å forestille oss hva som kan komme til å skje. Hva vi velger ut, og hvordan vi tolker det, påvirker våre følelser, og denne prosessen er delvis styrt av våre antagelser om situasjonen her og nå. Tolkningene kan i sin tur være påvirket av tidligere erfaringer og hend-

elser. Den deprimerte vil ha et tankemønster preget av negative automatiske tanker. Det kan være vanskelig å identifisere disse. De kan være kortvarige, uklare, formet som bilder og ubehagelige å fokusere på: "Jeg er ikke bra nok." "Jeg klarer det aldri." "Andre vil forakte meg." "Livet kan aldri mer bli meningsfylt." Den deprimerte forholder seg ikke kritisk til dem, men tar dem for gitt. Mange deprimerte beskriver det som en indre negativ stemme som er der hele tiden. Kognitiv terapi tar utgangspunkt i at negative automatiske tanker og en slik indre dialog ofte kan være tuftet på feilaktig grunnlag. De konklusjonene den deprimerte kommer frem til om seg selv og omverdenen vil som regel fremstå som urimelige for andre. Kognitiv terapi er rettet mot å undersøke alternativer til disse negative indre samtaler.

Det finnes flere kognitive tilnærminger til depresjon. Aaron T. Beck og hans medarbeidere (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) har gitt viktige bidrag. Beck beskriver "den kognitive triade", som er en deprimert persons negative syn på:

- Seg selv (utilstrekkelig, mislykket, uverdig)
- Omverdenen, inklusiv andre mennesker (kjedelig/meningsløs; likegyldig/kritisk)
- Fremtiden (dyster, uten håp)

Slike negative antakelser kan være et resultat av tidligere negative livserfaringer og tapsopplevelser. De aktiveres igjen i livssituasjoner med nye tap og påkjenninger. Beck peker også på tre grunnantakelser som kan bidra til depresjon: behovet for å lykkes, behovet for å bli likt, elsket og akseptert og behovet for å være den sterke og å ha kontroll. Grunnantakelsene hos den deprimerte er typisk rigide, absolutte og strenge.

Abrahamson, Alloy & Metalsky (1995) har videreført Martin Seligman (1975) sin teori om "lært hjelpeløshet". Håpløshet er et sentralt begrep i denne modellen. Hendelser som kan bidra til depresjon, som en skilsmisse eller tap av arbeid, kan ha til felles at den som rammes ikke lenger opplever å ha kontroll over det som skjer. Det kan oppstå en form for lært hjelpeløshet der vedkommende mister troen på egen evne til mestring, blir passiv og trekker seg tilbake. Flere undersøkelser har også vist at depressiv grubling er en kjernekomponent ved depresjon (Papageorgiou & Wells, 2003). Når mennesker blir deprimerte, har de en tendens til både å dvele ved tidligere problemer og ved bekymringer for fremtiden. Dette forsterker den depressive sinnsstemningen (Wells, 2008).

Håpløshet og selvmordsfare

Innenfor en kognitiv modell er en særlig opptatt av at håpløshet synes å fungere som et bindeledd mellom depresjon og suicidal atferd (Beck, Brown, Berchic, Steward & Steer, 1990). Selvmordstankene kan for den deprimerte fremstå som et logisk utslag av den måten vedkommende opplever seg selv og sin situasjon på. Den klare sammenhengen mellom en følelse av håpløshet og selvmordstanker gjør dette til et sentralt tema i terapien. Det er flere grunner til det:

- Håpløshet øker selvmordsfare
- Håpløshet bidrar til passivitet og manglende egenaktivitet
- Håpløshet fører til sosial tilbaketrekning
- Håpløshet henger sammen med manglende tro på egen mestringsevne
- Håpløshet bidrar til ytterligere å svekke selvbildet

ABSTRACT

Artikkelen beskriver bruken av kognitiv atferdsterapi (KAT) i forhold til pasienter med selvmordstanker. Den redegjør kort for den kognitive modellen for depresjon, med spesielt fokus på sammenhengen mellom håpløshet og selvmordstanker. De sentrale metodene i KAT for å bygge håp blir presentert. Disse kan bidra til å redusere negativ tenkning og dermed svekke selvmordstanker. Artikkelen beskriver også bruken av en selvmordsforebyggende plan.

This article describes how patients with suicidal thoughts are treated within a Cognitive-behaviour therapy model (CBT). A cognitive model for depression is described, with focus on the link between hopelessness and suicidal thoughts. Some of the key CBT methods for building hope are presented. These methods can be used to create a more optimistic viewpoint and to reduce suicidal thinking. The making of an antisuicide plan are described. Many of the items in such a plan are drawn directly from work on hopelessness.

LEVERT: 4/3-12
REVIDERT: 6/5-12
AKSEPTERT: 7/5-12

Kognitiv terapi ved depresjon er et samarbeidsprosjekt mellom terapeut og pasient hvor målet er å utforske grunnlaget for negative tanker og redusere grubling og bekymring. Gjennom dette prøver terapeuten å bidra til at pasienten opplever håp og økt mestringstro, noe som også kan redusere selvmordsfare. Vi skal se nærmere på noen sentrale elementer i denne prosessen.

Bekjempe håpløshet

Førstehjelp for pasienter med selvmordstanker vil være tiltak som kan bidra til fornyet håp. Slike tiltak er ikke nødvendigvis spesifikke for pasienter med selvmordstanker. De er sentrale elementer ved kognitiv terapi for depresjon generelt. Nedenfor har jeg satt opp en oversikt over ulike kognitive metoder som benyttes i arbeidet med å skape håp og redusere selvmordstanker. Den bygger blant annet på Wright, Turkington, Kingdon & Basco (2009) og på Berge og Repål (2010).

Den terapeutiske relasjonen

Dersom vi skal nå frem med endringsfokusert terapi er vi helt avhengig av en positiv relasjon til pasienten. I møte med den selvmordstruede pasient med liten tro på nytten av terapi, kan det være vanskelig å balansere mellom det å se pasientens fortvilelse og det å skape håp. Den beste måten for å få kunnskap om hvorvidt en person har planer om å ta sitt liv, er gjennom konkret og åpen diskusjon. Samtidig må terapeuten være oppmerksom på at det kan oppleves som skamfullt å vedstå seg selvmordstanker. Noen vil oppleve det som smertefullt å snakke om dette, fordi det innebærer å gå tilbake til den fortvilede perioden der selvmordstankene oppsto. Slike samtaler stiller spesielle krav til at terapeuten maktet å formidle varme, trygghet og en entydig akseptering av personens beskrivelse av sin situasjon. Selvmordstankene kan da fremstilles som et logisk utslag av det som presenteres, premisser som kan undersøkes nærmere. Wright et al., (2009) advarer mot faren som ligger i å bagatellisere pasientens problemer og fremstå som lite empatiske og urealistisk optimistiske.

Formidle grunner til å tro på et positivt utfall av terapi

Et sentralt element i KAT ved depresjon er psykoedukasjon om selve lidelsen og om grunnprinsippene for kognitiv terapi som metode. Terapeuten beskriver hva depresjon gjør med vår måte å se og fortolke verden på, vanlige kroppslige symptomer og hvordan den tapper oss for energi. Sammenhengen mellom tanker og følelser blir berørt. Uten å bagatellisere pasientens problemer, kan terapeuten beskrive erfaringer med andre pasienter som har vært deprimerte. Generell informasjon om varighet av depresjon er også et tema. Terapeuten bør ikke være bombastisk i sin påstand om at pasientens tilstand skyldes negative automatiske tanker og feiltolkninger, men oppfordre pasienten til å utforske dem. Et viktig budskap er at den indre kritiske stemmen pasienten lytter til er depresjonens stemme, og at denne ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med noen ytre sannhet.

Strukturert behandling

KAT er i sin form rimelig lett forståelig som metode. Den faste strukturen innebærer en forutsigbarhet i hva som skal skje, hvilken rolle terapeut og pasient har og hvilke metoder som skal brukes for å nå målene. Tydelighet med hensyn til hva terapi vil innebære kan i seg selv bidra til å skape håp.

Sett realistiske mål

KAT er et samarbeidsprosjekt hvor pasienten sammen med terapeuten setter seg mål for hva man vil oppnå. Ved depresjon vil det ofte være nødvendig med delmål. Selv enkle målsettinger som det å gå en tur, stå opp til faste tidspunkter eller spise regelmessig kan virke uoverkommelige. Der hvor pasienten oppfordres til å prøve oppgaver mellom timene, må hensikten med disse være klar og sjansen for å nå dem må være realistisk. Muligheten for at pasienten velger for vanskelige oppgaver er i seg selv et tema. Det understrekes at det ligger i depresjonens vesen at det er vanskelig å gjennomføre ting, og at det dessverre ofte er slik at den deprimerte bruker dette som bekræftelse på egen utilstrekkelighet.

Foreslå atferdsmessige tiltak som kan vise at endring er mulig

Deprimerte mennesker isolerer seg ofte og blir passive og fanget i depressive tankemønstre uten tilgang på nye impulser. Mange opplever seg selv som en byrde for andre og bruker dette som begrunnelse for hvorfor de unngår sosial kontakt. Mange erfarer imidlertid at det å delta sosialt er positivt eller i alle fall ikke så negativt som de trodde på forhånd. For noen kan bare det å gå en tur medføre at de opplever en viss endring.

Foto: Colourbox

Et viktig budskap er at den deprimerte trenger tilknytning, ikke frakobling, og at passivitet ofte bare bidrar til å forsterke depresjonen. Å isolere seg gjør ofte ting verre. Registrering og planlegging av aktivitet kan være nyttige hjelpemidler her. Registrering av aktivitet kan noen ganger vise at pasienter gjør mer enn de selv tror. En aktivitetsplan setter fokus på gjøremål for neste dag og kan hjelpe pasienter til å skape struktur i hverdagen og bli mer aktive.

Utfordre negative tanker

Et sentralt element i KAT er utfordring av negative tankemønstre. Dette er sentralt også for pasienter med selvmordstanker. Som nevnt er slike tanker ofte knyttet til følelse av håpløshet og manglende evne til å se at ting kan bli til det bedre. I arbeidet med å endre negative tanker brukes vanlige teknikker fra KAT som veiledet utspørring, kartlegging av hva som taler for og hva som taler mot pasientens oppfatninger, å synliggjøre irrasjonell tenkning og sammen finne alternative og mer konstruktive tolkninger. Tanker knyttet til spesifikke situasjoner skrives gjerne ned sammen med alternative tolkninger.

Bruk kognitive metoder for å utvikle mer positive tankemønstre

Deprimerte mennesker er som regel lite støttende i forhold til seg selv. Depresjonen er som en kald og kritisk røst som angriper dem fra alle kanter. For den utenforstående kan det være opplagt at denne indre kritikken er urimelig og at pasienten ser seg selv og verden gjennom depresjonens briller. Utfordringen ligger i å få pasienten til å se at det faktisk forholder seg slik, og ikke uten videre godta det den indre kritiske stemmen sier. Dersom man lykkes i å hjelpe pasienten til å se at hans eller hennes tolkninger er overdrevne og urimelige, er neste skritt å bruke denne innsikten ved fremtidige vurderinger av seg selv og andre. Selv bruker jeg ofte et bilde i samtale med mine pasienter der jeg sammenligner depressiv tenkning med det å skyte litt til venstre for blinken. Dersom man er klar over dette kan man enten prøve å justere siktet (les egne tolkninger) eller

bevisst skyte litt til høyre for å korrigere for feilen. Et sentralt tema er også hvordan pasienter kan finne frem til en mer støttende indre stemme som motvekt til den kalde og kritiske.

Skam kan ofte være et sentralt tema ved depresjon. Pasienter kan føle at deres tanker og handlinger ikke tåler dagens lys, at de ikke lenger har noen rett til å være en del av fellesskapet. Normalisering av tanker, følelser og handlinger kan da være et viktig tema. Terapeuten vil gjennom konkrete eksempler prøve å vise at pasienten ikke er så avvikende som han eller hun tror. I en slik dialog er det viktig at terapeuten ikke fremstår som bagatelliserende med hensyn til pasientens oppfatninger.

Fokus på selvmordstanker

Et tragisk fenomen når et menneske tar livet av seg, er at livets viktigste avgjørelse tas i en tilstand hvor dømmekraften er på det aller dårligste. Det finnes rasjonelle grunner til å ta sitt eget liv, men for den deprimerte er handlingen som regel resultatet av fortvilelse, selvforakt, håpløshet, skyld og anger, så vel som sinne og hat. Handlingen er tuftet på urimelig negative oppfatninger om seg selv og omgivelsene som ikke nødvendigvis holder mål ved en kritisk gjennomgang. Kartlegging av selvmordstanker og årsaken til at pasientens ser selvmord som en mulig løsning, er derfor viktig for å kunne utfordre dem ved hjelp av tradisjonelle kognitive teknikker. Å telle risikofaktorer er i seg selv ikke noe tiltak for over tid å redusere fare for selvmord. Slike faktorer kan noen ganger si noe om en forhøyet selvmordsfare og bidra til at det blir iverksatt akutte tiltak der og da. Den viktigste motgiften mot at pasienter tar sitt eget liv ligger imidlertid i om vi lykkes å tenne et håp, at pasienter ser at det finnes alternative veier ut av en svært vanskelig situasjon.

Plan for å forhindre selvmord

Dersom pasienter har sterke og vedvarende selvmordstanker, vil det være et nyttig hjelpemiddel å sammen prøve å sette opp en plan for hva som kan bidra til å redusere faren. Det er selvsagt ingen

garanti for at pasienten ikke kan komme til å ta sitt eget liv, men dersom man innledningsvis i terapien har klart å skape et håp, kan en slik plan være en nyttig sikkerhetsline. Slike planer kan variere fra pasient til pasient, men de viktigste temaene er berørt nedenfor.

Kartlegge begrunnelser for å ville leve

Deprimerte mennesker med selvmordstanker kretser i tankene som regel mest om hvorfor de ikke klarer å leve videre. Det ligger i depresjonens natur. Det er viktig å lytte til pasienters tanker omkring dette og ikke uten videre avfeie dem som feilslutninger. Samtidig er det, så tidlig som mulig, viktig å prøve å få dem til å flytte fokus over på hva som kan være grunner til fortsatt å leve eller hva som skal til for å komme dit. I hvilken grad pasienter uten mye hjelp klarer å sette opp en slik liste gir oss også indirekte informasjon om grad av håpløshetsfølelse. Dersom vi har lyktes med å forklare pasienter hva depresjonen gjør med oss, sammenhengen mellom tanker og følelser og har skapt en tro på at terapi kan være til hjelp, kan en liste se slik ut:

- Det er mulig jeg kan få det bedre enn jeg har det nå om jeg gir meg selv litt tid
- Andre mennesker i lignende situasjoner har hatt nytte av terapi
- Jeg er glad i mine barn og de trenger meg
- Dersom jeg tar mitt eget liv, vil det skape skyldfølelse hos andre
- Jeg har ennå mye ugjort i livet mitt

Situasjoner som utløser selvmordstanker

Sammen med pasienten kan vi prøve å kartlegge situasjoner hvor vedkommende er særlig utsatt for selvmordstanker. Her kan det være nyttig å gå gjennom tidligere episoder med sterke selvmordstanker eller selvmordsforsøk. For noen kan det være når de har drukket alkohol, når de blir gående for lenge uten kontakt med andre eller når de utsettes for ytre stressorer som kritikk, krangler med kjæreste eller opplevelse av ikke å mestre spesifikke oppgaver. Sammen med pasienter

kan vi da diskutere hva de kan gjøre for om mulig å unngå slike situasjoner eller hva de kan gjøre for å redusere belastningen når de likevel oppstår. Eksempel på forbyggende tiltak kan være å ikke ha umiddelbar tilgang på medikamenter som kan brukes i suicidal hensikt.

Bruk av kognitive teknikker for å utfordre selvmordstanker

Det finnes en rekke hjelpemidler for å utforske og utfordre egne negative tanke-mønstre. Det mest kjente er ABC-analyser hvor A er hendelse, B er tanker vi gjør oss om hendelsen og C er følelser og atferd som utløses av hva vi tenker. Sentralt i kognitiv terapi står arbeidet med å se etter alternative B-er. Pasienter oppfordres til å gjøre aktiv bruk av slik kartlegging og jakte på alternative tolkninger, når de merker at omfanget av negative tanker og depressiv grubling er i ferd med å tilta. Tiltak som midlertidig kan avbryte eller redusere grubling, som det å oppsøke noen, gå en tur eller engasjere seg i en aktivitet kan også være nyttig. En del av mine pasienter har fått anbefalt selvhjelps litteratur som de oppfordres til å ta frem og lese utvalgte deler av i vanskelige situasjoner. Mange har kjøpt boken *Lykketyvene* (Berge og Repål, 2005) eller har fått utdelt kopi av sentrale kapitler.

Kontaktpersoner

Dersom tanker om å ta sitt eget liv blir overhengende, kan det være nyttig å ha drøftet med pasienten hvem han eller hun kan kontakte for hjelp. En kriseplan bør kort si noe om når man skal kontakte andre, hvem man kan kontakte og hvordan man kommer i kontakt med vedkommende.

Aktiv bruk av selvmordsforebyggende plan

Dersom en plan, slik den er beskrevet her, skal bidra til å forebygge selvmord, er det en forutsetning at pasienten gjør aktiv bruk av den. Det kan være enkelt å enes om dette i terapitimen. Utfordringen kommer når pasienten er alene og kanskje overmannes av negative tanker.

Da kan den depressive stemmen fort komme til å bagatellisere en slik plan. Den deprimerede ser der og da på den som meningsløs og glir bare videre inn i depressiv grubling. Det er viktig å ta dette opp med pasienter når man utarbeider planen. Terapeuten kan forutsi at dette kommer til å bli vanskelig, men samtidig understreke at det er da den skal være til nytte.

Terapeutrollen etter et suicid

“Livet forstås baklengs, men må leves forlengs”, sier Søren Kierkegaard. Det er kloke ord å legge seg på sinne, for de som i etterkant skal prøve å forstå hvorfor en pasient tok livet sitt mens han eller hun gikk i terapi. Behandling av en alvorlig deprimeret pasient med selvmordstanker kan være en stor belastning også for terapeuten. Noen ganger kan man som terapeut stille urimelige eller urealistiske krav til seg selv, og bli preget av den kritikk som ofte kommer fra omgivelsene i kjølvannet av et suicid. Her kan det være all grunn til å se på hvordan man bruker kunnskap fra kognitiv terapi også i forhold til seg selv. Å ha realistiske forventninger til hva man selv kan bidra med kan gjøre det lettere å stå i terapeutrollen over tid. Som selvhjelp for terapeuter som arbeider med pasientgrupper med øket risiko for suicid, har en kognitiv forståelsesmodell etter min erfaring mye å tilby. Den kan bidra til å redusere utbrenthet og utrygghet i terapirollen, en utrygghet som i verste fall bare bidrar til en defensiv og dårlig terapi uten endringsfokus. KAT kan også være et nyttig verktøy i kollegasamtaler.

Avsluttende kommentarer

Innenfor kognitiv atferdsterapi brukes ulike teknikker for å redusere negative tankemønstre og stimulere til aktivitet. I arbeidet med å redusere selvmordstanker er det innledningsvis viktig å fokusere på tiltak som kan bidra til å redusere håpløshetsfølelse. I det videre terapiforløp vil kartlegging av uhensiktsmessige mestringsstrategier og forventninger til seg selv og andre ofte stå sentralt. Grunnleggende negative antagelser knyttet til

selv bilde utforskes, og man ser på hvordan de kan skape sårbarhet for depresjon. Reduksjon av grubling og bekymrings-tenkning er ofte også en viktig målsetting. Depresjoner har en tendens til å være tilbakevendende. Tilbakefallsforebygging er således en viktig del av den kognitive terapien, herunder beredskap i forhold til selvmordstanker. Kunnskap om den kognitive terapimodellen kan brukes til selvhjelp og økt opplevelse av mestring. Dette medfører ikke nødvendigvis at man helt unngår depressive episoder, men at man kan komme gjennom dem uten å forsøke å ta sitt eget liv.

Arne Repål er spesialist i klinisk psykologi og godkjent veileder i kognitiv terapi. Repål er tidligere fagdirektør ved Psykiatrien i Vestfold HF, nå fagsjef Klinikk Psykisk helse og rus-behandling, Sykehuset i Vestfold HF. Han er også redaktør av *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, og har gitt ut flere bøker.

Referanser

- Abrahamson, L. Y., Alloy, L. B. & Metalsky, G. I. (1995). *Hopelessness depression*. I: G. M. Buchanan & M. E. P. Seligman (red.), *Explanatory style* (s. 113–134). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beck, A. T., Brown, G. W., Berchic, R. J., Steward, B. & Steer, R. (1990). *Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients*. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190–195.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Berge, T. og Repål, A. (2010). *Den indre samtalen*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Berge, T. og Repål, A. (2005). *Lykketyvene*. Oslo: Aschehoug forlag.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. New York: John Wiley.
- Wells, A. (2008). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press.
- Wright, J. H., Turkington, D., Kingdon, D. G., & Basco, M. R. (2009). *Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.