Här finns problem att lösa!

**Av Jan Beskow, Anna Ehnvall
og Ullakarin Nyberg**

EN FÖR KLINIKERN BRA PATIENT kommer självmant till doktorn med ett begränsat, relativt lättbotat problem, följer givna ordinationer och blir snabbt frisk. Med en suicidal patient är det ofta precis tvärtom. Hen har kört fast, kommer inte längre. Psykiaterns/behandlarens uppgift är att i samarbete med patienten lirka loss henne så att hen kan gå vidare av egen kraft samt att i andra hand förse henne med verktyg för det fortsatta levandet (Beskow 2013, Nyberg 2013). I fortsättningen används termen behandlare för psykiatern och övriga medarbetare i teamet.

Tvåforskar-modellen bryter patientens isolering och möter aktuella behov

Psykisk sjukdom är ofta en av flera bakgrundsfaktorer till patientens oförmåga att hitta fungerande lösningar på aktuella problem. Den akuta suicidala episoden utlöses av mer närliggande aktuella faktorer. Det är därför nödvändigt att lyssna noga till hur hen upplever problemen ur sitt eget perspektiv (Michel 2002) och hur suicidaliteten vuxit fram. Först i andra hand kommer bedömningen av hur en eventuell psykisk sjukdom påverkar detta. Problemlösning spelar en framträdande roll i några nyare teorier om suicidalitet (Van Orden 2010, O'Connor 2011).

Lyckade problemlösningar

Hela livet kan ses som en enda lång kedja av problem. Friska människor ser dem, koncentrerar sig och attackerar dem ett efter ett. Detta gäller även positiva uppgifter, som att skaffa sig utbildning i suicidprevention.

Teknik. I många vardagliga situationer måste man se sig omkring för att tidigt identifiera problem och starta problemlösningsprocessen, dvs skaffa detaljerad information, prioritera det viktigaste problemet, utforska möjliga problemlösningar, välja den som har störst utsikter att lyckas, fastställa en handlingsplan, genomföra den och värdera resultatet samt minnas allt detta till nytta för framtida liknande problemsituationer. Det autobiografiska minnet är användbart för att hämta inspiration ur tidigare lyckade problemlösningar. Är problemen viktiga och påträngande ökar aktivitetsnivån, arousal (Ogden 2006), och därmed

ABSTRACT

När vi människor har det svårt tänker många av oss automatiskt på död och självmord. Det är normalt och ofta nyttigt. Hos de flesta klingar sådana tankar av spontant och ersätts av mer konstruktiva problemlösningar. Hos personer som lider av ångest, depression, utmattning, en känsla av utanförskap och annan psykisk smärta kan dock tankarna på döden som en möjlig utväg bli mycket farliga. Situationen förvärras ofta av en svårighet att be om hjälp. I stället drar sig personen inom sig själv och utarbetar en självmordsplan. En ytterligare, ibland mycket ringa, påfrestning kan göra att planen sätts i verket. Den suicidala patienten kommer till psykiatern/behandlaren fylld av dessa svårigheter. Det är viktigt att börja samtalet där hen är och följa upp med ett problemlösningssperspektiv. Tvåforsksamtal är en bra modell för att bryta patientens känsla av isolering och möta de aktuella behoven. Frågan är om inte patologisk suicidalitet bör ses som ett eget psykiatriskt syndrom.

Fortfarande dör ca 1.500 svenskar i suicid varje år. År 2013 var siffran 1.606. Läget är således ständigt akut. Låt oss därför snabbt försöka komma fram till en någorlunda välfungerande modell för bemötandet av dessa personer!

In severe trouble many people immediately and automatically associate to death and suicide. This is a normal and in fact often a rational reaction. Usually such ideas spontaneously fade away and are substituted by more constructive problem solving. For people suffering from anxiety, depression, exhaustion, feelings of being an outsider and other forms of mental pain the thoughts of death as a convenient rescue can be very dangerous. The situation can be still worse if the person has difficulties to ask for help. Instead the person may draw him/herself back and start to develop a suicidal plan. Sometimes new even trivial strains can trigger the acting out of the plan. When the suicidal person at last try to get help and meets a psychiatrist or some other helper he/she is totally occupied by these mental problems. It is then important to meet such persons in exactly that situation and apply a problem solving perspective. The model «Two researchers» is a valuable model to counteract the patient's feelings of loneliness and to meet his/her immediate needs. Furthermore we need to discuss if not pathological suicidality should be perceived as a psychiatric syndrome in its own right.

In Sweden still about 1.500 persons commit suicide every year. In 2013 the number was 1606. The situation is thus acute. Let us therefore rapidly develop a well-functioning model for meeting these persons in a rational way!

tankeflöde och lösningseffektivitet som dock lätt kan slå över i kaos. Ibland handlar det om att omdefiniera problemet: Det väsentliga visade sig vara ett helt annat problem. Man kan då hitta en lösning utifrån ett oväntat perspektiv. Hela problemlösningsprocessen går ofta på ett ögonblick men kan också dra ut på tiden. När problemet är löst kan man lämna det och gå vidare till nästa.

Misslyckade problemlösningar

Med ett konsekvent problemlösningssperspektiv kan man egentligen inte misslyckas. Man lär sig i stället alltid något nytt. Det här fungerade inte, nu måste jag förstå varför och göra nya försök. Det finns dock undantag. Ett genomfört självmord är i många fall det definitiva misslyckandet. Vägen dit går genom många upplevda misslyckanden. Då är det naturligt att känna sig trött och drabbas av missmod. Inte sällan sker en förskjutning mellan tre olika områden:

- problematisering, att syssla med det egentliga problemet eller problemen
- personifiering, att syssla med sig själv och varför man är så misslyckad; samt till sist
- suicidalisering, att ge upp och fundera på suicid som den enda kvarstående lösningen.

Under behandlingen skall det ske en glidning från suicidalisering över personifiering tillbaka till problematisering. Det är viktigt att veta inom vilket av dessa områden man befinner sig. Vart och ett av dem har sitt eget fokus, sin egen struktur men också sitt eget språk.

Under behandlingen sker en glidning från suicidalisering över personifiering till problematisering

Problematisera, dvs fokus på problem. Problemperspektivet innebär således att så exakt som möjligt definiera ett delproblem i sänder, det må vara praktiskt och/eller relationellt och sedan att med alla till buds stående medel lösa eller nästan lösa detta innan man går vidare till nästa. Problemlösning är en övervägande kognitiv process och språket konkret och praktiskt.

Personifiera, dvs fokus på person. Det krävs alltid ett emotionellt engagemang för att man ska kunna värdera och prioritera. Det krävs också ett extra tillskott av energi, en aktiveringstopp för att verkligen lösa ett problem och inte bara prata om det. Detta är personifieringens normala och nyttiga funktion.

Om problemen inte går att lösa ökar ofta upplevelserna av hot, förlust och kränkning. Försvarsmekanismer såsom kamp, flykt, frysning och svimning (fight, flight, freeze och faint) aktiveras och ger upphov till känslor av rädsla, ångest, ilska, skam och depressivitet. Genom det djupa emotionella engagemanget dras hela människan in i problemlösningen. «Det är jag som är problemet; jag måste bli bättre, men hur?» Självtilliten sjunker, tröttheten ökar liksom tendenserna till kaos och förtvivlan. Personifieringen har blivit dysfunktionell, patologisk. Språket handlar om att identifiera och sätta ord på blixtnabba skeenden och därigenom omvandla alltför snabba slutsatser, kortslutningar, till längre och mer genomtänkta detaljrika berättelser. Detta kräver att man förstår hur oerhört snabbt processerna löper inne i hjärnan och drar konsekvenser av det (Stern 2005).

Suicidalisera, dvs fokus på suicid

Upplevelser av rädsla, ångest, förluster och kränkningar är några av våra viktigaste överlevnadsmekanismer. Deras normala funktion är ett meddelande från mig själv till mig själv om problem, som jag måste ta itu med för att må bra och kunna överleva, psykiskt och kanske också kroppsligt. Om problemlösningen misslyckas förstoras, generaliseras och permanentas dessa känslor hos sårbara personer och blir till psykiska syndrom: ångest, depression och paranoia.

På liknande sätt är tankar på självmord också en överlevnadsmekanism. De är således normala och vanliga, ofta det första som dyker upp, t ex i ett äktenskapligt gräl: «Går du från mig, tar jag livet av mig!» Tankar på suicid är också nyttiga genom att fungera som en plan B. Det finns en utväg! Detta gör att handlingsförlamningen, freeze, släpper och det blir möjligt att tänka nästa tanke, ta nästa steg. Döden som fullt möjligt alternativ ökar i den här situationen energinivån och leder personen mot det problem som är viktigast att lösa för att lusten till liv skall återkomma och bidrar således konstruktivt till en rationell problemlösning. Suicidala personers vanligen goda problemlösningssjälsförmåga försämras dock ofta katastrofalt, när tankar på suicid alltmer upptar hela deras medvetande (Williams 2005).

Här finns problem att lösa! Av Jan Beskow, Anna Ehnvall og Ullakarin Nyberg

När denna process pågått ett tag kan personen uppleva att hen inte kommer någon vart, att situationen är låst. Det är som att vara i ett fängelse, entrapment (Williams 2001). Tankarna på suicid växlar i intensitet och i hur inträngande och hur tvingande de upplevs. Stundtals slukar de hela uppmärksamheten. Parallellt utarbetar hen en suicidal plan, ett suicidalt modus. Frågor om hur? och var? dyker upp och besvaras. Frågan när? avgörs däremot ofta i två led. Först ett val: «Jo, jag ska ta livet av mig – men inte nu! Kanske i morgon, kanske nästa sommar, kanske någon gång i framtiden.» När ytterligare någon påfrestning tillkommer kan personen blixtnabbt fatta beslutet: «Nu ska det ske!»

När ytterligare påfrestning tillkommer kan personen blixtnabbt fatta beslutet: «Nu ska det ske!»

Sedan går det vanligen mycket fort (Deisenhammer 2009). Personer är vanligen ensamma när de tar livet av sig. De är därför själva den individuella suicidpreventionens främste aktör, den som behandlaren måste sätta sin tillit till. Behandlarens uppgift är att underlätta förskjutning av dagen för självmordet och under tiden tillsammans med patienten utveckla kopingstrategier för hotfulla situationer.

Psykisk smärta. När patienten trängs av tidsbrist och katastrofen kommer allt närmare ökar ångesten markant, looming anxiety (Riskind 2006) vilket kan ge en outhärdlig psykisk smärta. Som en patient uttryckte det: «Det är som huvudet skulle sprängas av en olidlig migränhuvudvärk, som man är fängslad i, man vet att man inte kommer ifrån den.» Delvis beror detta på att centra för psykisk och somatisk smärta ligger nära varandra i hjärnan (Kahl 2004). Smärtan minskar genom ett mjukt bemötande förmedlat av ögon, röst och händer, men också genom känslomässig bekräftelse och hopp om förändring.

Utanförskap. När medvetandet är fyllt av ångest, depression och tankar på den nära förestående döden finns inget utrymme för normala relationer till andra människor. Även uppmuntrande ord kan kännas som knivhugg rakt in i det känsliga psyket. Ensamheten eskalerar: ingen älskar mig och jag älskar ingen. Det vore bäst för alla om jag drar mig inom mig själv och till sist försvinner. Detta sker trots att personen oftast har anhöriga och vänner som inget hellre vill än nå fram och lindra plågan. Denna ensamhetens smärta kan utlösas av enkla vardagliga situationer som gör att man känner sig utanför (Eisenberger 2003).

Patologisk suicidalitet en egen psykisk störning? Känslor som rädsla, ångest, ilska, skam och depressivitet har en

normal och rationell funktion i all problemlösning. Om de inte fungerar så blir de dysfunktionella och kontraproduktiva, problem i sig själva. Då brukar de betecknas som psykiska störningar. Vi bör närmare diskutera om inte den dysfunktionella suicidaliteten borde ses på samma sätt, uppfattas som patologisk och vara värd ett eget syndrom i DSM-systemet.

Bemötande

Oftast vill personen egentligen leva men vet inte hur det ska gå till. Detta är värt att lyhört ta reda på. Om så är fallet har man redan ett gemensamt mål att arbeta mot och en struktur för samarbetet. Bemötandet skall rikta sig mot den akuta suicidaliteten, inklusive den medföljande utmattningen, smärtan och upplevelsen av isolering samt suicidrisken, som också bedöms gemensamt. Psykoedukation, dvs att informera om suicidalitet anpassat efter patientens situation skall alltid finnas med. Redan under första sessionen ska patienten lära sig ett verktyg för att minska sin ångest och sin risk för suicid. Aktuella konflikter, psykisk sjukdom och andra bakomliggande faktorer får man sedan ta ett i sänder i prioriteringsordning.

Tvåforskarsamtal. Detta innebär att man resolut sätter in den suicidala personen i ett arbetssammanhang. Behandlare och patient möts som två forskare kring det problem de har gemensamt. Så kan man göra vid varje samtal mellan två personer men principerna bör omfattas av hela teamet, teamforskarsamtal. Detta kan fungera även om behandlaren någon gång behöver ta över beslutsfunktionen, t ex vid en vårdintygbedömning. Detta blir en tillfällig återgång till de traditionella expert-patientrollerna.

Tvåforskarsamtalet är ett problemlösningssamtal mellan två jämställda personer som respekterar varandra och behöver varandras experterfarenheter. Symboliskt läggs problemet på bordet mellan parterna. Patienten är expert på sig själv, sina problem och sin suicidalitet. Behandlaren är expert på förklaringsmodeller och behandlingsmetoder (SPIV 2013). Denna struktur dämpar ångesten, ger energi åt samtalet samt anknyter till den friska kärna som varje patient har bakom sina sjukdomssymtom. Isoleringen bryts och hen känner sig återupprättad.

Patient och behandlare bearbetar tillsammans ett problem i sänder och först när det är löst eller nästan löst går de vidare till nästa. De «kortslutningar» som är så vanliga i vårt tänkande broderas ut till långa, detaljerade och därmed begripliga berättelser. Man har då stor nytta av den s k Femfaktormodellen (Gyllensten 2011) som innebär att korta kognitiva slutsatser utvecklas till en lång detaljerad berättelse genom att i detalj registrera samspelet mellan kognitioner, emotioner, kroppsförnimmelser, beteenden samt den sociala/relationella omgivningen.

Det är bråttom!

Fortfarande dör 1.400–1.500 svenskar i suicid varje år. År 2013 hade siffran ökat till 1606. Låt oss därför snabbt försöka komma fram till en någorlunda välfungerande modell för bemötandet av dessa personer!

Artikeln är tidigare publicerad i Tidskrift för Svensk Psykiatri, nr 3, 2013.

REFERENSER

- Beskow J., Palm Beskow A., Ehnvall A. (2013). Suicidalitet som problemlösning, olyckshändelse och trauma. Lund: Studentlitteratur.
- Deisenhammer E.A., Ing C.M., Strauss R., Kemmler G., Hinterhuber H., Weiss E.M. (2009). The duration of the suicidal process: How much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *J Clin Psychiatry*, 70(1):19–24.
- Eisenberger N.I., Lieberman M.D., Williams K.D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 10;302(5643):290–2.
- Gyllensten K., Palm Beskow A., Palmer S. (red) (2011). Psykologisk coaching för varaktigt förändring. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kahl U. (2004) Emotionell och fysisk smärta bearbetas i hjärnan på liknande sätt. *Läkartidningen*, 101(7): 564–565.
- Michel K., Maltzberger J.T., Jobes D.A. et al. (2002). Case Study. Discovering the Truth in Attempted Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 56: 424–37.
- Nyberg U. *Konsten att rädda liv*. Stockholm: Natur och kultur, 2013.
- O'Connor R.C. (2011). The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. *Crisis*, 32(6): 295–298.
- Ogden P., Minton K., Pain C. (2006). *Trauma and the Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. London: Norton & Co.
- Riskind J.H., Williams N.L., Joiner T.E., Jr. (2006). The Looming Cognitive Style: A Cognitive Vulnerability for Anxiety Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 25(7): 779–801.
- Stern D. (2005). *Ögonblickets psykologi. Om tid och förändring i psykoterapi och vardagsliv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Suicidprevention i Väst, SPIV (2013). Vägen bort. Suicidalitet som problemlösning. Tre DVD-filmer varav en – Samtal efter ett suicidförsök – redan är producerad. Introduktion och Studievägledning ingår. Göteborg: Suicidprevention i Väst. Se www.suicidprev.com
- Van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S.R., Selby, E.A., Joiner, T.E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117: 575–600.
- Williams, M. (2001). *Suicide and attempted suicide. Understanding the cry of pain*. London: Penguin Books.
- Williams, J.M.G., Barnhofer T., Crane C. og Beck A.T. (2005). Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 114: 421–31.

JAN BESKOW

Professor, Sahlgrenska akademien och Suicidprevention i Väst, Göteborg. Har lanserat uppfattningen att många suicid i själva verket är psykiska olycksfall. Erfarenhet av suicidforskning och suicidprevention sedan mer än 45 år. Vetenskapligt arbete med framför allt retrospektiva genomgångar.

ANNA EHNVALL

Med.dr., Sahlgrenska akademien, legitimerad kognitiv psykoterapeut, överläkare vid Vuxenpsykiatrisk mottagning i Varberg. Forskat kring suicidalitet och upplevelse av uppväxt och har för närvarande ett forskningsprojekt kring suicidalitet och utanförskap.

ULLAKARIN NYBERG

Med.dr., Karolinska institutet, leder en forskargrupp som undersöker konsekvenser av suicid inom familjen. Psykiater inom Norra Stockholms psykiatri, Stockholm, arbetar med att utveckla suicidprevention och stöd till närstående nationellt genom föreläsningar, utbildningar, handledning och kliniskt arbete.