

En farlig diskurs ved forståelse av selvmord

SITAT: ”Årsakssammenhengene til selvmord har fellestema som håpløshetsfølelse, manglende selvtillit, tap av ansikt, depresjon og ikke minst den psykiske smerten som gjør at en ikke orker å fortsette livet”

I 2005 tok 533 mennesker livet sitt i Norge. Av disse var 130 under 30 år. Forståelse for den alvorlige problematikken har i økende grad kommet inn i folks bevissthet. Mange spør seg: Hva kan vi gjøre? Folkeopplysning, spesielt om årsaker til at så mange unge i dag tar livet sitt, kan være et viktig bidrag til å forebygge selvmord. Fagfolk som arbeider på området har derfor et stort ansvar for å formidle kunnskap om årsakssammenhenger ved selvmord. Jeg tør påstå at dagens dominerende diskurs, blant fagfolk som i befolkningen, er at selvmord primært (og nesten utelukkende) henger sammen med sykdom, mental lidelse og utilregnelighet.

Psykisk sykdom – årsak eller virkning?

Vi er mange, samfunnsvitere, psykologer og andre, innen det suicidologiske fagfeltet som mener det er svært uheldig når det gang på gang skrives og sies at ”90 prosent av de som tar sitt liv, har en psykisk sykdom/psykisk lidelse.” Dette er nesten blitt en sannhet fordi det skjer så ofte, og det kommer få motforestillinger ut til folk. Diskursen stammer i hovedsak fra den medisinske og psykiatriske tradisjonen, der sykdomsmodellen er den dominerende. Vi leser nok den samme litteraturen og ser de samme tallene – så uenigheten går mest på hvordan tallene fremstilles. For folk flest forveksles slik omtale med at 90 prosent er definert syke når de tar sine liv. Fokus på årsakssammenhenger tones ned eller bli borte. Det som fører til fortvilelsen og evt. depresjonen, blir ikke det sentrale. Hvorvidt de har passet inn i kategorien i en dag, en uke eller et år, sier prosentangivelsen intet om. Vi vet at det er langt, langt lavere prosent enn 90 prosent som er diagnostisert med en psykisk sykdom når de tar livet sitt, men at svært mange muligens ville kunne ha passet i en diagnosekategori dersom de ble kategorisert etter medisinsk diagnostisering idet de tok livet sitt. Det blir derfor feil å putte dem som er diagnostisert med psykiatrisk sykdom (f.eks. schizofreni, bipolare lidelser, alvorlig depresjon) i samme sekk som dem som opplever en alvorlig livskrise og derfor muligens kunne kvalifisere til en depresjonsdiagnose de siste dagene av sitt liv. Derfor

er det viktig at et ensidig psykiatrifokus ikke får stå alene i folks bevissthet som årsak til selvmord.

Sykdomsfokusering kan forhindre forebygging

Selv om noen etterlatte kan finne trøst i at selvmordet hang sammen med psykisk sykdom, vil et ensidig fokus på mental lidelse som årsak til selvmord kunne bli en tilleggsbelastning for andre. Dessuten er det både utilstrekkelig og farlig å fokusere på årsak til selvmord hovedsakelig som betinget av "psykisk sykdom". Utilstrekkelig, fordi den "psykiske sykdommen" i alle fall bare er en delforklaring og ikke i seg selv hele årsaksbildet til selvmord eller selvmordsforsøk. Farlig, fordi et slikt fokus fremmedgjør folk flest i forhold til selv å kunne bidra med noe for å forebygge selvmord. Satt på spissen kan mennesker generelt bli ledet til å tenke: "Ettersom nesten alle som tar livet sitt er psykisk syke, så kan det ikke være grunn til bekymring ettersom han/hun ikke har en psykisk sykdom." Tror man det, kan mange gå med skylapper i forhold til at "dette gjelder ikke meg eller oss", eller bli handlingslammet fordi dette er noe som bare behandlere kan ta seg av. For folk blir det liksom lettere å forstå et selvmord når det knyttes til sykdom, og lettere å akseptere hendelsen som noe ingen kan lastes for. Mange opplever at det er lite de kan gjøre for å forhindre "sykdom". Dessuten kan en ikke vite hvem som blir syk før de er blitt det. Hvordan skal en da forebygge selvmord? Sykdomsfokuset tar oppmerksomheten bort fra andre årsaksforhold og fremmer i liten grad ansvar og handling blant vanlige folk. Har en fokus på enkeltindividet og diagnosen, vil (den medisinske) behandlingen være mer individ- og medikamentorientert enn det tiltakene ville være ut fra et humanistisk-/samfunnsperspektiv.

Livskrisen kan henge sammen med diagnostisert psykisk sykdom eller ikke – og som tidligere nevnt, oftest ikke. Poenget er at det ikke er en eventuell psykisk lidelse som i seg selv gir hele forklaringen på hvorfor det ble for mye for akkurat dette mennesket på akkurat dette tidspunktet i livet. For at forståelsen skal bli fruktbar må den inkludere kunnskaper om flest mulig av livsbelastningene til hvert suicidalt individ i hele sin sosiale sammenheng og gjennom livsløpet. Uansett hvordan man vil beskrive tilstanden idet et menneske tar sitt liv, er det viktig å få frem at det oftest dreier seg om personer som der og da ikke ser noen vei ut av en livskrise.

Det er altså grunn til å advare mot en unyansert årsaksforklaring av selvmord som resultat av psykisk lidelse, uten at man legger til at det å gi opp livet som oftest kan forstås som en reaksjon på en totalvurdering av de muligheter den suicidale personen føler det har eller ikke har i livet. Når det ikke dreier seg om forutgående psykisk sykdom, vil depresjon,

fortvilelse og håpløshet heller sees som en virkning av, og ikke en årsak til, opplevelsen av en uholdbar livssituasjon. I dette perspektiv er det viktig å se suicidale individer i sin sosiale sammenheng, og å ha fokus på de sosiale forhold og risikofaktorer som ligger bak, og de som utløser, et selvmord.

Et alternativt fokus

Vi som motarbeider det ensidige fokuset på diagnoser, gjør det fordi vi mener det er viktig å få et alternativt fokus. Vi ønsker en ny diskurs, der fokuset er på utløsende og bakenforliggende faktorer og hvordan de spiller sammen, heller enn hvordan en kan karakterisere (ved en diagnose) mennesket som er drevet til selvmord. Vi må sette fokus på det som gjør at et menneske som føler seg fanget, trengt opp i et hjørne eller fastlåst i en uholdbar situasjon ("entrapped") tar sitt liv, mens andre som kommer i en tilsvarende situasjon, ikke gjør det. Imidlertid har de som arbeider med selvmordsproblematikk stort sett den samme kunnskapen, og det er relativt stor enighet om hvilke forhold og faktorer som fører til selvmord, så dersom vi i større grad kunne få fokus på dette og ikke en karakteristikk av menneskers tilstand når de ikke orker mer, så ville mye være vunnet.

Årsakssammenhengene er sammensatte og kompliserte, men har fellestema som håpløshetsfølelse, manglende selvtillit, tap av ansikt, depresjon og ikke minst den psykiske smerten som gjør at en ikke orker å fortsette livet. Bak slike tilstander kan ligge (langvarig) seksuelt misbruk, vold i hjemmet, psykisk sykdom, psykiske traumer eller traumatiske tap, mobbing, stoff/alkoholmisbruk, manglende aksept for seksuell legning, at en "tas med buskene nede" (underslag, forskningsfuske, spilleavhengighet/gjeld), etc. Slike forhold kan dessuten være kombinert med en sårbar personlighet og liten sosial støtte. Økt forståelse for at ulike former for livskriser (akutte eller mer kroniske) kan føre til selvmordsatferd hos sårbare mennesker, kan gjøre det lettere å avdekke selvmordsfare, og derved virke selvmordsforebyggende.

I langt større grad må fokus rettes mot samfunnsforhold og samfunnsprosesser som medvirker til at mennesker ikke orker å fortsette livet. Vi kan redusere menneskers livsbelastninger gjennom å akseptere menneskelig sårbarhet - "det er mer normalt enn unormalt å ikke være på topp hele tiden". Vi må ikke bagatellisere, men vise åpenhet ved livskriser og støtte sterkt fortvilede mennesker - utløst av dødsfall, brutte kjærlighetsforhold, traumatiske hendelser, underslag, etc. Vi må vi ikke tillate oss å akseptere vold, mobbing eller stigmatisering av grupper av mennesker - eks. psykisk syke, homofile/lesbiske, narkomane, innvandrere. Vi må også se på familiens kår i et stressende samfunn, der forholdene kanskje

ikke legges godt nok til rette for at barn får den tryggheten og kontinuiteten i omsorg som ligger til grunn for en god selvfølelse. I tillegg til nødvendige tiltak mot mistrivsel og uhelse må det også satses på helse- og trivselsfremmende samfunnstiltak. Vi må se på hva som gir liv i tillegg til det som tar liv.

Vi kan alle bidra

Det er ikke alltid man kan forebygge eller forutse et selvmord. Men økte kunnskaper om årsaker, utover psykisk sykdom, kan bidra til at hver og en av oss kan stå bedre rustet til å se tidlige faresignaler, være tilstede og skape trygghet og dialog. Politikere, fagfolk og ”mannen i gata” har alle et ansvar for å bidra til å forebygge selvmord; gjennom egne holdninger og i aktiv handling.