

Farlig myte

Utsagn som stadig gjentas, har lett for å bli trodd – også av godt utdannede fagpersoner.

TEKST

Erik D. Hansen

PUBLISERT 1. juli 2019

Etter et par år i feltet har jeg lagt merke til forhold som uroer meg ved måten vi i psykisk helsevern ofte møter pasienter på. Det virker som mange av oss lager uskrevne regler, som er feil. Det er særlig én slik «myte» jeg vil å ta frem, i håp om å skape faglig debatt og et mer nyansert syn hos oss behandlere:

«Hvis noen virkelig vil ta livet sitt, så klarer de det!»

De siste årene har jeg sett dette utsagnet i flere ulike kontekster. Jeg tør påstå at det er like ødeleggende hver gang – enten det blir sagt i media, på fagkonferanser eller til studenter, kolleger, pasienter og/eller pårørende.

Implisitt kommuniserer vi da at det meste som finnes av selvmordsproblematikk der ute, egentlig ikke er reelt. Andre fagfolk nikker kanskje gjenkjennende og ser for seg unge jenter som stadig tropper opp på legevakta med blodige armer og magen full av Paracet og Ibus. De vil jo ikke dø; de vil bare at noen skal forstå at de har det vondt, og gi dem litt omsorg.

Slik legger vi lista for hvordan vi tolker andre som tropper opp på legevakta med intox og selvskading – selv om de forteller at de gjorde det med genuin intensjon om å ta livet sitt. Vi fagfolk støtter oss nemlig på hverandre, ikke minst i vanskelige situasjoner som innebærer ansvar for andres liv og helse. Vi må jo leve med konsekvensene av de valgene vi gjør på pasientens vegne.

Selv har jeg aldri hatt problemer med hvem som har skylden ved selvmord. Det er individets valg. Derfor har jeg heller ikke behov for å si – til meg selv eller høyt så andre kan høre det – at «de som virkelig vil ta livet sitt, klarer det», eller vise til «pasientens autonomi» som forsvar for hvorfor jeg velger å ikke intervensere. Om pasient og/eller pårørende ber om hjelp, og jeg velger å avvise, må jeg våge å stå for min vurdering. Selv om den er feil.

Å gjøre gal vurdering er smertefullt. Jeg ville plages lenge. Men jeg kan ikke utøve mitt yrke på en måte som skyver ansvaret over på pasienten når det er jeg som sitter med nøkkelen til hvem som får hjelp, og hvem som må klare seg selv.

Det fins «falske selvmordstrusler» der ute, som noen kaller det. Men myten om at «de som virkelig vil ta livet sitt, vil klare det», har fått for mye plass. Det preger måten vi møter pasientene våre på. Men den er ikke sann.

«Myten om at «de som virkelig vil ta livet sitt, vil klare det», har fått for mye plass. Det preger måten vi møter pasientene våre på»

Jeg har samtalt med mange som har gjennomført mislykkede selvmordsforsøk. Noen fikk varige skader; andre kom fra det med skrekken. Men denne skrekken kan være svært ødeleggende for videre fungering, særlig hvis personen har lite støtte ellers. Det er kanskje lettere å anerkjenne at noen får PTSD etter en bilulykke, enn når de selv forårsaket at de nesten mistet livet. Men hva er enklest å gå videre med? Biler kan man holde seg unna, men når en selv blir «overfallsmann», har man så å si et iboende problem.

Misvisende merkelapper

Det er ikke enkelt å ta livet sitt. Noen kan gjøre genuine forsøk som for dem som har mer erfaring, vil oppfattes som puslete. Men forsøket kan være like skremmende for den det gjelder, som hvis vedkommende var blitt reddet i siste liten under mer dramatiske omstendigheter.

«Hun ville nok ikke egentlig dø, det er bare selvskading», har jeg hørt ofte. Kolleger nikker og tilføyer at vi ikke må gjøre noe som lar henne tro at slik atferd gir belønning. Det høres faglig ut. Problemet er bare at de aldri spurte pasienten. Vi er fullt klar over at vi ikke kan lese andres tanker. Men vi har gjentatt myten så mange ganger at vi tror på den.

Ved å patologisere pasienten overser vi hva problemet handler om. Isteden blir pasienten mer traumatisert – av oss – og løsbare problemer blir kroniske.

Livets mest alvorlige valg

Selvmondsproblematikk er ikke et spørsmål om «enten/eller», slik mange fagfolk fremstiller det i egne fagdiskurser og til media. Å avslutte livet er en av de virkelig store beslutninger et menneske står overfor. Vi vil forstå pasientene så mye bedre – og tilby en tilsvarende bedre hjelp – om vi klarer å se dette i lys av andre store livsbeslutninger: Skal jeg selge huset? Skal jeg avbryte studiet? Skal jeg si opp stillingen? Skal jeg gifte meg med ham/henne? Skal jeg ta abort?

Vi står overfor mange valg, ofte i vonde omstendigheter. Men vi er alle påvirkelige til å endre mening! Da jeg var student, ble en av mine venner deprimert og ville avbryte

studiet. Jeg oppmuntret ham til å fortsette. Min støtte hjalp ham til å holde ut de neste årene. Han har nå fast jobb og er glad han ikke sluttet.

Å avslutte livet er langt mer alvorlig enn å avslutte et studium. Mitt poeng er at vi må forstå at mennesker av ulike grunner kan kjempe en tilsvarende kamp når livet blir for tøft. De kan vingle og vakle – og de kan ombestemme seg.

Våre uskrevne regler – eller myter – gjør at vi lett stempler en kjempende pasient som oppmerksomhetssyk og umoden. I virkeligheten er de inne i sitt livs største kamp. De trenger støtte til å velge riktig, ikke arrogante kommentarer og avvisning.

Hadde jeg sagt til min deprimerte venn at han bare var oppmerksomhetssyk, ville han nok sluttet på studiet. Hva tror vi skjer når vi gjør det samme med suicidale pasienter?

Å avslutte livet er en stor beslutning, trolig den største et menneske står overfor. Mange som har overlevd selvmordsforsøk ved hopp fra Golden Gate Bridge i San Francisco, har sagt at de angret, og at angeren kom allerede i svevet. Vi må slutte å spre myter, tro på dem og handle etter dem. Målet bør ikke være å døyve vår egen samvittighet med at «hun bare selvskader». Spør heller hvorfor livet er så vanskelig at det ikke lenger kan leves. Lytt til svaret. Og så vet du hva dere skal jobbe med videre.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 7, 2019, side 528-529

TEKST

Erik D. Hansen, psykolog, Trondheim