

Suicid är en olycka

Suicidala personer jobbar intensivt med att inte vilja ta sitt liv. De ska betraktas som hjältar, säger Jan Beskow. Och som aktörer i stället för offer.

Text: Ingemo Orstadius | Bild: Bibbie Friman | [Prenumerera](#) | Artikel i [SocialPolitik nr 1 2014](#)

På 1950-talet studerade Jan Beskow till läkare i Uppsala. Han hyrde en lägenhet ihop med en kurskamrat och hade en ungersk flykting inneboende. Denne hade en längre tid varit suicidal och en dag hoppade han från Gotlandsfärjan. Jan fick ett avskedsbrev som skrivits på Hotell Nynäshamn med texten "Du var en bra dålig 'präst', men nu ska jag berätta för dig hur det egentligen var, i hopp om att det ska hjälpa dig i framtiden."

– Jag hade under ett halvår arbetat med att försöka hjälpa honom, förklarar han. Vi kände varandra väl och hade pratat om det mesta. Händelsen gjorde ett jättestort intryck på mig och väckte behovet att göra något.

Senare skrev Jan Beskow och tre av hans doktorander fyra avhandlingar, som byggde på intervjuer med anhöriga till personer som dött i självmord.

– Vi satt i 500 svenska hem och försökte förstå varför personen ifråga tagit sitt liv. Familjerna pratade om att den döde hade problem. Vid den händelseanalys som gjordes, visade det sig att nästan alla hade en psykiatrisk diagnos, något som inte förvånade Jan Beskow. Man tar inte sitt liv om man är frisk, tillägger han.

Psykiatrisk behandling är därför oerhört väsentlig, inte minst mot depressioner. Men det är inte sjukdomen i sig som leder till självmord, utan de problem som den för med sig.

– Av personer med allvarlig psykisk sjukdom, exempelvis

schizofreni, som gjort ett självmordsförsök, har en tredjedel dött i suicid efter 30 år. Varför? Jo, de blir allt ensammare och tappar till slut helt kontakten med omgivningen. Exkluderingen är avgörande. De får inte finnas i vår värld. Vi tar inte hand om dem, anser Jan Beskow och tillägger att vår tids individualistiska förhållningssätt också spelar en viktig roll. De ska skapa sin egen lycka. Det orkar man inte med om man är uppfylld av hallucinationer och andra psykotiska symptom.

Traditionell forskning går ut på att hitta riskfaktorer för suicid. Vilka svåra problem som helst kan få en person att tänka på självmord. Frågan är bara hur hen hanterar detta. Problemlösningssförmågan är central, menar han. Det som händer rent teoretiskt när problemlösningen går snett är följande:

1. Personen misslyckas med att lösa sitt problem, trots att hen jobbat intensivt med det. Hen har kört fast.
2. Personen blir trött, utmattad och irriterad, samt känner vanmakt, vilket ytterligare försämrar problemlösningssförmågan.
3. Hen känner stark psykisk smärta och ångest. Situationen blir outhärdlig.
4. Den som fastnat i en sådan situation orkar inte sköta sina nära relationer och blir ensam och isolerad. Livet känns meningslöst.

Alla suicidala personer upplever sig som ensamma. Men det visar sig att nästan alla har flera som älskar dem, fast de personerna når inte fram. Den självmordsbenägne vill oftast leva, men vet inte hur det ska gå till. I det akuta skedet måste man därför först ta itu med ensamheten. Det sker i ett så kallat tvåforskarsamtal, där behandlaren och patienten möts som två forskare kring ett problem som de har gemensamt. Samtalet grundas på jämlikhet och respekt. Patienten är expert på sig själv, sina problem och sin suicidalitet; behandlaren på förklaringsmodeller och behandlingsmetoder.

– Det man vinner på ett sådant samtal är att intresset flyttas från den egna ångesten till problemlösningen. Den suicidale

personen blir aktör i stället för offer.

Med hjälp av tvåforskarmodellen kan man gå "bakvägen" för att lösa problemen.

– Man börjar med att bryta ensamheten, sedan lindra ångesten och tröttheten, så att patienten får sova. Därefter kan man ta itu med de bakomliggande problemen. Man kommer långt med strukturerade samtal, men ibland krävs också någon ångestlindrande medicin eller sömnmedel.

Psykisk sjukdom är den bakomliggande faktorn hos nästan alla suicidala personer. Dessutom har de samma problem som alla andra människor med jobb och relationer. Men problemen blir så mycket svårare att hantera, även när personen har bästa möjliga behandling för sin sjukdom. Den självmordsbenägne tycker att hen är en börda och bestämmer sig för att ta sitt liv. Självmordet känns som något positivt, en utväg.

Det är oftast en lång process att utveckla en suicidal plan beträffande val av metod och plats. Ställningstagandet till när det ska ske kan delas upp i två faser. Först ett "val": Jo, jag ska ta livet av mig, men inte nu, kanske om fem år. Men så inträffar något, som blir droppen som får bägaren att rinna över.

– Att gå från beslut till handling sker ofta blixtsnabbt. Trots det är många ambivalenta ända in i dödsögonblicket. Folk kan exempelvis vagga på en bro i flera timmar; varför hoppar de inte? Det beror på att kroppen vill leva, men hjärnan vet inte hur det ska gå till.

Synen på självmord var länge att "det är inget att göra något åt". Intentionen betonades, "de vill ju dö och då lönar sig inte prevention". Men varför göra 15 försök utan att lyckas?

Vad den självmordsbenägne vill ha, är hopp om att livet går att leva. Det är dags att se på självmord på samma sätt som på andra olyckor. Suicidala personer är mycket mera plats- och situationskänsliga än vad man tidigare förstått. Flera små faktorer samverkar. Att de självmordsbenägna vid en viss tidpunkt överväldigas av sina emotioner kallar Jan Beskow för

"psykiska olycksfall".

Det är väl känt att många självmord sker på häkten, broräcken och järnvägen; ett faktum som gör teknisk suicidprevention meningsfull. Det vet Jan Beskow som sedan ett par år är konsult på Trafikverket.

– Det är viktigt att veta vilka dödsfall som är olyckor och vilka som är suicid. Diagnostiken har förbättrats bland annat genom telefonsamtal med anhöriga. De flesta självmord inträffar på järnvägen och hälften av dem på fyra procent av järnvägssträckorna, så kallade "hot spots". Där finns mycket att göra. Trafikverket räknar med att 50 liv om året skulle kunna räddas på dessa platser.

Trafikverket är den första myndighet som har ett genomtänkt suicidpreventivt program. Verket vill satsa en miljard kronor under en tioårsperiod för att rädda liv i trafiken. Nya stängsel och grindar ska göra det svårare för obehöriga att ta sig ut på rälsen. På särskilt utsatta sträckor ska skyltar varna och övervakningskameror och videoanalys användas.

Men Jan Beskow ser även andra positiva förändringar i samhället som kan förebygga självmord. Ett exempel är räddningstjänsten. Tidigare var utryckningarna få, eftersom man inte riktigt visste vad man skulle göra. Dessutom gick de alldeles för långsamt. Många liv räddas i dag tack vare ett bättre samarbete mellan SOS-Alarm, räddningstjänst, polis, ambulans och socialtjänst.

Vården är ett annat exempel. Avdelningarna kan göras mer suicidsäkra genom att använda krokar som är omöjliga att hänga sig i och bättre läkemedelsförpackningar, så kallade blister i stället för burk.

– Att trycka ut 200 tabletter gör att du tappat lusten att ta livet av dig. Energin räcker inte till, förklarar Jan Beskow. Var sjätte timma tar någon i Sverige sitt liv. Det blir 1500 personer om året. Suicidalitet är ett stort samhällsproblem. För att lösa det behövs medicinsk evidens, klok erfarenhet samt uppföljning och utvärdering. Självmord som företeelse skiljer sig inte från andra folkhälsoproblem och Jan Beskow

vill se folkbildning på området.

– Om någon mår dåligt måste du veta vad du ska göra. Kloka människor inom vården använder sig redan av problemlösning i praktiken. Men det finns ingen teori för det, vilket man behöver för att kritiskt kunna diskutera och förbättra vården.

Tillsammans med Li Wikström som själv har långvarig erfarenhet av depression, ångest och suicidalitet, har Jan Beskow skrivit två små handböcker i Psykisk livräddning. Där finns goda råd presenterade på ett positivt och lättbegripligt språk, samt viktiga telefonnummer och bra lästips. SPIV, (SuicidPrevention i Väst) som gett ut häftena, använder dem på sina kurser i Psykisk livräddning.

Hur har synen på självmord förändrats under dina 45 år som läkare?

– Det var ointresse under 40 år och en insikt om att detta är ett stort samhällsproblem de sista fem. Kolossalt mycket har hänt. Vi ser detta på SPIV. Under alla år har vi pratat om hur viktigt detta är. Nu kommer i stället folk till oss och frågar om vi kan utbilda dem. Problemet är jättestort, men nu vet man vad man ska göra. Det är intressant och utvecklande att arbeta med suicidprevention, eftersom man kommer in på många viktiga frågor när man talar om självmord. Att tänka på suicid är vanligt, normalt och nyttigt och jag uppmanar alla att också prata om det på ett naturligt sätt och därmed hjälpa till att bryta tabueringen.

Vid fyllda 82 är han full av optimism inför den framtida utvecklingen på området.

– Jag har tänkt leva 15 år till, för jag har samlat en unik erfarenhet som det är viktigt att de som vill får ta del av.

ingemo.orstadius@gmail.com

Jan Beskow är läkare och professor emeritus, specialist i psykiatri och socialmedicin, aktiv i SPIV, Suicidprevention i Väst.

Läs vidare

Suicidalitet som problemlösning, olyckshändelse och trauma,

Jan Beskow, Anna Ehnvall, Astrid Palm Beskow, Studentlitteratur 2013.

Psykisk livräddning – En första lektion om suicidprevention för dig som tänker på självmord, Jan Beskow, Suicidprevention i Väst.

www.suicidprev.com
spec.se

Heter det självmord eller suicid?

– Det som talar för begreppet självmord är att det är ren svenska som alla förstår. Det är ett emotionellt laddat ord och det ska det vara, säger Jan Beskow. Men SPES, (Riksförbundet för Suicidprevention och Efterlevandes Stöd) som gjort mycket för suicidpreventionen, tyckte att ordet självmördare var kränkande. "Våra barn är inga mördare".

– Deras andra argument var, att eftersom psykisk ohälsa ligger bakom cirka 95 procent av alla suicid borde vi använda latin. Det gör vi ju om andra sjukdomar. Vi säger cancer i stället för kräfta och diabetes i stället sockersjuka. Därför använder vi nu båda termerna blandat, även om suicid blir alltmer vanligt.