

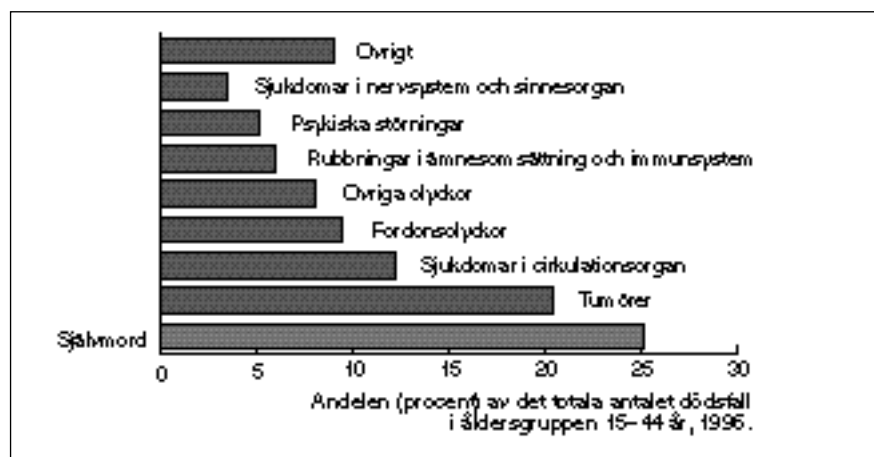
Själv-mord – ett försummat folkhälsoproblem

Det är ett alltför sällan uppmärksammat faktum att självmord fortfarande är den vanligaste dödsorsaken i Sverige bland personer mellan 15 och 44 år (Figur 1).

Under första hälften av 1980-talet inträffade i Sverige årligen 31,6 självmord per 100 000 invånare. Motsvarande tal under tiden 1990–1996 var 25,8. Mellan 1980 och 1996 har självmordstalet för män minskat med 32 procent, för kvinnor med 27 procent. Den gynnsamma utveckling som ägt rum gäller alla åldersgrupper, med undantag för de yngsta – under 17 år (Figur 2). I denna åldersgrupp minskar inte självmorden.

Vad beträffar självmordsförsöken kan det inte uteslutas att den ökning av självmordsförsök som observeras bland ungdomar, och som rapporteras i detta nummer av Läkartidningen, kan förklaras med ett ökat antal sjukhusinläggningar, som i sin tur kan bero på att allt fler unga väljer paracetamol som självmordsförsöksmetod. Det är dock också möjligt att självmordsförsöken bland unga ökar i Sverige. Resultaten från Västerbotten gällande samtliga sjukhusvårdade självmordsförsökspatienter visar ett minskat antal inläggningar mellan 1989 och 1995, trots en ökad användning (från 10 procent år 1989 till 21 procent år 1995) av smärtstillande, febernedsättande och antiinflammatoriska medel som självmordsförsöksmetod, vilket framgår av Anders Åbergs och medarbetare artikel i detta nummer av Läkartidningen.

Det är dock också möjligt att självmordsförsöken bland unga ökar i Sverige. Resultaten från Västerbotten gällande samtliga sjukhusvårdade själv-



Figur 1. De vanligaste dödsorsakerna i åldersgruppen 15–44 år, i procent av antalet dödsfall 1996. I diagrammet redovisas även dödsfall i gruppen psykiska störningar och sjukdomar i nervsystem och sinnesorgan bland vilka sannolikt döljer sig en del självmordsfall.

mordsförsökspatienter visar ett minskat antal inläggningar mellan 1989 och 1995, trots en ökad användning (från 10 procent år 1989 till 21 procent år 1995) av smärtstillande, febernedsättande och antiinflammatoriska medel som självmordsförsöksmetod [1].

Intoxikationer med paracetamol är farliga. Det behövs inte alls så stora mängder för att självmordsförsöket skall medföra dödlig utgång, och ännu mindre mängder av paracetamol behövs om man är i somatiskt dåligt skick, t ex på grund av alkoholmissbruk. Även i övriga Europa rapporteras att självmordsförsök med paracetamol är ett allvarligt problem, vilket uppmärksammats bl a i England [2]. Dessutom visar resultaten av Världshälsoorganisationens multicenterstudie beträffande självmordsförsök att dessa ökar i Europa bland unga män i åldrarna 15–24 år [3].

Utvecklingen av självmordsbeteenden bland ungdomar i Sverige måste följas noga, särskilt som flera enkätundersökningar i svenska skolor visar att 2–3 procent av pojkarna och 8–9 procent av flickorna under 17 år har försökt ta sitt liv [4, 5]. Sällan anförtror sig den unga människan till vuxna, dvs föräldrar, lärare och elevvårdspersonal, som därmed inte är medvetna om hur dåligt en del av våra ungdomar mår [5].

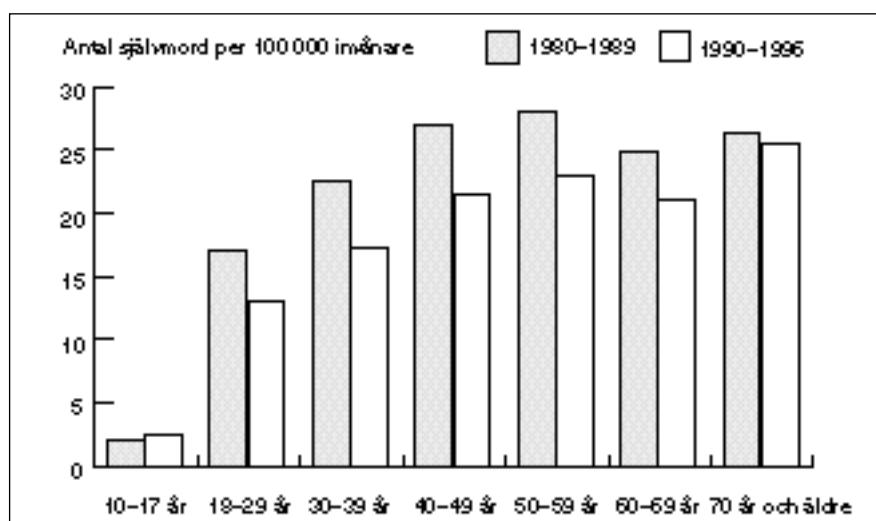
Unga personer påverkas av ord och av exempel, såväl dåliga som goda. Detta är grunden för all uppfostran och personlig utveckling. Genom felaktigt utformad information kan unga suggereras till självmord, såsom beskrivs i de två artiklar som publiceras i detta nummer av Läkartidningen. Men ungdomar kan också, i stället för att ge vika för självdestruktiva beteenden, påverkas positivt med vederhäftigt utformad information som tilltalar deras emotionella värld, och de kan utvecklas genom att ta till sig goda exempel med konstruktiva lösningar när de brottas med till livet hörande hinder och svårigheter.

Låt mig ge ett exempel: Centrum för suicidforskning och prevention, som har ett nationellt ansvar för att initiera och bedriva forsknings- och utvecklingsprojekt som främjar självmordsförebyggande åtgärder, utvärderar en metod för att förebygga suicidala beteenden bland ungdomar. Metoden, som kallas »Att utveckla livskompetens» och som riktar sig till högstadies- och gymnasieelever, har utarbetats av skol-

Författare

DANUTA WASSERMAN

professor, i psykiatri och suicidologi, IPM/Karolinska institutet; chef för Centrum för suicidforskning och prevention, Stockholm.



Figur 2. Självmord i Sverige 1980-1989 och 1990-1996 fördelade efter ålder.

sköterskan Eva Hildingsdotter Bengtsson och skolkuratorn Brittmari Ahlner utifrån deras praktiska arbete i skolan.

Programmet innebär att man med hjälp av verbalisering och gestaltning i form av rollspel av elevernas egen och klassens situation ge ungdomarna utrymme att på skoltid tala om känslor, identifiera psykosociala problem samt söka efter lösningar [6]. Elever med olika bakgrund och emotionella och intellektuella olikheter lär varandra att hitta nya mål och lösningar. Av vikt är också att kamratstödet ökas och att det sociala nätverket stärks.

Många av oss vuxna, liksom många ungdomar, törs ännu inte ta ordet självmord i sin mun. Det ovan beskrivna förebyggande programmet hjälper till att utveckla förmågan att tala med klasskamrater, lärare och föräldrar om existentiella frågor, såsom vår otillräcklighet, ångest, oro, depression, självmordstankar och självmord. De unga lär sig också att utläsa och tolka egna och kamraternas verbala och icke-verbala signaler på självmordsproblematik och psykisk ohälsa.

Stöd att söka hjälp

Ett av programmets mål är uppmuntran till att söka stöd och hjälp hos vuxna för att motverka det förhållande som resultaten av enkäter har visat, nämligen att det är endast ett fåtal elever med problem som vänder sig till någon vuxen för stöd. De flesta ungdomar som har självmordstankar eller har gjort självmordsförsök vänder sig till sina kamrater när de har problem. Förtroendet från en självmordsnära kamrat att denne har funderingar på att ta sitt liv är mycket tungt att bära för en jämnårig. Därför måste skolkamraterna stödjas att söka hjälp hos vuxna, och inte betrakta detta som ett svek mot sin kamrat.

Preliminära resultat från interventionen i två gymnasieklasser i vilka programmet genomfördes, jämfört med två klasser utan program, visade att antalet självmordsförsök minskade i interventionsklasserna. Eftersom det ursprungliga materialet omfattade endast 118 elever görs en ny undersökning i ett större antal Stockholmskolor. De preliminära resultaten från ytterligare tre interventionsskolor (omfattande 237 elever) och tre kontrollskolor (277 elever) i årskurs 8 visar att självmordsförsöken i interventionsskolorna har mins-

kat från 5,5 procent till 1,9 procent under observationsåret, jämfört med det oförändrade antalet självmordsförsök i kontrollskolorna.

Resultaten är hoppingsgivande och metoden prövas vidare för att få ett större elevunderlag, vilket krävs för statistiskt säkerställande av resultatet. Projektet stöter dock på hinder. Skolrektorer och lärare har i vissa skolor märkligt nog haft svårt att prioritera självmordsförebyggande arbete, trots att självmord är den främsta dödsorsaken för pojkar i Sverige just nu. (Flickornas dödlighet i självmord ligger på andra plats efter död i tumörer.) Man motiverar det förhållandet att självmordsförebyggande arbete hamnar långt ned på prioriteringslistan med att de ekonomiska ramar är för knappa och att många lärare känner sig stressade. Men är den dåliga ekonomin och tidsbristen de enda förklaringarna till att självmordsprevention inte prioriteras?

Självmordsskräcken

Trots att det sedan 1995 finns ett nationellt program för utveckling av självmordsprevention i Sverige [7], finns det mycket få resurser avsatta till detta arbete på gräsrotsnivå inom kommun och landsting. Förmodligen är det inte fråga om medvetet motstånd mot att satsa på självmordsprevention. Det handlar sannolikt om att man skjuter ifrån sig problematiken, därför att den är obehaglig och tabubelagd. Anledningarna till detta tabu är säkert många. Den historiska religiösa aspekten är välkänd. Självmordsskräcken har varit stark i alla tider. Än idag är självmord belagt med skuld och skam.

Men det finns även psykologiska förklaringar. Självbevaringsdriften är stark hos de flesta av oss, och den utmanas av den som vill ta eller tar livet av sig. Detta kan upplevas som provokation och leda till avståndstagande. Vi känner kanske individuell och kollektiv skuld för att det finns människor bland oss som inte vill leva. Är det därför vi är

ANNONS

döva för självmordsmeddelandena? Om någon antyder självmordsavsikter är det bäst att inte lyssna. Det man inte hört får man inte ont av.

För att arbetet med självmordsprevention skall lyckas måste vi lära oss att hantera skrällen, och inse att just självmordsmeddelandena faktiskt har ett överlevnadsvärde för den som funderar på att ta sitt liv. Denna kommunikation från den självmordsnära till omvärlden är ett medvetet eller omedvetet rop på hjälp. Därför måste självmordsmeddelanden tas på allvar för att förebygga katastrofen. Till detta behövs resurser och stöd från de makthavande på alla nivåer.

Rädsla för döden

Men detta att inte vilja befatta sig med självmordsprevention kanske djupast sett handlar om en rädsla för döden. Tankar på självmord väcker en skräck för den egna döden.

Att umgås med någon som kan dö när som helst är inte lätt, allra minst när det gäller den självmordsnära människan. Det ställer höga krav på var och en av oss. Ofta är vi osäkra på hur vi skall göra eller vad man skall säga när någon yppar självmordstankar. Man vill ju inte göra saken värre. Vet man inte hur man skall hantera detta är det säkrast att inte göra någonting alls [8, 9].

Det finns många nutida former av självmordsrädsla. Ett exempel är påståenden av typen att man inte får tala om självmord, eftersom självmordsfrekvensen kanske då ökar. Vissa ungdomar och andra självmordsnära personer är känsliga för självmordssuggestioner i tidningar, TV och på Internet. Därför finns särskilda regler för hur man i sådana sammanhang bör tala och skriva om självmord. En viktig riktlinje är att inte glorifiera beteendet. I stället bör alla svårigheter som kan leda till beslutet att ta livet av sig belysas, samtidigt som man visar på de möjligheter som finns att ta sig ur en självmordskris.

Efter en känd ungdomsidol – Kurt Cobain – självmord har en sådan saklig

information tillhandahållits i flera länder, bl a i Sverige genom Folkhälsoinstitutets försorg [10, 11]. Någon våg av självmord bland ungdomar har inte ägt rum, kanske på grund av att informationen om Kurt Cobains död lämnades på ett adekvat sätt.

Suggestionseffekten via massmedierna ligger bakom endast ett fåtal av alla självmord. Påverkan från den närmaste miljön – alltså familjen, arbetskamrater eller andra viktiga personer – betyder mycket mer. Betydligt fler självmord har orsakats av att man förtigt problemet än av att man kunnat tala öppet om det. Utan att tala om självmord går det inte att förebygga handlingen. Självmordsprevention börjar med ett personligt samtal, men för att kunna föra ett sådant måste det finnas beredskap och kunskap hos var och en av oss.

Går att förebygga

Vetenskapen om att självmord går att förebygga kan kanske lätta på självmordsrädslan. Det finns vetenskapliga studier som visar att självmordsfrekvensen hos kvinnor har sänkts genom adekvat behandling av deras depressioner [12]. Likaså är det dokumenterat att antalet självmord hos män sjunker vid minskat alkoholmissbruk och i ett hoppigivande socialt klimat [13]. Resultaten av en psykoterapiform, dialektisk beteendeterapi (DBT), vid behandling av självmordsnära kvinnor med personlighetsstörning av borderlinetyp [14] har visat att antalet självmordsförsök och självmord minskat signifikant i den grupp som behandlats med DBT, jämfört med rutinbehandlingen i kontrollgruppen.

De ovan beskrivna preliminära resultaten från det i Stockholms skolor pågående programmet visar att det går att minska antalet självmordsförsök hos unga personer. Även begränsad tillgång till farliga självmordsmedel minskar antalet självmord [15]. Med anledning av den ökade användningen av paracet-

amol vid självmordsförsök bland unga i Sverige bör en noggrann analys genomföras för att ta ställning till eventuellt receptkrav vid paracetamolförsäljning.

Vi behöver hitta fler specifika självmordspreventiva metoder i nära samarbete med närliggande kunskapsfält inom bl a psykiatri, farmakologi, folkhälsovetenskap och humaniora. Det räcker inte med enbart psykiatriska behandlingsmetoder. Majoriteten av psykiskt sjuka patienter som lider av depressioner, missbruk eller psykoser tar ju inte livet av sig. Det är först när de upplever att deras existentiella villkor hotas på grund av individuella förhållanden som ensamhet, eller samhällsmässiga förutsättningar som t ex arbetslöshet, dålig ekonomi eller brist på omvårdnad vid sjukdom och ålderdom som självmordet kan börja ta sig som det enda alternativet [16, 17]. Likadant är det för unga människor [18].

Psykisk sårbarhet kombinerad med hårda psykosociala villkor, som t ex dåliga utsikter att få arbete eller utbildning, är suicidogena faktorer. Anledningarna till självmord och självmordsförsök kan inte utläsas vare sig ur statistiska uppgifter eller ur analyser av epidemiologiska data på aggregerad nivå. Därför bör de ekonomiska satsningarna på insamling av statistiska uppgifter och inrättande av register kompletteras med ekonomiska satsningar på kvalitativa intervjustudier. Sådana studier belyser anledningarna till självmord och självmordsförsök samt kartlägger utvecklingen av den suicidala processen i ett föränderligt samhälle.

Syftet med kvalitativa studier är att analysera hur olika psykosociala förhållanden påskyndar respektive bromsar utvecklingen av den suicidala processen. Tillgång till bostad, möjligheter att försörja sig, anställningsförhållanden, integrering i en grupp eller utstötning genom mobbing samt vårdens tillgänglighet och kvalitet är exempel på viktiga faktorer i detta sammanhang.

Det är viktigt att självmordspreven-

tion lyfts upp till diskussion på samhälls- och politisk nivå, och att klara riktlinjer och mål sanktioneras på högsta politiska nivå. För många ligger det ännu nära till hands att värja sig emot satsning på självmordsprevention med påståenden som »Har någon bestämt sig, kan ingen hindra honom». Men sanningen är den, att knappt 10 procent av dem som gör allvarliga självmordsförsök dör genom självmord. De övriga 90 procenten hittar så småningom olika sätt att hantera sina liv [19].

Prioritering av självmordsförebyggande arbete kan inte lämnas åt slumpen och den goda viljan. Arbetet med självmordsprevention skall vara målmedvetet utåtriktat och processinriktat, med ambitionen att involvera och engagera många olika organ i samhället. Men för att uppnå självmordspreventiva mål måste självmordsrädslan övervinnas. Detta kan ske enbart genom att kommun, landsting och andra institutioner som är involverade i självmordspreventiva insatser får tydlig, lagfäst målsättning, och att personer som är ansvariga för invånarnas hälsa inte väjer för den utbredda rädslan att konfronteras med självmordsproblematiken.

För att övervinna den historiskt betingade eftersläpningen vad beträffar handhavandet av sådant som berör självmord, liksom det emotionella obehag som dessa frågor väcker, är det av största vikt att det nationella programmet för självmordsprevention antas av riksdagen. Först då har man möjlighet att övervinna de hinder som finns mot breda självmordspreventiva insatser.

För att varaktigt minska antalet självmord och självmordsförsök i Sverige, särskilt bland barn och ungdomar, är det ytterst önskvärt att den Nationella folkhälsokommittén intar ett aktivt förhållningssätt i dessa frågor och uttryckligen definierar självmordsförebyggande arbete som ett separat nationellt folkhälsomål.

Grunden för praktisk tillämpning av flera decenniers forskningsarbete och

starten för en självmordspreventiv samhällsprocess har lagts genom det nätverksarbete som Centrum för suicidforskning och prevention initierat i och med anordnandet av den första nationella nätverkskonferensen om självmordsprevention, som ägde rum i Stockholm 1997.

I syfte att stimulera det självmordspreventiva arbetet i landet har sex regionala nätverk bildats, som arbetar helt frivilligt och utan något ekonomiskt stöd. Det är bl a arbetet i dessa regionala nätverk som behöver stöd från den högsta politiska och administrativa ledningen.

Referenser

1. Salander Renberg E. Parasuicide in a northern Swedish county 1989–1995 and its relation to suicide. In: Perspectives on the suicide problem – from attitudes to completed suicide [dissertation]. Umeå University, Umeå, 1998.
2. Hawton K, Fagg J, Simkin S, Bale E, Bond A. Attempted suicide in Oxford 1995. Oxford: University Department of Psychiatry, 1996.
3. Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hultén A, Bille-Brahe U, Bjerke T et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(3): 191-4.
4. von Knorring AL, Kristiansson G. Depression och självmordsbeteende hos ungdomar. I: Beskow J, red. Rätt till liv. Lust till liv. Om självmordsbeteende bland barn och ungdomar. Forskningsrådsnämnden, Rapport 95; 4: 35-43.
5. Ramberg IL, Wasserman D. Självmordstankar, självmordsförsök och attityder till självförvårdad död bland gymnasieelever. Enkätundersökning vid en gymnasieskola i Stockholms län. I: Beskow J, red. Rätt till liv. Lust till liv. Om självmordsbeteende bland barn och ungdomar. Forskningsrådsnämnden, Rapport 95; 4: 151-9.
6. Ahlner B, Hildingsdotter Bengtsson E. Mentalt förebyggande hälsovård. Utveckling och utvärdering av en metod för att förebygga psykisk och psykosomatisk ohälsa, drogmissbruk och självmord. I: Beskow J, red. Rätt till liv. Lust till liv. Om självmordsbeteende bland barn och ungdomar. Forskningsrådsnämnden, Rapport 95; 4: 130-41.
7. Stöd i självmordskriser. Nationellt program

för utveckling av självmordsprevention. Nationella rådet för självmordsprevention, Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Centrum för suicidforskning och prevention, 1995. ISBN 91-7201-056-8.

8. Wolk-Wasserman D. Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73: 481-99.
9. Wasserman D. Passive euthanasia in response to attempted suicide: one form of aggressiveness by relatives. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 460-7.
10. Bergman L. Liza. Folkhälsoinstitutets tidskrift för ungdomar Glöd 1995; 1: 24-5.
11. Rooth H. Han var en rocksnobbe. Folkhälsoinstitutets tidskrift för ungdomar Glöd 1995; 3: 4-6.
12. Rutz W. Prevention of suicide and depression. *Nordic Journal of Psychiatry* 1996; 50 suppl 37: 61-7.
13. Wasserman D, Värnik A, Dankowicz M, Eklund G. Suicide preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1998; 98 (Suppl 394): 1-44.
14. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060-4.
15. Clarke R, Lester D. Closing the exits. New York: Springer, 1989.
16. Wasserman D, Larsson N, Adamsson C, Estari J, Spellerberg S. Parasuicide in Stockholm, Sweden 1989–1991. Interim report from Center 12 of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. I: Kerkhof A ed. Attempted suicide in Europe. Findings from the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Leiden, Copenhagen: DSWO Press Leiden University and World Health Organization Europe Region, 1994: 175-87.
17. Runeson B, Eklund G, Wasserman D. Living conditions of female suicide attempters: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 125-32.
18. Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud PA. Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98: 28-33.
19. Cullberg J, Wasserman D, Stefansson CG. Who commits suicide after a suicide attempt? An 8 to 10 year follow up in a suburban catchment area. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 598-603.

Se även artiklarna med start på sidan 5596 i detta nummer.