



Kan selvmord forebygges?

REDAKSJONELT

SUNDBY P

Selvordsfenomenet har fanget mange profesjoners interesse, det har beskjeftiget filosofer, sosiologer, forfattere og andre som er opptatt av den livskvalitet samfunnet kan sikre sine borgere. Selvmordet fascinerer, fordi det rører ved det dype spørsmål om selve hensikten med tilværelsen, og det kan brukes som et kvalitativt mål på samfunnsforholdene. Men som slikt mål må det brukes med varsomhet.

Durkheim viste i sin tid at fattige, katolske land hadde langt færre selvmord enn rike, protestantiske. Det er altså ikke gitt at velferdsstatens sosiale goder reduserer selvmordstrangen, kanskje tvert imot. Paradokset i vårt land har som kjent vært at både suicid- og parasuicidforekomsten har økt i takt med velstanden, riktignok med noe ulik profil mellom kjønnene. Spørsmålet om selvmord kan forebygges er nylig drøftet i Tidsskriftet (1).

Artikkelen av T. Rygnestad i dette nummer av Tidsskriftet om dødelighetsutviklingen blant 152 kvinner og 101 menn som var innlagt i Medisinsk avdeling, Regionsykehuset i Trondheim, i 1978, er interessant lesning (2), både med hensyn til det den belyser og til de ubesvarte spørsmål den reiser. Rygnestad viser at det er en klar sammenheng mellom selvmordsforsøk og senere selvmord. Sammenhengen gjelder på nesten alle aldersnivåer, unntatt for de kvinner som var 30 år i 1978. Der er til gjengjeld overdødeligheten for ulykker stor. Den gjelder heller ikke for 50-årige menn, der overdødeligheten slår ut på forgiftninger.

Dette reiser et spørsmål som artikkelen så vidt berører, og som har skapt usikkerhet i selvmordsforskningen verden over. Det gjelder hva som kategoriseres som selvmord og hva som defineres som ulykke, særlig blant de mange såkalt unaturlige dødsfall i grupper av habituelle rusavhengige av alle kategorier. Selv har jeg aldri skjønt hvordan man med noenlunde sikkerhet kan identifisere det intensjonelle motiv - som er selve kriteriet på diagnosen selvmord - hos personer som dør under sterk rus.

Det må bli nesten vilkårlig om slike dødsfall registreres under diagnosen selvmord, overdose eller aksidentell forgiftning. Min kommentar til at 30-årige kvinner og 50-årige menn i undersøkelsen opptrer som unntak fra en allmenn overdødelighetstendens for selvmord for øvrig i materialet, er at deres selvdestruktive atferd i disse aldersavsnitt har tatt andre former, former som den medisinske diagnostikk ikke fanger opp som selvmord.

Dette berører et annet forhold ved denne oppfølgingsundersøkelsen. Grunnen til at den ikke formår å identifisere en høyrisikogruppe, kan være at de mest potente risikofaktorene ikke er blitt registrert. Jeg tenker her igjen på rusfaktoren, som kan forklare mye av overdødeligheten både for selvmord og for naturlige årsaker (sykdom).

Ingeborg Rossow har vist at selvmord har bidratt vesentlig til stoffmisbrukeres høye dødelighet helt fra 1970-årene (3), særlig for kvinner. Hun har videre vist at alkoholmisbruksepisoder økte selvmordsrisikoen blant menn over en 40-årsperiode, til hele 6,9 ganger landsgjennomsnittet (4). Sosial desintegrasjon, eksemplifisert ved skilsmisse, virket i samme retning (5). Dessuten - noe Trondheims-undersøkelsens sammenlikningsgrunnlag ikke tar høyde for - at det er store regionale variasjoner i suicidalratene, delvis samvarierende med det vi vet om rusmiddelbruken generelt (6). Denne forskning om sammenheng mellom parasuicid, alkoholmisbruk, narkomani og selvmord har gitt et vesentlig bidrag til forståelse av selvdestruktivitets kompliserte natur i det moderne samfunn. Gammel norsk forskning på alkoholbruk/-misbruk har også påvist den eiendommelighet som Rygnestad påviser, at tvangsinternering i strafferettslig regi forlenger noen utsattes liv (7). Dette er et funn man nå til dags neppe er villig til å ta innover seg.

Dette kan virke som utidig kritikk av en verdifull undersøkelse. Det er ikke slik ment, snarere tvert imot. Når man i en medisinsk undersøkelse basert på individuelle diagnoser søker å kartlegge et komplisert sosialt problem, kan den opplysning undersøkelsen gir, sammenliknes med en lommelykts opplysning av et mørkeloft. Det viktige ved Trondheims-undersøkelsen er kanskje at den så klart illustrerer at vi famler i blinde etter "årsakene" til de tragisk økende selvdestruktive tendenser i moderne samfunn.

Den kan også tjene som en advarsel til helsevesenet om ikke å love mer enn vi kan holde når det gjelder å forebygge og å helbrede slik selvdestruktiv atferd. Selvdestruksjon har mange ansikter og er dypt forankret i moderne livsmønstre, som vi forsvarer med nebb og klør. Det er kanskje klokt av helsevesenet foreløpig å registrere fenomenet som et for oss uløselig sosialt problem som er for komplisert for våre utilstrekkelige individuelle tilnæringsformer. Samtidig sitter helsevesenet i en viktig posisjon for å bringe data og erfaringer fra dette feltet frem i dagen - avdekke og avsløre.

Per Sundby

LITTERATUR:

1. Mehlum L. Suicidal atferd blant unge - er det mulig å forebygge? Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1733-4.
2. Rygnestad T. En 15-årsoppfølging etter akutt selvpåført forgiftning. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3065-9.
3. Rossow I. Suicide among drug addicts in Norway. Addiction 1994; 89: 1667-73.
4. Rossow I, Amundsen A. Alcohol abuse and suicide: a 40-year prospective study of Norwegian conscripts. Addiction 1995; 90: 685-91.
5. Rossow I. Suicide, alcohol, and divorce; aspect of gender and family integration. Addiction 1993; 88: 1659-65.
6. Rossow I. Regional analysis of alcohol and suicide in Norway: some empirical considerations. Research note. Suicide and life-threatening behavior 1995; 25: 401-9.
7. Sundby P. Alcohol and mortality. Oslo: Universitetsforlaget, 1967; 7: 54-5.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no