

Vísvitandi sjálfsskaðar

SÍÐUSTU áratugi hefur borið á vaxandi tilhneingingu til vísvitandi sjálfsskaða hér á landi og eðlilega spyrja menn hvað þessu veldur. Hvað kemur ungu fólki í blóma lífsins til að stytta sér aldur eða gera misalvarlegar tilraunir til sjálfsvígs? Áleitnar spurningar knýja á en minna er um svör.

Innan bráðaþjónustu heilbrigðisgeirans gefst sjaldan tími til að ræða heimspekilega um sjálfsvald og sjálfval hvers og eins fullveðja einstaklings um líf sitt eða dauða á úrslitastundu. Skapast hefur sú eðlilega vinnuregla að öll atvik innan þessa ramma skoðast sem neyðarkall og brugðist er við í samræmi við það.

Sjálfsvíg eru samkvæmt lögum skráð og vísindalegar rannsóknir á eðli þeirra og orsökum byrjuðu í vestrænum löndum fyrir meira en einni öld með rannsóknum Durkheims. Samt hefur skilningur okkar á dýpstu orsökum þeirra vaxið fremur lítið allt frá dögum Narcissusar. Þó liggja fyrir heilu staflarnir af ritverkum um niðurstöður rannsókna í öllum heims hornum á tildrögum þess að fólk um allan heim og á öllum tímum stytta sér aldur.

Snúum okkur þá frá sjálfsvígum og að öllum öðrum vísvitandi sjálfsskøðum. Önnur markmið en dauði geta legið að baki vísvitandi sjálfsskaða. Þess eru mörg dæmi að aðaltilgangurinn var að kalla á athygli en ekki deyja. Við nánari athugun greinast mismunandi ástæður slíks verknaðar en í öllum tilvikum má sjá örvæntingu, uppgjöf, kreppu eða sambærilegt hættuástand sem knýr fram neyðarkall.

Sjálfsvígstilraun í bókstaflegasta skilningi er verknadur af ásettu ráði þar sem einstaklingurinn hefur ætlað að stytta sér aldur, en markmiðið ekki náðst.

Einn flóknasti vandinn í bráðaþjónustu í klínísku starfi er að greina á milli margvíslegra tildraga sjálfsvígstilrauna og velja réttu úrræðin hverju sinni. Skila-boðin frá þessum skjólstaðingum sem eru nánast á barmi taugaáfalls geta verið mjög skýr, en geysilega mismunandi, allt frá einbeittum vilja til að deyja og til augljósrar yfirlýsingar um að vilja alls ekki deyja heldur fá með öllum ráðum þá neyðarhjálp sem býðst. Á hinn bóginn eru boðin stundum það óskýr eins og vænta má á bráðastigi kreppuástands að merking þeirra verður hreinlega ekki ráðin með fullri vissu, jafnvel vegna villandi upplýsinga.

Rannsóknir á vísvitandi sjálfsskøðum eru í fullum gangi víða í heiminum, aðallega í Norður-Evrópu og Bandaríkjunum. Samanburðarrannsóknir milli landa hafa lengi átt erfitt uppdráttar, ekki síst vegna skilgreiningarvanda, en á síðustu árum hefur tekist samstarf milli Alþjóðaheilbrigðismálastofnunar og Evrópuráðs um fjölþjóðlegt rannsóknarverkefni (The WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behavi-

our) sem fer fram í mörgum borgum Evrópu undir stjórn A. Schmidtke prófessors í Würzburg í Þýskalandi. Á alþjóðlegri ráðstefnu á vegum IASP (International Association for Suicide Prevention) í september síðastliðnum í Stokkhólmi var gerð grein fyrir bráðabirgðaniðurstöðum, og bók (Suicidal Behaviour in Europe) verður væntanlega gefin út í apríl næstkomandi með fyrstu rökstuddu niðurstöðum.

Hér á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri (FSA) er hafin rannsóknarstarfsemi sem í fyrstu miðaðist við að taka saman yfirlit yfir þróun vísvitandi sjálfsskaða á starfssvæði sjúkrahússins síðustu áratugina. Það var orðið ljóst að aukning var veruleg og nauðsynlegt að afla nánari upplýsinga. Fyrstu niðurstöður okkar voru birtar á veggspjaldi á Norræna geðlæknaþinginu í Reykjavík í ágúst 2003 (1). Eins og reiknað var með reyndist lyfjaeitrun langalgengasta aðferðin við vísvitandi sjálfsskaða. Upp úr þessu vöknudu margar nýjar spurningar um eðli og gang mála. Óheillaþróun, einkum í yngri aldursflokkum, og nauðsyn á samburði við önnur lönd gerðu að verkum að sótt var um leyfi til framhaldsrannsóknar með það fyrir augum að kanna hvort efniviður okkar væri frábrugðinn því sem algengast er að finna í sams konar rannsóknum erlendis og í hverju sá hugsanlegi mismunur er fólgin.

Meðal spurninga sem alls staðar eru efst á baugi er til dæmis hver sé hlutdeild geðraskana, hve mikinn þátt á þunglyndi, hve þung á metunum eru vímuefni, hvenær og undir hvaða kringumstæðum eru sjálfsásakanir hættulegastar? Hvernig er best að greina hámark einmanakenndar og vonleysis? Hvers konar persónugerðarraskanir valda mestri sjálfsfyrirlitningu og hjá hvaða aldursflokkum? Hverjir eru líklegastir til að endurtaka sjálfsvígstilraunir, hvernig má sjá fyrir sískadafólk?

Einnig þarf svo að spyrja hvað það er sem verndar sumt fólk fyrir sköðum þrátt fyrir áföll og margvísleg taugaslitandi átök milli ytri og innri afla. Hvaða skapgerðarþættir stuðla best að eðlilegu sjálfsmati, heilbrigðu sjálfstrausti, skýrastrí sjálfsmynd? Hvaða máli skiptir sjálfsvirðingin? Þarf að læra það sem hluta af lífsbaráttunni að senda út rétt neyðarkall í tæka tíð? Hver mannvera þarf einhvern tíma á hjálp að halda. Allt þetta og margt fleira eru vísindamenn að glíma við í vestrænum heimi til að læra að greina rétt og bregðast tímanlega við neyðarköllum sem birtast í mynd sjálfsskaða af ýmsum toga.

Vísindarannsóknir af þessu tagi, og alveg sér í lagi samburðarrannsóknir milli landa, verða gagnslitlar ef illa tekst til um afmörkun verkefnis, skilgreiningar og skilmerki hvers konar. Jafnvel hugtök og tungumál geta orðið til trafala ef ekki er rækilega búið um hnút-



**Brynjólfur
Ingvarsson**



**Sigmundur
Sigfússon**

Höfundar eru geðlæknar við Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri.

ana strax í byrjun. Innan geðgeirans hafa flest sjúkdómsgreiningakerfi verið í langri, samfelldri þróun og eru ef til vill enn ekki komin á leiðarenda en það þýðir að samræmd notkun skilmerkja er lykillinn að marktækri niðurstöðu hvernar rannsóknar.

Hugtakið vísitandi sjálfsskaði samsvarar enska hugtakinu *intentional self-destructive act* og verður að skoða það í samhengi við önnur hugtök, svo sem *deliberate self-harm* (meðvitaður sjálfsskaði), *suicidal behaviour* (sjálfsvígisatferli), *attempted suicide* (sjálfsvígis tilraun) og *para-suicide* (sýndarsjálfsvíg) (2). Síðastnefnda hugtakið er reyndar umdeilt innan sjálfsvígisfræðanna. Í rannsóknarvinnu okkar á FSA notum við hugtakið *sjálfsvígis tilraun* við skráningu sjálfsskaða, en með nauðsynlegum útskýringum til að skráningin verði sem nákvæmest.

Után skilmerkja sjálfsvígis tilraunar falla til dæmis lyfjaceutranir hjá börnum, þroskaheftum eða ofurölvi einstaklingum, þegar verknaður er ekki beint vísitandi heldur meira í ætt við slys, óvitahátt eða ölæði.

Után skilmerkja sjálfsvígis tilraunar falla einnig sjálfsskemmandi lifnaðarhættir eins og stórreykingar, ofdrykkja og ofát sem flokkast fremur undir vana- bundna hegðun en verknað.

Í einstaka tilviki getur það verið huglægt matsatriði að greina á milli sakleysislegustu vísitandi lyfjaceutrana og óverulegustu skammtaaukninga á til dæmis verkja- eða svefnlyfjum án samráðs við lækni, sérstaklega ef upplýsingar eru ófullkomnar, en einnig í þessum atriðum er reynt að styðjast við samræmd skilmerki. Hafi ætlun einstaklingsins með verknaðinum verið að skaða sig telst atvikið með, annars ekki. Sama máli gegnir að sjálfsgöðu um allar aðrar sjálfsskaðanir.

Heimildir

1. Ingvarsson B. Suicidal Behaviour in Northern Iceland. Veggspjald á norræna geðlæknaþinginu í Reykjavík í ágúst 2003. Læknablaðið 2003; 89 (Suppl 48): 73.
2. Nordic Medico Statistical Committee (NOMESCO): Classification of External Causes of Injuries, 48: 1997.

Orlofsbústaðir fyrir alla lækna



Jón Sigurðsson

VORÍÐ 2002 var tekinn í notkun nýr orlofsbústaður læknafélaganna við Hreðavatn (sjá frétt í 7./8. tbl. Læknablaðsins 2002). Nú í haust var síðan hafin bygging á öðrum nýjum orlofsbústað og er hann er í landi Húsafells (sjá frétt í 12. tbl. Læknablaðsins 2003). Það vekur athygli að við byggingu beggja þessara bústaða er sérstakt tillit tekið til aðgengis hreyfihamlaðra. Ég er í hópi fárra hreyfihamlaðra lækna og gleðst því væntanlega meira yfir þessu en aðrir. Ég var einnig ánægður með að Sigurbjörn Björnsson skyldi hafa kallað mig til sem ráðgjafa við byggingu bústaðarins við Hreðavatn.

Síðastliðið sumar dvaldi ég í vikutíma í orlofsbústaðnum í landi Miðhúsa við Egilsstaði. Ég hafði áður heyrt að þröskuldar væru þar frekar háir og svefnherbergisdýr í þrengsta lagi til þess að hægt væri með góðu móti að komast þar um í hjólastól. Hringdi ég í Pétur Heimisson og spurðist fyrir um hugsanlegar úrbætur. Daginn eftir fékk ég tölvupóst frá Pétri með myndum úr bústaðnum, en þá var þegar búið að breikka dyrnar og gera aðrar lagfæringar! Óhætt er að segja að málið hafi verið leyst samstundis.

Höfundur er svæfingarlæknir.

Óski lækna eftir að dveljast í orlofsbústað að vetrarlagi eru ekki notaðar sömu reglur og gilda um sumarúthlutun. Vegna tímabilsins frá áramótum og fram til vors fá þeir fyrst úthlutað sem fyrstir hringja eftir 1. nóvember. Nú í haust ákvað Orlofsnefnd að hreyfihamlaðir lækna fengu einnar viku forskot vegna umsóknar um áðurnefndan bústað við Hreðavatn.

Árni Björn Stefánsson var formaður Orlofsnefndar í nokkur ár. Nýlega kynnti hann nýstárlegar hugmyndir sínar um jarðgöng inn í Prihnúkagíg. Tók hann fram að göngin yrðu fær fólki í hjólastólum. Velti ég því fyrir mér, í gríni og alvöru, hvort orlofsnefnd kæmi eitthvað að þessu máli.

Orlofsnefnd á mikið hrós skilið fyrir að vinna að bættu aðgengi hreyfihamlaðra. Ég hef kynnst því af eigin raun að í þjóðfélaginu þurfa hreyfihamlaðir að glíma við margs konar hindranir. Það er því ánægjulegt að geta, eins og aðrir lækna, farið í ferðalag, notið náttúru landsins og dvalist í orlofsbústöðum læknafélaganna.