

Den konstgjorda gränsen mellan individrelaterade och befolkningsinriktade självmordspreventiva strategier måste bort

Danuta Wasserman

Självmordsprevention kan inte begränsas till befolkningsinriktade strategier framhåller professor Danuta Wasserman i ett fortsatt replikskifte men Jan Thorson (jfr SMT nr 3, 1999). Sådana strategier måste bedrivas utifrån en övergripande syn i vilken både strategier som riktar sig mot individen, dennes familj och närmaste omgivning, liksom mot hela befolkningen, har sin plats.

Ensidig plädering för begränsning av förekomst och tillgänglighet av självmordsmedlen för att minska självmorden, med samtidig kritik av annan självmordsprevention ger den självmordspreventiva debatten en mekanistisk syn som reducerar människan till en passiv mottagare av olika åtgärder.

Jan Thorson (JT) är inkonsekvent när han beskriver effektivitet av olika självmordspreventiva åtgärder. I sin replik till min artikel säger han å ena sidan att behandling med Litium och kognitiv psykoterapi kan förebygga självmord, och å andra sidan fastslår han i ingressen till sin första artikel att "med

undantag för tidsbegränsad framgång med diagnostik av depressioner på Gotland fanns föga stöd för suicidpreventiv effekt av psykoterapi, psykofarmakologi eller psykosocial verksamhet". Innehållet i denna ingress strider mot den erfarenhet och dokumentation som jag presenterar i min artikel i SMT.

Behandling av depressioner är en viktig del i självmordspreventionen. Det finns flera sätt att behandla depressioner (1), bland annat med antidepressiva mediciner. JT efterlyser dokumentation gällande antidepressiva medel som profylax mot självmord. I en metaanalys (2) i vilken man använder Montgomery Åsbergs depressionsskala, Hamilton Rating Scale, och Hopkins Symtom Check List för att mäta förekomsten av självmordstankar och självmordsförsök, visas att patientgrupper behandlade med visst antidepressivt medel jämfört med grupper behandlade med placebo hade en signifikant minskning av självmords-

Behandling av depressioner är en viktig del i självmordspreventionen

tankar. I den behandlade gruppen observerades 5,6 gånger färre självmord per patient/år vid behandling med antidepressiva medel, jämfört med placebo. Författarna redovisade också en tvåfaldig reduktion vad beträffar självmordsförsök i gruppen som behandlats med antidepressiva läkemedel, jämfört med gruppen behandlad med placebo. Resultaten av denna metaanalys bekräftar resultaten erhållna redan 1991 av Beasley (3) som vid metaanalys av 17 kliniska prövningar kunde visa att självmordstankar minskar signifikant i grupper av patienter som behandlats med antidepressiva läkemedel jämfört med placebo. Dessa resultat är viktiga, eftersom det är känt att självmordstankar är en signifikant prediktor av självmord (4,5).

Framgångsrik depressionsbehandling

I detta sammanhang kan också nämnas att Jules Angst studier från universitetssjukhus i Zürich (6). Patienterna behandlade för egentlig depression med ett äldre antidepressivt medel följdes upp beträffande dödlighet i självmord. Resultaten visar att endast 5% av de patienter som i flera år fått förebyggande behandlingar för sina depressioner med antidepressiva medel dog i självmord, jämfört med dem som inte tagit antidepressiva medel i förebyggande syfte.

Man skall inte förkasta antidepressiva medel som JT gör, bara för att de kan användas i överdoseringssyfte (i självmordssyfte). Man måste dock kunna använda dessa medel på ett adekvat sätt (1). Vid behandling med antidepressiva medel, även med nyare s k SSRI preparaten, kan en del besvärliga biverkningar förekomma. Antidepressiva läkemedel som aktiverar 5HT₂-receptorer i det centrala nervsystemet kan framkalla ångest och panik-

Man skall inte förkasta antidepressiva medel bara för att de kan användas i överdoseringssyfte (i självmordssyfte)

attacker i början av behandlingen. I ett tidigt skede av behandlingen med antidepressiva läkemedel brukar den svåra ångesten kvarstå, samtidigt som den psykomotoriska hämningen hos den deprimerade personen upphör. Då de psykosociala problemen kvarstår och den deprimerade fortfarande upplever livet som hopplöst och meningslöst, kan det leda till att en del patienter i detta initiala skede tar livet av sig, om de inte har en tät läkarkontakt eller någon som kan hålla i livlinan.

Man skall inte utdöma behandlingen med antidepressiva läkemedel enbart därför att det kan brista i kunskaper om hur den ska bedrivas. Antidepressiva läkemedel är ett bra instrument om man bara lär sig att spela på det (7).

Tyvärr är det så att hittills har alldeles för små resurser satsats på att genomföra prospektiva, kontrollerade randomiserade studier av olika självmordspreventiva åtgärder. Effekterna av olika behandlingar på förekomsten av självmordstankar, självmordsförsök och fullbordade självmord undersöks oftast i post hoc analyser och på material insamlade under olika betingelser och för andra ändamål. Samma förhållanden gäller de studier som visar att reduktion av skadliga miljöfaktorer kan bidra till minskad självmordstydighet.

Randomiserade studier behövs

Vi behöver prospektiva kontrollerade randomiserade kliniska studier på stora material av självmordsnära patienter för att utvärdera

självordspreventiva effekter av olika handlingar. Lika höga krav ställs på utvärdering av självordspreventiv effekter av de metoder som JT föreslår (reduktion/helst elimination av kolmonoxid från bilavgaser, "alkolås", nya beredningsformer för antidepressiva medel, fordon som ska utformas så att risken för skador elimineras, ombyggnad av järnvägsstationer och tunnelbaneplattformar etc). Cost-benefitanalyser borde också vara en självklar del i sådan forskning.

De satsningar som WHO gör och som JT efterfrågar handlar bland annat om förstärkning av psykisk hälsa genom att stärka människornas egna handlingsstrategier i svåra situationer, destigmatisering av den psykiska sjukdomen, samt en bred kampanj för att förebygga depressioner (7,8). Tyvärr är det endast 12% av de män och 26% av de kvinnor som tagit livet av sig i Sverige (9) som blivit behandlade för sin depression. Detta trots, att det i flera svenska och utländska undersökningar har fastställts att upp till tre fjärdedelar av dem som tagit sitt liv har uppvisat ett eller flera symtom på depression och många har lidit av en fullt utvecklad depressions-sjukdom (1).

Självordspreventionen kan inte begränsas till befolkningsinriktade strategier utan måste bedrivas utifrån en övergripande syn i vilken både strategier som riktar sig mot individen, dennes familj och närmaste omgivning, liksom mot hela befolkningen, har sin berättigade plats.

I de breda befolkningsinriktade strategierna ryms självklart olika angreppssätt för att minimera tillgång till farliga självordsmedel, men det behövs även en individinriktad upplysningskampanj om hur man ska hantera olika risksituationer som kan leda till självordsförsök eller självord, samt lära unga människor så tidigt som möjligt att hantera påfrestande livssituationer. Detta är särskilt viktigt i de familjer där självord och självordsförsök förekommer i släkten, så att föräldrarna på ett tidigt stadium kan lära sitt barn att hantera livets påfrestande.

I det moderna folkhälsovetenskapliga arbetet och inom psykiatrin suddas nu den konstgjorda gränsen mellan arv och psykosocial eller fysisk miljö ut. När det gäller handläggning av självordsprevention behövs ett brett perspektiv som inbegriper studier av psykosociala, biologiska och fysiska samt kulturella miljöfaktorer för att man rätt skall förstå de suicidala beteendena.

REFERENSER

1. Wasserman D. Depression - en vanlig sjukdom. Symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter. Stockholm, Natur och Kultur, andra tryckningen, 1999, 310 sidor.
2. Montgomery SA, Dunner DL, Dunbar, GC. Reduction of suicidal thoughts with paroxetine in comparison with reference antidepressants and placebo, Eur neuropsychopharmacol 1995, 5:5-13.
6. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder J Clin Psychiatry 199, 60 Suppl 2:57-62.

Fullständig referenslista kan fås av författaren