

Skýrsla nefndar um könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga á Íslandi

KÖNNUN Á TÍÐNI OG ORSÖKUM SJÁLFSVÍGA Á ÍSLANDI OG TILLÖGUR TIL ÚRBÓTA



*Unnið samkvæmt þingsályktun um könnun
á tíðni og orsökum sjálfsvíga (1992).
Alþingi 115. löggjafarþing, 67. mál, þskj.
885.*

Október
1996

ISBN: 9979-54-145-8
Umsjón & umbrot: Háskólaútgáfan
Prentun: Gutenberg–Steindórsprent hf.

Formáli

Hinn 9. maí 1992 var samþykkt á Alþingi svohljóðandi þingsályktun um könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga: „Alþingi ályktar að fela ríkisstjórninni að skipa nefnd til að kanna tíðni og orsakir sjálfsvíga á Íslandi. Leiti nefndin jafnframt leiða til að snúa við þeirri ógnvekjandi þróun sem skýrslur sýna að nú á sér stað. Nefndin verði skipuð aðilum úr þeim stéttum er sérfróðar geta talist í þessum og skyldum efnum.“

Flutningsmaður þingsályktunartillögunnar var Hjálmar Jónsson, alþingismaður en meðflutningsmenn voru þingmenn úr öllum flokkum. Í greinargerð með tillögunni er vakin athygli á fjölgun sjálfsvíga, sérstaklega meðal ungs fólks, og því að kanna þurfi hvort eitthvað skorti á í heilbrigðiskerfi, menntakerfi og félagsþjónustu til að bregðast við þeim vanda.

Í samræmi við þingsályktunina um að gerð yrði könnun skipaði þáverandi menntamálaráðherra Ólafur G. Einarsson nefnd til að kanna tíðni og orsakir sjálfsvíga á Íslandi og leita leiða til úrbóta, í febrúar árið 1993.

Í nefndinni áttu sæti:

Guðrúnur Sigurðardóttir ráðuneytisstjóri, formaður

Axel Eiríksson úrsmiður, frá samtökunum „Aðeins eitt líf“.

Elísabet Berta Bjarnadóttir félagsráðgjafi, Barnaverndarstofu

Kristín Magnúsdóttir þjóðfélagsfræðingur og framhaldsskólakennari

Pétur Pétursson prófessor, Háskóla Íslands

Sigmundur Sigfússon geðlæknir, Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri

Valgerður Baldursdóttir, barna- og unglingageðlæknir, Landspítala

Wilhelm Norðfjörð sálfræðingur, Heilsugæslustöð Seltjarnarness

Þóroddur Bjarnason félagsfræðingur var ritari nefndarinnar þar til í febrúar 1994, en þá tók Arnór Guðmundsson deildarsérfræðingur í menntamálaráðuneyti við starfi hans. Nefndin kallaði fjölmarga sérfræðinga úr ýmsum starfsstéttum sem tengjast málefninu á sinn fund. Sumarið 1994 gekkst nefndin fyrir könnun meðal yfirlækna og hjúkrunarforstjóra á heilsugæslustöðvum og sjúkrahúsum í samvinnu við landlæknisembættið og eru helstu niðurstöður þeirrar könnunar birtar í skýrslu nefndarinnar. Þá fjall-

aði nefndin ítarlega um breytingar á tíðni sjálfsvíga, sjálfsvígshugleiðinga og sjálfsvígstilrauna á Íslandi og gerði samanburð við önnur lönd. Skýrt er frá ýmsum áhættuþáttum sjálfsvíga og greint frá hugsanlegum úrræðum. Í upphafi skýrslunnar er samantekt á nokkrum niðurstöðum og tillögum nefndarinnar.

Efnisyfirlit

Formáli	1
1. Samantekt á nokkrum niðurstöðum nefndarinnar og tillögum	7
2. Inngangur	14
2.1. Sjálfsvígsatferli	14
2.2. Áhættuþættir sjálfsvíga	14
2.3. Sjálfsvígstilraunir og sjálfsvíg	16
2.4. Fyrirbyggjandi aðgerðir	17
2.5. Kaflaskipan	19
3. Tíðni sjálfsvíga og sjálfsvígstilrauna	20
3.1. Tíðni sjálfsvíga hér á landi	20
3.1.1. Hugsanleg áhrif skráningar á sjálfsvígstíðni	22
3.2. Tíðni sjálfsvígstilrauna	25
3.2.1. Skráning sjálfsvígstilrauna	29
3.3. Alþjóðlegur samanburður	30
3.4. Aðferðir við sjálfsvíg	33
4. Áhættuþættir sjálfsvíga	35
4.1. Geðrænir og sálrænir áhættuþættir	35
4.1.1. Þunglyndi	35
4.1.2. Persónuleikaafbrigði	36
4.1.3. Kvíðaröskun	37
4.1.4. Geðklofi	37
4.2. Lífeðlisfræðilegir áhættuþættir	38
4.2.1. Lág serótónínframleiðsla	38
4.2.2. Hár kortisól útskilnaður	39
4.2.3. Erfðir	39
4.2.4. Líkamlegir sjúkdómar	39
4.3. Áfengis- og fíkniefnanotkun	39
4.4. Fyrri sjálfsvígstilraun sem áhættuþáttur	41
4.5. Sálrænir áhrifaþættir	42
4.6. Félagslegir áhrifaþættir	43
4.6.1. Félagslegir áhættuþættir og sjálfsvíg	45
4.6.2. Sjálfsvíg og fjölskyldan	46
4.6.3. Sjálfsvíg og hjúskaparstaða	47
4.6.4. Sjálfsvíg, atvinnuleysi og atvinnubreytingar	47
4.6.5. Sjálfsvíg hjá ákveðnum starfshópum	48

4.6.6. Félagslegir áhættuþættir og sjálfsvígstilraunir meðal unglunga	49
5. Úrræði	51
5.1. Forvarnir og meðferð	51
5.1.1. Fræðsla um þunglyndi.....	52
5.1.2. Lyfjameðferð við þunglyndi	54
5.1.3. Áfengis- og fíkniefnameðferð og varnir	54
5.1.4. Fjölskyldumeðferð.....	56
5.1.5. Meðferð á barna- og unglingageðdeild	57
5.2. Eftirfylgd með þeim sem gert hafa sjálfsvígstilraun.....	57
5.3. Fræðsla fyrir fagfólk.....	59
5.4. Aðstandendur þeirra sem svipta sig lífi	59
5.5. Skólar og varnir gegn sjálfsvígum	60
5.5.1. Forvarnir og eftirfylgd með sjálfsvígum í skólum..	61
5.5.2. Forvarnir meðal áhættuhópa í skólum.....	63
5.5.3. Námsráðgjöf	64
5.5.4. Námsfni.....	64
5.6. Íþróttaiðkun og félagsstarf unglunga	65
5.7. Félagsstarf íslenskra ungmenna.....	65
5.8. Almenn heilsuefling	66
5.9. Fjölskyldan og vinahópurinn	67
5.10. Kirkjan	69
5.11. Rauðakrosshúsið.....	70
5.12. Lögreglan	70
5.13. Félagsmálastofnanir sveitarfélaga	71
5.14. Barnaverndarstofa.....	71
5.15. Aðstoð við aldraða	72
5.16. Takmörkun aðgengis að banvænum efnum og vopnum .	73
6. Umræða um tillögur til úrbóta.....	75
6.1. Inngangur	75
6.2. Almennar fyrirbyggjandi aðgerðir	75
6.3. Forvarnir í skólum og félagsmál.....	76
6.4. Úrræði innan heilbrigðiskerfisins.....	77
6.5. Framkvæmd áætlunar til fimm ára í vörnum gegn sjálfsvígum.....	78
Heimildaskrá	79

1. Samantekt á nokkrum niðurstöðum nefndarinnar og tillögum

- 1 Hér á landi hefur orðið fjölgun á sjálfsvígum hjá ungum karlmönnum á aldrinum 15-24 ára ef litið er til undanfarinna áratuga. Samkvæmt gögnum Hagstofu Íslands voru 106 dauðsföll karla í þessum aldurs-
hópi á árunum 1990-1994. Af þeim voru 51 vegna slysa, 37 vegna sjálfsvíga og 18 vegna sjúkdóma. Af 37 sjálfsvígum á þessu fimm ára tímabili voru 23 sjálfsvíg á árunum 1990-1991 en 14 tilvik dreifðust nokkuð jafnt á hin þrjú árin. Á sama tímabili létust 24 konur á aldrinum 15-24 ára. Af þeim létust þrjár vegna sjálfsvígs. Af þessu sést að hér er um mikinn kynjamun að ræða bæði hvað varðar heildarfjölda dauðsfalla og orsakir þeirra.
- 2 Sjálfsvíg eru önnur algengasta dánarorsök ungra karlmanna á aldrinum 15-24 ára hér á landi á þessu árabili eins og sjá má á þessum tölum. Þessar tölur sýna einnig sveiflur í tíðni sjálfsvíga, en engar skýringar hafa fundist á reglubundnum sveiflum, sem hafa verið í tíðni sjálfsvíga hér á landi.
- 3 Fjölgun sjálfsvíga meðal ungs fólks hefur einnig átt sér stað víðast hvar á Vesturlöndum. Það varð til þess að Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin skoraði á þjóðir Evrópu að bregðast markvisst við þessum vanda svo að draga mætti úr tíðni sjálfsvíga hjá ungu fólki. Í kjölfar þess hófust viðamiklar rannsóknir á sjálfsvígum og sjálfsvígstilraunum víða í Evrópu.
- 4 Á Íslandi hefur einnig orðið aukning á sjálfsvígum meðal kvenna á aldrinum 55-64 ára á síðari árum. Engar viðhlítandi skýringar eru á því hvers vegna svo er.
- 5 Á árunum 1950-1994 hefur tíðni skráðra sjálfsvíga miðað við 100 þúsund íbúa aukist hér á landi. Þegar á heildina er litið eru skráð dauðsföll vegna sjálfsvíga fjórðungi fleiri en dauðsföll af völdum umferðarslysa. Samkvæmt gögnum Hagstofu Íslands voru skráð 324 sjálfsvíg á árunum 1981-1990, en á sama tíma létust 247 af völdum umferðarslysa. Af dauðsföllum karla voru á þessu tímabili 2,8% vegna sjálfsvíga og 1% allra dauðsfalla kvenna. Á árunum 1950-

1990 voru skráð sjálfsvíg hér á landi 914 eða að meðaltali 23 sjálfsvíg á ári.

- 6 Tíðni skráðra sjálfsvíga á Íslandi er svipuð og í mörgum öðrum vest-rænum löndum, en í samanburði við önnur ríki Norðurlandanna hefur tíðni sjálfsvíga þó verið lægst á Íslandi.
- 7 Þeir sem hafa gert sjálfsvígstílaun eru mun líklegri til að láta lífið síð-ar af völdum sjálfsvígs en aðrir.
- 8 Ef niðurstöður norskra rannsókna á skráningu sjálfsvígstílauna eru heimfærðar á Ísland má ætla að miðað við mannfjölda séu sjálfsvígstí-launir hér á landi um 450 á ári, en tíðni sjálfsvíga í Noregi er svipuð og á Íslandi. Er þá miðað við fjölda tilvika sem koma inn á sjúkra-stofnanir. Samkvæmt tölvuskrám sjúkrahúsa voru hins vegar skráðar sjálfsvígstílaunir hér á landi á síðasta ári 210. Af þessu má ráða að skráningu sjálfsvígstílauna sé ábótavant.
- 9 Könnun sem nefnd um tíðni og orsakir sjálfsvíga efndi til meðal stjórn-enda á sjúkrahúsinum hér á landi leiddi í ljós að skráningu sjálfs-vígstílauna er víða ábótavant. Um 15% stjórnenda telja að sjálfsvígs-tílaunir, þar sem einstaklingar hafa staðfest að um sjálfsvígstílaunir hafi verið að ræða, séu aldrei skráðar. Þá telja 20% stjórnenda að það eigi einnig við um óstaðfestar sjálfsvígstílaunir. Um 38% telja að alltaf eða oft komi fyrir að óstaðfestar sjálfsvígstílaunir séu ekki skráðar.
- 10 Í könnuninni kom einnig í ljós að nokkuð virðist skorta að þeir sem gert hafa sjálfsvígstílaunir og koma til meðferðar á sjúkrahúsinum fái viðeigandi meðferð eða aðra eftirfylgd eftir útskrift. Telja 40% svar-enda að tveir þriðju sjúklinga eða fleiri fái meðferð eða aðra eftirfylgd eftir útskrift. Fyrst og fremst virðist vera vísað á geðlæknismeðferð, en lítið er um að þessu fólki sé vísað til sálfræðinga, heimilislækna, fél-agsráðgjafa eða annarra aðila eftir því sem við á. Tiltölulega fáum virð-ist vera vísað í áfengismeðferð þrátt fyrir að talið sé að 30-50% þeirra sem gera sjálfsvígstílaun eigi við áfengisvandamál að stríða.
- 11 Í könnun sem Rannsóknastofnun uppeldis- og menntamála gerði árið 1992 í 9. og 10. bekk grunnskóla, eða meðal 14-16 ára unglinga á öllu landinu, kom í ljós að 6,1% þeirra sögðust einhvern tímann hafa gert sjálfsvígstílaun og 3,6% þeirra sögðust hafa gert sjálfsvígstílaun á síðustu tólf mánuðum áður en könnunin var gerð.

- 12 Ungt fólk virðist fremur velta fyrir sér sjálfsvígi en eldra fólk ef lítið er á niðurstöður athugana hér á landi. Í rannsókn Rannsóknastofnunar uppeldis- og menntamála frá árinu 1992 kemur fram að um 23% pilta og 38% stúlkna á aldrinum 15-16 ára sögðust einhvern tímann hafa hugleitt sjálfsvíg. Í annarri íslenskri rannsókn sem náði einnig til annarra aldurshópa kemur fram að einungis tæplega 7% fólks á aldrinum 55-57 ára sagðist hafa hugleitt sjálfsvíg einhvern tímann á ævinni.
- 13 Orsakir sjálfsvígs eru flókið samspil geðrænna, sálrænna, lífeðlisfræði- og félagslegra þátta. Þannig verða beinar orsakir sjálfsvígs ekki raktar en unnt er að greina áhættuþætti og atferli sem stuðlað getur að því að einstaklingur fremur sjálfsvíg.
- 14 Þættir sem hafa afgerandi tengsl við sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir eru þunglyndi, misnotkun áfengis og fíkniefna, tilfinningaleg vandamál, vonleysi, bjargarleysi, félagsleg sefjun og slæm eða lítil tengsl ungs fólks við foreldra sína og jafnaðra svo að dæmi séu tekin. Þjóðfélagsbreytingar, breytingar á stöðu kynjanna og atvinnubreytingar tengjast einnig sjálfsvígum.
- 15 Aðstandendur þeirra sem svipta sig lífi geta gegnt mikilvægu hlutverki við varnir gegn sjálfsvígum. Athuganir hafa sýnt að vel útfærð meðferðaráætlun í tengslum við sorgarvinnu hjá ástvinum getur verið árangursrík þar eð svo virðist sem sjálfsvíg í vinahópi eða fjölskyldu geti ýtt undir sjálfsvígshugleiðingar eða sjálfsvíg hjá öðrum.

Helstu tillögur nefndarinnar um leiðir til úrbóta:

I Almennar forvarnir

- Mikilvægt er að nálgast sjálfsvígsvandann með því að leggja áherslu á almenna heilsueflingu, sem stuðlar að betri líðan einstaklinga, bættum fjölskyldu- og jafningjatengslum og heilbrigðari lífsháttum.
- Varnir gegn sjálfsvígum þurfa að haldast í hendur við forvarnir gegn fíkniefna- og áfengisneyslu, þar sem skýr tengsl eru á milli þeirra þátta og sjálfsvíga.
- Leggja þarf áherslu á fræðslu sem lýtur að því að auka vitund fólks um áhættuhegðun unglunga sem gæti leitt til sjálfsvígs.

II Úrræði innan heilbrigðis- og félagsmálakerfis

- Bregðast þarf við þeirri alvarlegu staðreynd að ungt fólk sviptir sig lífi í auknum mæli sérstaklega ungir karlmenn á aldrinum 15-24 ára.
- Mikilvægt er, að allar sjálfsvígstilraunir séu teknar alvarlega og því fólki sem gerir sjálfsvígstilraun sé veitt viðeigandi aðstoð innan heilbrigðis- og félagsmálakerfis.
- Bæta þarf skráningu sjálfsvígstilrauna innan heilbrigðisstofnana, þar sem bætt skráning er grundvöllur markvissrar eftirfylgðar og meðferðar þeirra sem eru í sjálfsvígshættu.
- Lagt er til að Ísland gerist nú þegar aðili að rannsókn Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar á sjálfsvígstilraunum í löndum Evrópu. Sú rannsókn hefur þegar skilað miklum árangri í skráningu sjálfsvígstilrauna og leitt til markvissari viðbragða í mörgum löndum þar sem hún hefur verið gerð. Þátttaka í rannsókninni hefði tvímælalaust gildi hér á landi, í ljósi þess að þeir einstaklingar sem gert hafa sjálfsvígstilraunir eru í mikilli sjálfsvígshættu.
- Auka þarf fræðslu fyrir heilbrigðisstarfsfólk um þunglyndi og aðra áhættuþætti sjálfsvíga.
- Nauðsynlegt er að bæta greiningu og meðferð á þunglyndi. Taka þarf aukið tillit til sjálfsvígshættu við áfengis- og fíkniefnameðferð, þar sem þunglyndi og áfengisneysla eru þeir þættir sem hafa sterkust tengsl við sjálfsvíg.

- Koma þarf á samstarfi geðlækna, heimilislækna, starfsfólks heilsugæslustöðva, Barnaverndarstofu, presta, námsráðgjafa og annars fagfólks um fræðslu, greiningu og ráðgjöf um þunglyndi og aðra áhættuþætti sjálfsvíga.
- Mikilvægt er að á heilsugæslustöðvum og sjúkrahúsum séu tengiliðir við aðila sem hafa samskipti við einstaklinga í sjálfsvígshættu.
- Aðstoð við aðstandendur þeirra sem framið hafa sjálfsvíg verði tryggð þegar tilkynnt er um sjálfsvíg. Þannig verði séð til þess að kvaddur sé til hæfur einstaklingur með þekkingu á áfallahjálpi sem ræði við aðstandendur innan sólarhrings frá því að atburðurinn á sér stað. Hér gegna heimilislæknar, sóknarprestar og lögregla mikilvægu hlutverki ásamt öðrum fagaðilum. Nauðsynlegt er og að tryggja að ættingjar njóti daglegrar tilsjónar eftir áfallið ef um er að ræða nána ættingja.

III Úrræði innan skólakerfisins

- Mikilvægt er að bæta úrræði innan skólakerfisins fyrir nemendur sem þurfa á aðstoð eða stuðningi að halda vegna persónulegra eða félagslegra vandamála. Leggja þarf sérstaka áherslu á að 15-24 ára gamalt fólk fái slíkan stuðning.
- Áætlun um forvarnir í skólum þarf að taka mið af almennri heilsueflingu, sambærilegu því sem gert er í „evrópsku neti heilsueflandi skóla“ sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur unnið að.
- Markviss fræðsla og almennt forvarnarstarf í skólum getur haft mikið að segja í vörnum gegn sjálfsvígum. Áhersla verði því lögð á aukna fræðslu meðal nemenda og foreldra þeirra, kennara, námsráðgjafa og annars starfsfólks skóla um áhættuþætti sjálfsvíga.
- Skipulögð verði viðbrögð við áföllum sem upp kunna að koma t.d. með sérstöku áfallateymi í skólum sem tekur til starfa við sjálfsvíg eða annað dauðsfall innan skóla. Slíkt teymi er þegar starfandi við ýmsa skóla hér á landi.
- Lögð verði áhersla á að greina áhættuhegðun barna og unglinga í skólum og veita þeim aðstoð sem í vanda eru staddir. Mikilvægt er að starfsfólk skóla sé í stakk búíð til að koma auga á og liðsinna nemendum sem eiga í erfiðleikum.

- Tryggja þarf að námsráðgjafar og annað starfsfólk skóla eigi greiðan aðgang að fagfólki innan heilbrigðis- og félagsmálakerfisins til þess að veita nemendum viðeigandi aðstoð.

IV Samhæfing aðgerða

- Samhæfa þarf starfsemi sem fram fer á mörgum sviðum og stofnunum samfélagsins gegn sjálfsvígum svo taka megí í tíma á vandamálum sem falið geta í sér sjálfsvígshættu. Reynsla annarra þjóða hefur sýnt að skipulegar aðgerðir sem beinast að áhættuhópum séu vænlegastar til árangurs í sjálfsvígsvörnum. Hér á Íslandi er áriðandi að bregðast við fjölda sjálfsvíga ungra karla á aldrinum 15-24 ára.
- Áhersla er lögð á að borgarhverfi og smærri sveitarfélög séu ákjósanlegur vettvangur til að samhæfa forvarnarstarf innan skóla, íþrótt- og tómstundastarfsemi, þjónustu félagsmálastofnana, heilsugæslustöðva, starf lögreglu og kirkju.
- Samhæfing starfsemi sem lýtur að vörnum gegn sjálfsvígum er í samræmi við ábendingar sem fram koma í ársskýrslu umboðsmanns barna fyrir árið 1995 (Umboðsmaður barna, 1996), þar sem lögð er rík áhersla á samvinnu og samráð allra þeirra sem koma að málefnum barna.
- Komið verði á fót teymi sérfræðinga í tilraunaskyni til tveggja ára, sem samhæfi skráningu, meðferð og eftirfylgd með ungu fólki, sem gert hefur sjálfsvígstilraun eða er metið í sjálfsvígshættu. Slíkt teymi verði staðsett á heilbrigðisstofnun, t.d. á barna- og unglingageðdeild Landspítalans. Teymið miði starf sitt sérstaklega við ungt fólk fram til 25 ára aldurs, í ljósi þess að mikil aukning hefur verið á sjálfsvígum í þessum aldurshópi. Að tveimur árum liðnum verði lagt mat á hvernig til hefur tekist og ákvarðanir teknar um framhald þess starfs að því loknu.
- Komið verði á fót öðru teymi sérfræðinga sem vinni að því að skipuleggja forvarnarstarf í skólum. Greining og viðbrögð við áhættuhegðun innan skóla verði efld og beinn stuðningur sérfræðinga við nemendur og kennara innan skólans aukinn. Lögð verði áhersla á að koma á tengslum milli starfsfólks skóla-, heilbrigðis- og félagsmálakerfis og annarra aðila eftir því sem við á.

V Framkvæmdastjórn

- Stofnuð verði framkvæmdastjórn sem samhæfi og fylgi eftir vörnum

gegn sjálfsvígum. Stjórnin verði skipuð fulltrúum heilbrigðisráðherra, félagsmálaráðherra, menntamálaráðherra og dóms- og kirkjumálaráðherra.

- Framkvæmdastjórnin vinni samkvæmt áætlun til fimm ára um forvarnir gegn sjálfsvígum og taki sú áætlun mið af tillögum nefndar um tíðni og orsakir sjálfsvíga. Framkvæmdastjórnin hafi einn til tvo starfsmenn til að framfylgja áætluninni og komi m.a. á laggirnar þeim teymum sérfræðinga til forvarnar- og meðferðarstarfs, sem nefndin leggur til að verði skipulögð.
- Lögð er áhersla á að tekið verði mið af reynslu þeirra þjóða sem náð hafa árangri í sjálfsvígsvörnum. Í ljósi þess er lagt til að fjögurra manna hópur sérfræðinga verði framkvæmdastjórninni til faglegrar ráðgjafar þegar þurfa þykir. Af þeim verði tveir erlendir sérfræðingar sem þekkingu og reynslu hafa af vörnum gegn sjálfsvígum í sínu heimalandi. Lagt verði mat á árangur að tveimur árum liðnum og ákvarðanir teknar um framhald að því loknu.

2. Inngangur

2.1. *Sjálfsvígsatferli*

Í viðleitni sinni til þess að skilja hvað veldur því að fólk sviptir sig lífi hafa fræðimenn leitast við að skilgreina aðdraganda sjálfsvígs og orsakir. Orsakir sjálfsvíga eru mjög flóknar og í raun fæst aldrei full vitneskja um það hvers vegna tiltekinn einstaklingur fremur sjálfsvíg. Oft má þó greina aðdraganda sjálfsvígs sem ákveðið sjálfsvígsferli.

Sjálfsvígsferli

Félagsleg,

sálræn, → sjálfsvígshugleiðingar → sjálfsvígstilraun → sjálfsvíg líkamleg vanlíðan

Sjálfsvígsatferli er talið ná yfir hugsanir einstaklingsins um að lífið sé ekki þess virði að lifa því, þrá hans eftir að því að deyja, áætlanir um að stytta sér aldur og tilraunir í því skyni, og að lokum sjálfsvíg. Sjálfsvígsatferli er síðan hægt að skipta í *beina* sjálfsvígshegðun og *óbeina*. Sjálfsvígstilraunir og sjálfsvíg teljast til beinnar sjálfsvígshegðunar en óbein sjálfsvígshegðun getur verið margs konar, svo sem glannaskapur í umferð, ofdrykkja, alvarleg vanræksla á heilsu, stórreykingar, hungurverkfall og fleira.

Með því að líta á sjálfsvíg í viðum skilningi sem þátt í sjálfsvígsatferli er betur unnt að greina hvar hægt er að grípa til aðgerða til þess að draga úr sjálfsvígum. Af niðurstöðum rannsókna má sjá að ákveðnir þættir auka líkur á sjálfsvígsatferli og sjálfsvígum, bæði hjá einstaklingum og samfélagshópum. Þannig kemur í ljós að geðtruflanir, skapgerðareinkenni og lífeðlisfræðilegir þættir geta haft áhrif á sjálfsvígslíkur. Þá hafa félagslegar aðstæður og þjóðfélagsbreytingar einnig áhrif á sjálfsvígsatferli.

2.2. *Ábættuþættir sjálfsvíga*

Flókið samspil einstaklings og samfélagsbundinna þátta liggur að baki sjálfsvígsatferli. Miklar samfélagsbreytingar á tiltölulega skömmum tíma eru m.a. taldar hafa áhrif á að tíðni sjálfsvíga eykst hjá ungu fólki, en líf

ungs fólks hefur tekið gífurlegum breytingum á fáum árum. Skólaganga hefur lengst svo um munar hjá stærstum hluta ungs fólks. Á þessu tímabili eru flest ungmennin í tiltölulega litlum tengslum við líf foreldra sinna. Tengsl þeirra við atvinnulífið eru einnig takmörkuð og þar af leiðandi er það sem tekur við hjá þeim í framtíðinni óljóst. Í skilningsleit sinni á sjálfum sér og umhverfinu gera hin miklu skil sem eru milli lífs unglinganna og hinna fullorðnu unga fólkinu á ýmsan hátt erfitt fyrir.

Komið hefur í ljós að sjálfsvígum ungra karla hefur fjölgað mikið hér á landi. Sú fjölgun hefur vakið óhug og leitað er skýringa. Margir hafa tilhneigingu til að skýra sjálfsvíg ungmenna sem ómeðvitaðan, óviljandi, örökréttan og hvatvísan verknað. Þau eru skýrð þannig að í raun hafi ungmennin ekki ætlað að svipta sig lífi, ekki vitað hvað þau væru að gera eða hafi framkvæmt verknaðinn í stundaruppnámi, svo að dæmi séu tekin. Slík afstaða til sjálfsvíga ungmenna getur tengst því hversu erfitt er að horfast í augu við það að ungt fólk, á blómaskeiði lífs síns, tekur ákvörðun um að stytta sér aldur. Flestir hafa sennilega tilhneigingu til að afneita þeirri staðreynd í lengstu lög. Mikilvægt er hinsvegar að víkja frá slíkum viðhorfum og horfa raunsætt á sjálfsvíg ungmenna og ástæður þeirra. Vandamál unglinga í nútímaþjóðfélagi eru margvísleg og ekki er hægt að horfa fram hjá þeim félagslegu og andlegu aðstæðum sem verða til þess að unglingum virðist sjálfsvíg vera eina lausnin. Í slíkum skilningi felst jafnframt það jákvæða viðhorf að unnt sé að breyta því ástandi sem stuðlar að sjálfsvígs-atferli. Nauðsynlegt er að þjóðfélagið axli þá ábyrgð að koma í veg fyrir að ungmenni svipti sig lífi og að ekki sé litið á sjálfsvíg sem óviðráðanlegt vandamál.

Sem dæmi um þau vandamál sem unglingar eiga við að etja má benda á niðurstöður könnunar geðlæknanna Valgerðar Baldursdóttur og Tómasar Helgasonar (1994) á gögnum úr sjúkraskrár fyrstu 100 sjúklinganna á unglingageðdeild barna- og unglingageðdeildar Landspítalans. Þar kom fram að þau vandamál, sem unglingarnir áttu við að etja, voru yfirleitt flókin og erfitt er að skilgreina eina meginástæðu fyrir innlögn. Um helmingur sjúklinga var með alvarlegar hegðunartruflanir, sem komu oftast fram í ýmiss konar hömluleysi hjá þeim yngri og vímuefnavanda, útigangi og lausung hjá þeim eldri. Þunglyndi var algeng orsök innlagnar en fleiri tilfinningatruflanir, svo sem kvíði, margvíslegir aðlögunarerfiðleikar ásamt sjálfsvígshegðun voru oft einnig til staðar. Stúlkur höfðu oftart gert sjálfsvígstilraunir og hugleitt sjálfsvíg en piltar sýndu oftart ofbeldishegðun. Um 48% unglinganna höfðu búið við verulegt ósætti eða skilnað foreldra, 41%

höfðu átt í alvarlegum samskiptaörðugleikum við foreldra, um 31% unglinga áttu foreldra sem höfðu átt við vímuefnavanda að stríða og 28% áttu foreldra sem þjáðust af einhvers konar geðtruflunum. Tæpur helmingur unglinganna stóð sig illa í námi og slæm tengsl þeirra við jafnaldra og fullorðna voru áberandi. Tveir þriðju hlutar unglinganna voru í litlum tengslum við jafnaldra sína og meirihluti þeirra sem voru í einhverjum tengslum voru í slæmum félagskap. Geðslags- og kvíðatruflanir voru sam-
anlagt marktækt algengari hjá stúlkum, en persónuleika- og hegðunar-
truflanir algengari hjá piltum.

Hjá öldruðum, eins og hjá yngra fólki, eru þunglyndi, áfengissýki og aðrir geðsjúkdómar áhættuþættir hvað varðar sjálfsvíg. Samfélagslegar aðstæður aldraðra eru starfslok, minni tekjur, heilsubrestur, makamissir og jafnvel missir heimilis. Ýmsir hafa bent á að neikvæð viðhorf til aldraðra á Vestur-
löndum geti valdið depurð, þar sem æskudýrkun í nútímamenningu sé svo ríkjandi að ekki sé borin tilhlýðileg virðing fyrir öldruðum (Stokes, 1992).

Minna er vitað um sjálfsvíg fólks á miðjum aldri en sjálfsvíg ungs fólks og aldraðra (Maris, 1995). Hjá þessum hópi er þó talið að meira búi að baki en sú sálræna kreppa sem nefnd hefur verið miðaldurskreppa. Makamissir, skilnaður, breytingar á félagslegu hlutverki, ofneysla áfengis, þunglyndi, atvinnuleysi og minni starfsgeta eru taldir hugsanlegir áhættuþættir.

2.3. Sjálfsvígstilraunir og sjálfsvíg

Sjálfsvígshegðun og sjálfsvíg kosta þjóðina mörg mannlíf á ári. Þær þjáningar sem hvert sjálfsvíg veldur ættingjum og öllum þeim sem því tengjast eru djúpstæðar. Það ríður því á að leitað sé allra leiða til að koma í veg fyrir að einstaklingur álíti sjálfsvíg eina úrræðið í vanmætti sínum. Þeir einstaklingar sem telja má í mestri sjálfsvígshættu eru þeir sem gert hafa tilraun til sjálfsvígs. Rannsóknir hafa sýnt að 10% þeirra sem gert hafa sjálfsvígstilraun fremja sjálfsvíg síðar og einnig að flestir gera það á fyrstu árunum eftir tilraunina. Þannig er það afar mikilvægt að markvisst sé brugðist við sjálfsvígstilraunum (Jóhanna M. Sigurjónsdóttir o.fl., 1993; Nilsen, Wang og Bille-Brahe, 1990).

Í ljósi þess að sterk tengsl eru á milli sjálfsvígstilrauna og sjálfsvíga hefur Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) lagt sérstaka áherslu á að í forvarnarskyni sé markvisst brugðist við sjálfsvígstilraunum. Hefur stofnunin

beitt sér fyrir átaki til að bæta skráningu og meðferð þeirra sem gert hafa tilraun til sjálfsvígs. Þau lönd sem hafa tekið þátt í rannsókn sem stofnunin stóð fyrir í Evrópu hafa þegar náð miklum árangri í bættri skráningu og meðferð þeirra sem gert hafa sjálfsvígstilraun. Brýnt er því að Ísland hefji þátttöku í þessari rannsókn.

2.4. Fyrirbyggjandi aðgerðir

Vörnum gegn sjálfsvígum má skipta í þrjú stig frá almennum til sértækra aðgerða. Fyrsta stig nær yfir almennar fyrirbyggjandi aðgerðir, annað stig yfir viðbrögð við sjálfsvígshættu og á þriðja stigi beinast aðgerðir að meðferð þeirra sem gert hafa sjálfsvígstilraunir, eftirfylgd og aðstoð við aðstandendur.

Almennar forvarnir gegn sjálfsvígum beinast að því að fyrirbyggja það sálræna, líkamlega og félagslega ástand sem er undanfari hugleiðinga um sjálfsvíg. Þar gegna stjórnvöld, svo sem yfirvöld heilbrigðis-, félags-, mennta- og kirkjumála mikilvægu hlutverki. Þá vegur jákvætt hugarfar um mikilvægi hvers einstaklings þungt og nauðsynlegt að almenningur geri sér grein fyrir hversu margir velta sjálfsvígi fyrir sér.

Fram hefur komið í rannsóknnum á vegum Rannsóknastofnunar uppeldis- og menntamála að sjálfsvígshugleiðingar og sjálfsvígstilraunir eru vandamál meðal unglinga. Um þriðjungur nemenda í 9.-10. bekk segjast hafa hugleitt sjálfsvíg og rúmlega 6% segjast hafa gert sjálfsvígstilraun. Leggja þarf áherslu á að ná til þessa hóps áður en vandamálin koma til kasta heilbrigðiskerfisins.

Mikilvægt er að huga að vörnum gegn sjálfsvígsatferli unglinga með almennum aðgerðum sem beinast að því að bæta fjölskyldutengsl og stuðning í nánasta samfélagi einstaklingsins t.d. í skólum þannig að unnt sé að greina atferlið sem fyrst og bregðast við því. Sem dæmi má nefna að í Bandaríkjunum hefur fræðsla um sjálfsvígsatferli meðal kennara og nemenda í skólum verið talin gefa góðan árangur (Ryerson og King, 1985; Ryerson, 1990). Einnig hefur markviss samvinna foreldra, æskulýðsstarfsmanna, skóla og lögreglu um að sporna við hegðun sem leitt getur til sjálfsvígs gefið góða raun svo sem í Svíþjóð. Dæmi sýna að með úrbótum á ólíkum sviðum, á stofnunum og í samfélaginu, má draga úr sjálfsvígum. Mikilvægast er að bæta og samhæfa þá þjónustu sem fyrir hendi er og þurfa slíkar aðgerðir ekki að krefjast mikilla fjárútláta. Viðbrögð við sjálfsvígs-

atferli og áfallahjálp hafa þróast töluvert í skólum landsins á undanförunum misserum.

Ljóst er að til þess að fækka megi sjálfsvígum er nauðsynlegt að þeir mörgu aðilar sem þessum málum tengjast efli þá þætti í starfsemi sinni sem til þess eru fallnir að draga úr sjálfsvígsatferli og komi á samvinnu sín á milli. Mikilvægt er að gera framkvæmdaáætlanir um forvarnarstarf innan heilbrigðis-, félagsmála-, og skólakerfis. Bætt almenn, líkamleg, andleg og félagsleg heilbrigði einstaklinga er líkleg til að draga úr sjálfsvígum.

Auk almennra aðgerða þurfa varnir gegn sjálfsvígum að beinast markvisst að þeim hópum sem eru í sérstakri hættu varðandi sjálfsvíg. Í slíkum áhættuhópum eru þeir sem þjást af þunglyndi, öðrum geðsjúkdómum, langvinnnum sjúkdómum, áfengis- og fíknefnaneytendur, unglingar sem eiga í náms- og samskiptaörðugleikum og síðast en ekki síst þeir sem hafa þegar gert sjálfsvígstilraunir. Í vörnum á þessu sviði er sérstaklega mikilvægt að bæta þekkingu fagfólks sem vinnur með einstaklingum í sjálfsvígshættu. Einna mikilvægast er að bæta greiningu og meðferð þunglyndis, en þar þarf að auka samstarf sérfræðinga og heilsugæslu. Bætt áfengis- og fíkniefnameðferð vegur einnig þungt.

Meðferð þeirra sem gert hafa sjálfsvígtilraunir eða af öðrum orsökum teljast í sjálfsvígshættu snýr að mestu leyti að heilbrigðisstofnunum. Rétt greining, skráning og tilvísun á viðeigandi meðferð skiptir meginmáli varðandi árangur á þessu sviði. Eftirmeðferð lýtur síðan að áframhaldandi stuðningi við þá sem eru í sjálfsvígshættu eða gert hafa sjálfsvígstilraunir, svo og við aðstandendur þeirra. Þar koma mismunandi aðilar að, prestar, sálfræðingar, kennarar, námsráðgjafar, hjúkrunarfólk og félagsráðgjafar svo að dæmi séu tekin.

Fáar kerfisbundnar rannsóknir á sjálfsvígum og sjálfsvígsatferli hafa verið stundaðar hér á landi. Fagna ber íslenskum rannsóknnum sem birtar hafa verið á þessu sviði, en þær eru þó flestar byggðar á úrvinnslu úr gögnum sem fyrir liggja vegna reglubundinnar skráningar. Skortur er á rannsóknnum sem kanna nýjar hliðar á sjálfsvígsatferli, tengja saman ólíka þætti þess og kanna nýjar aðferðir í forvörnum, greiningu, meðferð og eftirmeðferð. Mikilvægt er því að slíkar rannsóknir verði efldar í landinu.

2.5. Kaflaskipan

Í þriðja kafla er fjallað um tíðni sjálfsvíga og sjálfsvígsatferli. Stuðst er við tölur frá Hagstofu Íslands til þess að greina þróun í tíðni sjálfsvíga undanfarna áratugi eftir kyni og aldurshópum. Rannsóknir á sjálfsvígstilraunum eru fremur fáar hér á landi og því er stuðst við rannsóknir annars staðar á Norðurlöndum og leiddar líkur að því hversu algengar slíkar sjálfsvígstilraunir eru á Íslandi. Þá verður greint frá rannsóknum á sjálfsvígshugleiðingum sem gerðar hafa verið hér á landi.

Í fjórða kafla er fjallað um helstu áhættuþætti sjálfsvíga. Þeirri umfjöllun er skipt í nokkra undirkafla, um geðræna og sálræna áhrifaþætti, lífeðlisfræðilega og félagslega þætti. Litið er á sjálfsvíg sem afleiðingu flókins samspils þessara mismunandi þátta.

Í fimmta kafla er fjallað um áhættuþætti og greint frá helstu úrræðum sem þekkt eru. Mikilvægt er að beina vörnum gegn sjálfsvígum að ýmsum sviðum, allt frá almennum aðgerðum í forvarnarskyni sem stuðla að bættri heilbrigði almennings til sértækari aðgerða sem miðast við þá hópa sem eru í sérstakri sjálfsvígshættu og markvissri meðferð þeirra sem gert hafa sjálfsvígstilraunir ásamt eftirfylgd og aðstoð við aðstandendur.

Í lokakafla eru tillögur nefndarinnar til úrbóta dregnar saman.

3. Tíðni sjálfsvíga og sjálfsvígstilrauna

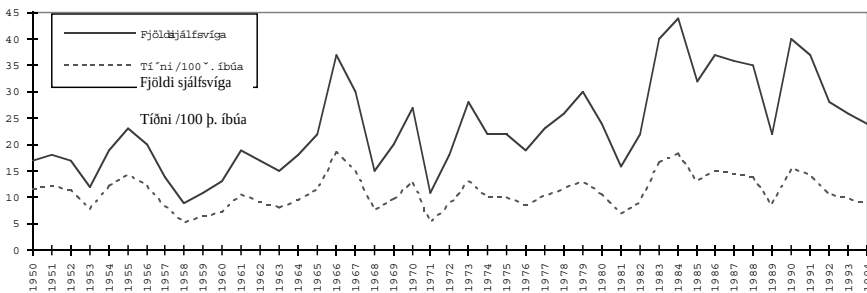
Í þessum kafla verður gerð grein fyrir umfangi sjálfsvíga, sjálfsvígshugleiðinga og sjálfsvígstilrauna hér á landi samkvæmt niðurstöðum rannsókna. Þá verður fjallað um tíðni sjálfsvíga á Íslandi í ljósi alþjóðlegs samanburðar. Byggt verður á niðurstöðum erlendra og íslenskra rannsókna.

3.1. Tíðni sjálfsvíga hér á landi

Í almennri umræðu um sjálfsvíg hér á landi er oft rætt um að fjölgun hafi átt sér stað og vissulega hefur heildarfjöldi sjálfsvíga á Íslandi aukist undanfarna áratugi. Mikinn hluta þeirrar aukningar má þó skýra með fólksfjölgun og breyttri aldurssamsetningu þjóðarinnar. Eftirfarandi mynd sýnir fjölda sjálfsvíga og árlega tíðni þeirra miðað við 100 þúsund íbúa á árunum 1950-1994 samkvæmt gögnum Hagstofu Íslands um látna.

Mynd 3.1.

Fjöldi sjálfsvíga og tíðni miðaða við 100 þús. íbúa, 1950-1994



Myndin sýnir að heildarfjöldi sjálfsvíga hefur aukist með auknum mannfjölda og að tíðni sjálfsvíga miðað við 100 þúsund íbúa jókst sérstaklega á árunum eftir 1980. Hlutfallsleg tíðni sjálfsvíga var há á árunum 1960-1970, lækkaði á árunum 1970-1980, jókst aftur á síðasta áratug en það sem af er þessum áratug hefur heildartíðni sjálfsvíga heldur lækkað.

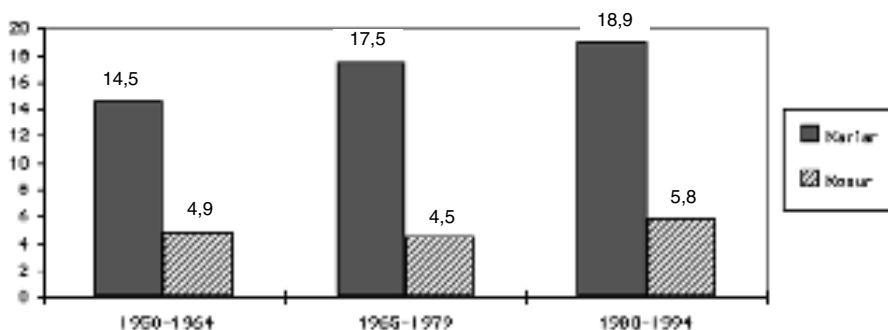
Tíðni sjálfsvíga á Íslandi einkennist af miklum sveiflum og því þarf að fara gætilega í samanburði á milli ára. Hluta af þessum sveiflum má skýra með breytingu á mannfjölda og einnig því að tölfræðilega er tíðni sjálfsvíga það lág að fremur lítil aukning getur kallað fram hlutfallslega mikla sveiflu.

Þó tölfræðilega megi skýra stóran hluta þeirra sveiflna sem verða á tíðni sjálfsvíga hér á landi með breytingum á mannfjölda eða tilviljunum þá er svo ekki að öllu leyti. Svo virðist sem tíðni sjálfsvíga nái hámarki á þriggja til sex ára fresti. Með tölfræðilegri greiningu tímaraða hafa Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson (1994a) komist að þeirri niðurstöðu að sveiflur í sjálfsvígum hér á landi séu ekki tilviljanakenndar heldur fylgi þær ákveðnu mynstri. Ástæða þessa er óþekkt.

Til þess að komast hjá því að sveiflur hafi áhrif á samanburð á milli ára er árabilið 1950-1994 flokkað í þrjú 15 ára tímabil og reiknað meðaltal veginnar sjálfsvígstíðni á þessum þremur tímabilum, eins og sjá má á eftirfarandi mynd (sjá einnig Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson, 1994a).

Mynd 3.2.

Meðaltíðni sjálfsvíga á hverja 100 þús. íbúa
eftir kyni og tímabilum 1950-1994

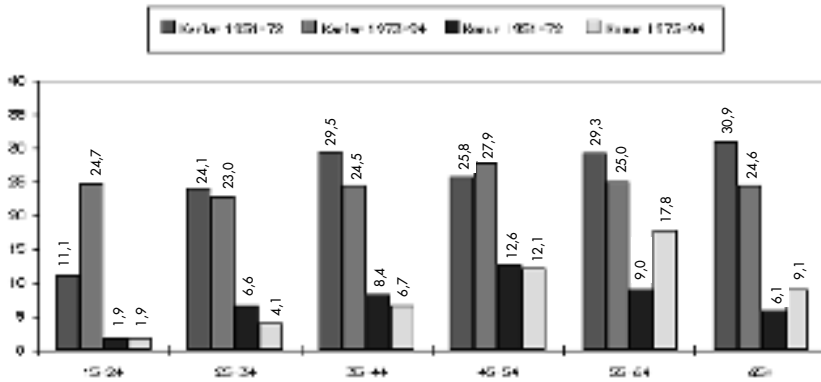


Meðaltíðni sjálfsvíga karla miðað við 100 þúsund íbúa jókst frá árabilinu 1950-1964 til 1965-1979 úr 14,6 í 17,5 eða um 20%. Aukningin milli tímabilanna 1950-1964 og 1980-1994 er um 30%. Þróunin í tíðni sjálfsvíga kvenna miðað við 100 þúsund íbúa er nokkuð önnur en hjá körlum en tíðni meðal kvenna lækkaði á milli árabilanna 1950-1964 og 1965-1979 en jókst aftur milli seinni árabilanna tveggja, 1965-1979 og 1980-1994. Aukningin í veginni tíðni sjálfsvíga kvenna milli fyrsta og síðasta tímabilsins nemur um 20%.

Þróun í tíðni sjálfsvíga hefur verið ólík eftir aldurshópum. Á eftirfarandi mynd er árabilinu 1951-1994 skipt í tvö tímabil, 1951-1972 og 1973-1994, og breytingar á sjálfsvígshlutfalli aldurshópa og kynja milli tímabilanna skoðaðar.

Mynd 3.3.

Meðaltíðni sjálfsvíga á hverja 100 þús. íbúa eftir kyni, aldurshópum og tímabilum 1951-1994



Á myndinni kemur fram að aukning á sjálfsvígum á milli þessara tveggja tímabila er fyrst og fremst hjá körlum á aldrinum 15-24 ára og hjá konum á aldrinum 55-64 ára. Sjálfsvíg meðal karla voru á fyrra tímabilinu algengust í aldursflokknum 65 ára og eldri en á síðara tímabilinu voru sjálfsvíg tíðust í aldursflokknum 45-54 ára. Hjá konum voru sjálfsvíg algengust í aldurshópnum 45-54 ára en 55-64 ára á síðara tímabilinu. Meðal karlmanna hefur sjálfsvígum fjölgað í yngsta aldurshópnum og meðal karla á miðjum aldri en meðal kvenna hefur aukningin verið í eldri aldurshópum. Sé litið sérstaklega til dánarorsaka karlmanna á aldrinum 15-24 ára hér á landi á árunum 1990-1994 kemur fram samkvæmt gögnum Hagstofu Íslands að af 106 dauðsföllum voru 37 vegna sjálfsvíga á þessu fimm ára tímabili. Dauðsföll vegna slysa voru 51 og 18 vegna sjúkdóma. Sjálfsvíg ungra karlmanna er því önnur helsta dánarorsök ungra karla á þessu árabili. Dreifing sjálfsvíga er þó mjög misjöfn eftir árum. Þannig áttu 23 af 37 sjálfsvígum sér stað á tveimur árum þ.e.1990-1991, fjögur árið 1992, fimm árið 1993 og fimm árið 1994. Sé hins vegar litið á dánarorsakir 15-24 ára kvenna á sama tímabili kemur fram mikill kynjamunur. Á þessum fimm árum létust alls 24 konur 15-24 ára. Af þeim létust þrjár vegna sjálfsvíga, 10 vegna slysa og 11 vegna sjúkdóma.

3.1.1. Hugsanleg áhrif skráningar á sjálfsvígstíðni

Í grein í *Læknaþláðinu* benda geðlæknarnir Kristinn Tómasson og Tómas Zoëga (1993) á að heildartölur um voveifleg mannslát meðal karla síðustu árin hafi lækkað, einnig meðal ungra karla, þó að þessi þróun teljist ekki

tölfræðilega marktæk. Þetta gerist þrátt fyrir að sjálfsvígum hafi fjölgað í þessum aldurshópi. Ýja höfundar að því að vanskráningar sjálfsvíga hafi gætt í meira mæli áður fyrr, en bætt skráning sjálfsvíga á síðari árum skýri hluta þeirrar aukningar sem orðið hefur á fjölda sjálfsvíga meðal ungra karlmannna og fækkun banaslysa meðal þeirra.

Við greiningu á tíðni sjálfsvíga er yfirleitt stuðst við opinberar skýrslur um dauðsföll sem byggðar eru á dánarvottorðum. Voveifleg dauðsföll sæta rannsókn að hætti opinberra mála (sbr. 3. mgr. 66. gr. laga nr. 19/1991). Rannsóknarlögregla ríkisins hefur umsjón með skráningu og rannsóknum á sjálfsvígum á höfuðborgarsvæðinu, en skráning á landsbyggðinni er ekki samræmd skráningu rannsóknarlögreglunnar. Staðarlögregla, sem oftast fær fyrstu tilkynningu um dauðsfall, getur gert Rannsóknarlögreglu ríkisins viðvart um voveiflegt andlát og óskað eftir sérstakri rannsókn RLR eða séð sjálf um rannsókn málsins.

Niðurstöður erlendra rannsókna hafa bent til þess að sjálfsvíg séu vanskráð í opinberum skýrslum. Þannig voru í bandarískri rannsókn leiddar líkur að því að einungis helmingur sjálfsvíga í Bandaríkjunum væri skráður í opinberum skýrslum (Jobes and Berman, 1984). Norskir sérfræðingar hafa haldið því fram að bæta megi allt að fjórðungi við opinbera skráningu, vegna þess að sum skráð dauðsföll vegna slysa séu í raun dulin sjálfsvíg (Retterstöl, 1990).

Samkvæmt flokkunarkerfi Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar sem notað er hér á landi eru dauðsföll flokkuð á þennan hátt:

**Alþjóðaflokkun sjúkdóma, áverka, eitrana og dánarmeina
ICD-9 (International Classification of Diseases, Injuries and
Causes of Death)**

1. Eðlilegur dauði (001-779)
2. Eðlilegur dauði, en orsök illa skýrgreind eða orsök óþekkt (780-799)
3. Slys (E800-E949)
4. Sjálfsvíg (E950-E959)
5. Morð, dráp (E960-E969)
6. Lögmaatar aðgerðir, er leiða til áverka (E970-E978)
7. Áverki eða eitrun sem ekki er vitað hvort stafar af slysi eða ásetningi (E980-E989)
8. Áverki af hernaðaraðgerðum (E990-E999)

Ýmis vafaatriði geta komið fram við skráningu dauðsfalla samkvæmt þessari flokkun. Þannig benda Páll Sigurðsson og Guðrún Jónsdóttir (1985) á

að mörg slys, svo sem umferðarslys, hafi hugsanlega verið sjálfsvíg en eru ekki flokkuð svo. Einnig geta einstaka eitranir þar sem um sjálfsvíg er að ræða verið skráðar sem slíkar en ekki sem sjálfsvíg. Á sama hátt geta sjálfsvíg falist í flokkuninni „eðlilegur dauðdagi“ þar sem orsök er illa skilgreind eða óþekkt. Bandarískar rannsóknir hafa t.d. sýnt að banaslysum í umferðinni fjölgar mjög í kjölfar fjölmiðlaumræðu um sjálfsvíg. Á það einkum við um banaslys þar sem ökumenn voru einir í bílnum (Phillips, 1979; Bollen og Phillips, 1981). Sýnir þetta mikilvægi þess að vel sé staðið að rannsókn og skráningu banaslysa í umferðinni með tilliti til þess að hugsanlega sé um sjálfsvíg að ræða. Eftirfarandi tafla úr grein Páls Sigurðssonar og Guðrúnar Jónsdóttur (1985) sýnir dreifingu skráðra dánarorsaka sem hugsanlega tengjast sjálfsvígum á Norðurlöndum.

Tafla 3.1.

Tíðni sjálfsvíga og annarra voveiflegra dauðsfalla á Norðurlöndum, miðað við 100 þúsund íbúa í hverju landi

	Noregur 1978	Finnland 1976	Svíþjóð 1978	Danmörk 1978	Ísland 1976-79
Sjálfsvíg ¹	15,1	32,8	23,8	29,7	10,9
Vafatilvik ²	1,0	3,8	9,1	3,2	3,9
Banaslys ³	8,3	21,1	8,3	4,6	15,5
Óviss ⁴	56,0	1,2	3,1	21,1	2,9
Óþekkt ⁵	9,8	0,9	1,9	20,1	1,5
Samtals	90,2	59,8	46,2	78,7	34,7

Páll Sigurðsson og Guðrún Jónsdóttir, 1985.

1) E950-E959 2) E980-E989 3) Valin tilvik 4) 780-796 5) 798

Í töflunni kemur fram að Ísland sker sig úr ásamt Finnlandi varðandi háa tíðni banaslysa. Í samanburði á tíðni sjálfsvíga á Norðurlöndum eru sjálfsvíg fátíðust á Íslandi og í Noregi, en þar hefur tíðnin að jafnaði verið helmingi lægri en í hinum þremur ríkjum Norðurlandanna. Í grein Páls Sigurðssonar og Guðrúnar Jónsdóttur (1985) er sagt frá könnun hóps norrænna vísindamanna 1978-1983 á hugsanlegri skekkju í skráningu sjálfsvíga á Norðurlöndum og á áhrifum hennar á samanburð milli landanna. Niðurstaða könnunarinnar var sú að mismunur skráðrar tíðni sjálfsvíga í

Danmörku, Finnlandi, Noregi og Svíþjóð sé raunverulegur. Athuganir þeirra Páls og Guðrúnar bentu til sömu niðurstöðu, að því er varðar samannburð við íslenska skráningu, að Ísland hefði í raun verið næstlægst eða lægst í tíðni sjálfsvíga á Norðurlöndunum fimm á tímabilinu 1966-1980.

3.2. Tíðni sjálfsvígstilrauna

Þótt nú sé talið að nokkuð auðvelt sé að bera saman tíðni sjálfsvíga milli landa eftir að skilmerki voru samræmd er ekki sömu sögu að segja um tíðni sjálfsvígstilrauna. Skilgreining á sjálfsvígstilraunum hefur verið á reiki og skráningu víðast hvar mjög ábótavant. Árið 1984 hófst á vegum Evrópu-deildar Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar átak til þess að draga úr fjölda sjálfsvíga. Var það í tengslum við herferðina Heilbrigði fyrir alla árið 2000 og beindist sérstaklega að viðbrögðum við sjálfsvígstilraunum. Heilbrigðisstofnunin hvatti til þess að gerðar yrðu umfangsmiklar rannsóknir í samvinnu margra þjóða til að fá raunhæfa faraldsfræðilega mynd af sjálfsvígum. Einnig skyldi rannsaka hvaða persónulegir og félagslegir þættir í lífi þeirra sem gera sjálfsvígstilraun hafi forspárgildi fyrir sjálfsvíg. Hafa rannsóknir farið fram víða í Evrópu á svæðum þar sem búa um 250 þúsund íbúar, m.a. á fimm stöðum á Norðurlöndum.

Samkvæmt skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar er sjálfsvígstilraun: „Hver sú sjálfskaðandi hegðun eða verknaður sem framkvæmdur er meðvitað eða viljandi og getur valdið eða veldur heilsutjóni og jafnvel dauða“. Þetta nær t.d. yfir þá hegðun að taka inn efni eða lyf í meira magni en ávísað var á eða í meira magni en venjulegir meðferðarskammtar lyfsins. Til frekari glöggvunar er bent á að um sjálfsvígstilraun getur verið að ræða þó að inntekið magn t.d. verkalyfja sé ekki lífshættulegt (Dreifibréf landlæknisembættisins nr. 16/1993).

Rannsóknir sýna að ef bornir eru saman hópar þeirra sem gera sjálfsvígstilraunir og þeirra sem fremja sjálfsvíg koma eftirfarandi þættir í ljós:

- Konur gera frekar sjálfsvígstilraunir en karlmenn fremja frekar sjálfsvíg en konur.
- Sjálfsvígstilraunir eru tiltölulega algengastar hjá ungu fólki (undir 35 ára aldri) og einnig hjá eldra fólki (eldra en 60 ára).
- Við sjálfsvígstilraunir eru almennt notaðar hættuminni aðferðir en við sjálfsvíg.
- Aðstæður við sjálfsvígstilraun eru oftast þess eðlis að ákveðnar líkur eru á

að viðkomandi verði bjargað, en við sjálfsvíg eru sambærilegar aðstæður ólíklegri til að leiða til björgunar.

Þrátt fyrir framangreint ber að hafa allan vara á og fylgja einstaklingum vel eftir sem gert hafa sjálfsvígstilraunir því að ekki er hægt að draga nein örugg mörk milli þeirra einstaklinga og hegðunar þeirra sem eru í „raunverulegri“ sjálfsvígshættu og þeirra sem gera tilraunir sem mismikil alvara virðist vera að baki. Rannsóknir sýna að dánartíðni þeirra sem skaða sjálfa sig á einhvern hátt er mun hærri en almennt gerist og láta 10-14% þeirra lífið í sjálfsvíg sem þýðir að þeir eru meira en hundraðfalt líklegri en aðrir til að fremja sjálfsvíg (Jón G. Stefánsson o.fl. 1994). Líta ber á allar sjálfsvígstilraunir, með aðferðum sem hefðu getað leitt til dauða hvort sem viðkomandi hefur gert sér grein fyrir því eða ekki, sem misheppnað sjálfsvíg.

Tafla 3.2. sýnir skráðar sjálfsvígstilraunir á fimm stöðum á Norðurlöndum árið 1990 en skráning þessi var gerð í tengslum við áðurgreint átak á vegum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar. Hlutfall sjálfsvíga á hverja 100 þúsund íbúa er svipað hér á landi og í Noregi. Því má ætla að tíðni sjálfsvígstilrauna í Suður-Þrændalögum geti gefið vísbendingar um fjölda sjálfsvígstilrauna hér á landi.

Tafla 3.2.

Árleg tíðni sjálfsvígstilrauna einstaklinga 15 ára og eldri miðað við 100 þúsund íbúa á fimm svæðum á Norðurlöndum árið 1990, skipt eftir kyni.

<i>Staður</i>	<i>Karlar</i>	<i>Konur</i>
Óðinsvé	222	250
Helsinki	403	309
Umeå	106	182
Stokkhólmur	183	238
Suður Þrændalög	185	258

Úr: Stiles o.fl., 1993. WHO Multicentre study on Parasuicide.

Árið 1994 voru um 100 þúsund karlar og 101 þúsund konur á Íslandi eldri en 15 ára. Sé miðað við hlutfall sjálfsvígstilrauna í Suður-Þrændalögum er fjöldi sjálfsvígstilrauna hér á landi um 185 á ári meðal karla eldri en 15 ára og 260 meðal kvenna. Alls má því ætla að um 450 sjálfsvígstilraunir kæmu til kasta heilbrigðisstofnana hér á landi á ári hvort sem þær eru skráðar eða meðhöndlaðar sem slíkar eða ekki. Það skal tekið fram að hér er um fjölda

tilvika sem koma til meðferðar á sjúkrahúsum að ræða, en sami einstaklingur getur gert fleiri en eina tilraun til sjálfsvígs á ári. Í töflu 3.3. er miðað við fjölda einstaklinga og þar kemur fram að í Suður-Þrændalögum voru 330 einstaklingar skráðir vegna tilraunar til sjálfsvígs árið 1991.

Að beiðni nefndar um tíðni og orsakir sjálfsvíga aflaði landlæknir gagna um fjölda skráðra tilvika vegna sjálfsvígstilrauna, sem meðhöndluð voru á sjúkrahúsum hér á landi á árinu 1994. Samkvæmt upplýsingum frá sjúkrahúsum voru þær alls 210. Þar af voru 99 karlar en 111 konur. Samkvæmt þessari skráningu er munur á milli kynjanna minni en ætla má miðað við samanburðarlönd og aðrar vísbendingar hér á landi. Kynjahlutföll sjálfsvíga eru víða þrír karlar á móti einni konu (Þórólfur Þórlindsson og Þóroddur Bjarnason, 1994; Suicide Information & Education Center, 1990). Hins vegar eru kynjahlutföll í sjálfsvígstilraunum oft talin um það bil einn karl á móti tveimur konum (Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson, 1994b; Robins, 1985).

Guðrún Jónsdóttir og Páll Sigurðsson (1978) gerðu rannsókn á þeim hópi sem kom á Göngudeild slysadeildar Borgarspítala á árinu 1976 og hafði fengið sjúkdómsgreininguna: sjálfsáverki, viljandi eitranir. Á þessu ári höfðu samkvæmt skráningu alls 170 einstaklingar gert tilraun til sjálfsvígs, 102 konur og 73 karlar eða um 0,58% af öllum einstaklingum sem á deildina komu. Miðað við þær tölur sem landlæknir aflaði fyrir árið 1994 frá öllum sjúkrahúsum á landinu voru skráðar innlagnir vegna sjálfsvígstilrauna einungis 35 fleiri, eða 20% fleiri tæpum 20 árum síðar. Þó nær síðari skráningin til mun fleiri sjúkrahúsa og á sama tíma var mannfjölgun einnig 20%.

Í rannsókn Guðrúnar Jónsdóttur og Páls Sigurðssonar kemur einnig fram að 108 eða 61,7% þeirra sem gerðu tilraun til sjálfsvígs voru á aldrinum 20-39 ára, en aðeins 16 eða 9,1 % eldri en 50 ára. Meðal ungra kvenna var mikill meirihluti í yngri aldurshópum og var 51% þeirra á aldrinum 12 til 29 ára og 71% á aldrinum 12-39 ára.

Ætla má að aldursbundin tíðni sjálfsvígstilrauna í Noregi gefi einhverja vísbendingu um aldursdreifingu þeirra sem gera sjálfsvígstilraunir hér á landi. Eftirfarandi tafla sýnir tíðni sjálfsvígstilrauna árið 1991 á norska rannsóknarsvæðinu, Suður-Þrændalögum, eftir kyni og aldri.

Tafla 3.3.

Fjöldi einstaklinga sem gerðu sjálfsvígstilraun í Suður-Þrændalögum árið 1991 og tíðni miðað við 100 þúsund íbúa eftir kyni og aldri.

<i>Aldur</i>	Karlar		Konur	
	<i>Fjöldi</i>	<i>Tíðni miðað við</i>	<i>Fjöldi</i>	<i>Tíðni miðað við</i>
		<i>100 þ. íbúa</i>		<i>100 þ. íbúa</i>
15-19	8	85	21	230
20-24	23	222	14	139
25-29	24	233	22	228
30-34	21	213	27	298
35-39	23	246	35	394
40-44	14	150	20	227
45-49	15	287	13	171
50-54	5	88	13	228
55-59	4	77	7	129
60-64	7	125	4	67
65+	7	42	8	34
Samtals	151	151	184	177

Úr: Kerkhof o.fl., 1994. Attempted Suicide in Europe.

Samkvæmt tölvuskráningu sjúkrahúsa hér á landi eru 65% þeirra sem gert hafa tilraun til sjálfsvígs undir 39 ára aldri. Af töflunni hér að ofan má einnig ráða að skráð aldursdreifing þeirra sem gert hafa sjálfsvígstilraun í Þrændalögum er nánast sú sama og er hér á landi.

Rannsóknastofnun uppeldis- og menntamála gerði ítarlega könnun í marsmánuði 1992 á lífsviðhorfum íslenskra unglinga í 9. og 10. bekk grunnskóla (14-16 ára). Sérstaklega var leitað þátta sem hafa forspárgildi fyrir sjálfsvígsatferli. Spurningum svöruðu 7018 unglingar af 8084 á öllu landinu (87%) og var m.a. spurt um sjálfsvígstilraunir. Í næstu töflu má sjá að verulegur fjöldi unglinganna segjast hafa gert sjálfsvígstilraun.

Tafla 3.4.

Fjöldi og hlutfall nemenda í 9.-10. bekk grunnskóla sem segjast hafa gert sjálfsvígstilraun.

	<i>Fjöldi svara</i>	<i>Höfðu gert sjálfsvígstilraun</i>	<i>%</i>
Stúlkur	3510	288	8,2
Piltar	3508	168	4,8
Samtals	7018	456	6,5

Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson, 1994b.

Ekki kom fram í könnuninni hvers eðlis tilraunir þessar voru né hve oft þetta sjálfsvígsatferli leiddi til íhlutunar fagmenntaðs fólks, en niðurstöðurnar sýna að vandinn er verulegur. Í rannsókninni kom fram að 23,7% pilta og 38,3% stúlkna í 9. og 10. bekk höfðu einhvern tímann hugleitt að fyrirfara sér. Þegar spurt var hvort unglingarnir hefðu einhvern tímann hugsað alvarlega um sjálfsvíg svöruðu 19,2% stúlkna því játandi og 12,3% pilta. Sjálfsvígshugleiðingar reyndust vera tíðari hjá unglingum í 10. bekk en 9. bekk.

Önnur íslensk rannsókn (Jón G. Stefánsson o.fl., 1994) sýndi að 21% þeirra sem voru 17 og 18 ára höfðu hugsað um sjálfsvíg síðustu sex mánuði fyrir rannsóknina og einungis tæplega 7% þeirra sem voru 55-57 ára höfðu einhvern tímann á ævinni hugleitt sjálfsvíg.

3.2.1. Skráning sjálfsvígstilrauna

Í desember 1993 hvatti Ólafur Ólafsson landlæknir í dreifibréfi til lækna á sjúkrahúsum til betri skráningar á sjálfsvígstilraunum á sjúkrastofnunum. Mæltist landlæknir til þess að tekin yrði upp skráning samkvæmt ICD-9 skráningarkerfi þar sem gert er ráð fyrir nákvæmri sundurliðun á sjálfsvígstilraunum. Í grein í *Læknablaðinu*/fréttabréfi lækna leggja Valgerður Baldursdóttir og Sigmundur Sigfússon (1994) áherslu á að heilbrigðiskerfið hafi yfirsýn yfir sjálfsvígstilraunir hér á landi og benda í því sambandi á mikilvægi þess að samhæfa skráningar á sjálfsvígstilraunum. Að beiðni nefndar um tíðni og orsakir sjálfsvíga lét landlæknir henni í té upplýsingar um fjölda skráðra sjálfsvígstilrauna á sjúkrastofnunum árið 1994. Af þessum upplýsingum má ráða að sjúkrastofnanir hafi brugðist vel við tilmælum landæknis og skráning á sjálfsvígstilraunum hafi þegar verið bætt.

Nefndin gerði könnun meðal stjórnenda, yfirlækna og hjúkrunarforstjóra, á sjúkrahúsum og heilsugæslustöðvum á skráningu og meðferð sjálfsvígstilrauna. Voru sendir 202 listar og bárust 138 til baka. Svörunin var því 68%. Könnun þessi var gerð sumarið 1994 og snýr fyrst og fremst að mati stjórnenda á skráningu og meðferð sjálfsvígstilrauna áður en könnunin fór fram. Því má ætla að svör við spurningum í könnuninni endurspegli að mörgu leyti það ástand sem ríkti áður en landlæknir gaf út tilmæli sín.

Helstu niðurstöður könnunarinnar varðandi skráningu sjálfsvígstilrauna á heilbrigðisstofnunum benda til að skráning hafi víða verið ónákvæm og ekki tæmandi. Spurt var sérstaklega um skráningu sjálfsvígstilrauna annars vegar þegar staðfesting á tilraun lá fyrir og hins vegar þegar einungis var um grun um sjálfsvígstilraun að ræða. Niðurstöður könnunarinnar sýna að 15% svarenda töldu að sjálfsvígstilraunir sem sjúklingur staðfesti væru aldrei skráðar og 20% að það sama gildi um óstaðfestar sjálfsvígstilraunir. Að mati 70% svarenda voru staðfestar sjálfsvígstilraunir alltaf skráðar samkvæmt ICD-9 skráningarkerfinu, en aðeins 45% töldu það sama gilda um óstaðfestar sjálfsvígstilraunir.

3.3. Alþjóðlegur samanburður

Þegar fjöldi sjálfsvíga er borinn saman milli landa eða tímabila ber að taka tillit til lýðfræðilegra þátta, svo sem heildarmannfjölda, stærðar árganga og kynjaskiptingar. Jafnframt verður að gera ráð fyrir tiltekinni kerfisbundinni skekkju í skráningu sjálfsvíga í mismunandi samfélögum á mismunandi tímum auk tilviljunarbundinnar skekkju. Sjálfsvígstíðni hvernar þjóðar sveiflast eftir eigin mynstri og því verður að bera saman mynstur fremur en tíðni tiltekins árs. Þetta er sérstaklega mikilvægt þegar bera á sjálfsvígstíðni á Íslandi saman við sjálfsvígstíðni í öðrum löndum þar sem árlegar sveiflur eru stærri hér en hjá fjölmennari þjóðum (Þóroddur Bjarnason o.fl., 1991).

Fram hefur komið að á Grænlandi sé hæst meðaltíðni sjálfsvíga í Evrópu eða um það bil 117 sjálfsvíg á hverja 100 þúsund íbúa á ári. Þar er tíðnin hæst meðal ungra karlmanna eða um 500 á hverja 100 þúsund íbúa en síðan dregur úr henni í eldri aldurshópum (Thorslund, 1989). Eftirfarandi tafla sýnir tíðni sjálfsvíga eftir aldri í nokkrum löndum.

Tafla 3.5

Tíðni sjálfsvíga miðað við 100 þús. íbúa í nokkrum löndum skipt eftir kyni og aldri

<i>Kyn og aldur</i>	<i>Ísland 1993</i>	<i>Ástralía 1992</i>	<i>Bandaríkin 1991</i>	<i>Frakkland 1992</i>	<i>Japan 1993</i>	<i>Rússland 1993</i>
Karlar						
15-24 ára	23,7	27,3	21,9	14,0	10,1	41,7
25-34 ára	13,8	28,7	25,0	32,4	18,1	82,1
35-44 ára	25,4	24,7	23,0	40,4	24,5	99,4
45-54 ára	14,7	24,9	23,0	40,3	36,1	118,2
55-64 ára	29,6	23,8	25,0	38,8	37,8	100,7
65-74 ára	12,5	26,6	30,7	46,1	31,7	80,7
75 ára +	0	29,1	56,0	103,3	51,8	103,8
Alls	19,1	20,1	20,5	30,2	22,3	66,2
Konur						
15-24 ára	0	5,6	3,8	4,3	4,4	7,9
25-34 ára	4,7	6,8	5,4	8,9	7,5	10,3
35-44 ára	10,6	6,3	6,5	12,6	8,8	13,9
45-54 ára	15,1	6,3	7,6	16,4	12,9	18,5
55-64 ára	9,6	7,4	6,5	16,9	15,9	19,0
65-74 ára	11,4	7,4	6,0	17,4	20,6	22,6
75 ára +	0	9,1	5,9	24,3	37,0	31,6
Alls	6,9	4,7	5,3	10,9	11,1	12,9

Heimild: WHO World Statistics, 1995

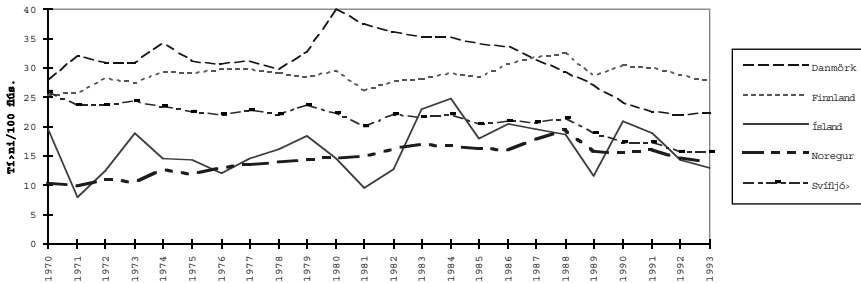
Í töflunni kemur fram að tíðni sjálfsvíga eykst frekar með aldri í nær öllum löndunum. Tíðni sjálfsvíga er einna mest í elsta aldurshópnum nema á Íslandi. Í Bandaríkjunum, Ástralíu og á Íslandi nálgast sjálfsvígstíðni ungs fólks tíðni sjálfsvíga í eldri aldurshópum. Tíðni sjálfsvíga er hæst í Rússlandi á þeim árum sem hér um ræðir.

Samkvæmt heimildum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar og Hagstofu Íslands var meðaltíðni sjálfsvíga í Evrópu 13 sjálfsvíg á hverja 100 þúsund íbúa árið 1992. Sama ár var meðaltíðni sjálfsvíga á Íslandi 14 sjálfsvíg, en að meðaltali hefur árleg tíðni sjálfsvíga á hverja 100 þúsund íbúa undanfarin 15 ár verið 12,5 hér á landi.

Eins og áður er getið ber að fara varlega í samanburði á milli landa þar sem skráning er oft mismunandi og ekki er tekið tillit til ólíkrar aldursdreifingar þjóða (Guðrún Jónsdóttir, 1977). Á Norðurlöndum hefur markvisst verið reynt að gera tölur um sjálfsvíg samanburðarhæfar milli landa. Þessi lönd eru hluti af sömu menningarheild og því er raunhæfast að miða samanburð við þau. Mynd 3.4 sýnir tíðni sjálfsvíga á Norðurlöndum.

Mynd 3.4.

Tíðni sjálfsvíga á Norðurlöndum miðað við
100 þús. íbúa 1970-1993



Á myndinni kemur fram að tíðni sjálfsvíga á hverja 100 þúsund íbúa er hæst í Finnlandi og Danmörku en lægst í Noregi og á Íslandi. Svo virðist sem tíðnin hafi farið vaxandi á Íslandi, í Noregi og Danmörku á síðasta áratug, en að heldur hafi dregið úr tíðni sjálfsvíga það sem af er þessum áratug (Bille-Brahe o.fl., 1991. Nielsen, 1991-1995).

Í samanburðarúttekt á tíðni sjálfsvíga á Norðurlöndum á árunum 1970-1988 (Bille-Brahe og Jessen, 1991) athuga höfundar tíðni sjálfsvíga miðað við 100 þúsund íbúa og sundurgreina eftir kyni og aldri. Samkvæmt niðurstöðum þeirra eru sjálfsvíg algengust meðal finnskra karlmanna. Sjálfsvíg meðal karla höfðu aukist í Noregi og á Íslandi en tíðni sjálfsvíga í þessum löndum er þó enn mun lægri en í Finnlandi og Danmörku. Ólíkt því sem gerist annars staðar á Norðurlöndum hefur tíðni sjálfsvíga meðal karla farið lækkandi í Svíþjóð undanfarin ár.

Tíðni sjálfsvíga meðal kvenna á Norðurlöndum hefur verið fremur stöðug, sem er ólíkt því sem gerst hefur með tíðni sjálfsvíga karla. Þó hefur orðið vart nokkurrar aukningar á sjálfsvígum kvenna. Sjálfsvíg eru langalgengust meðal danskra kvenna, en lægst meðal norskra og íslenskra.

Í Finnlandi, á Íslandi og í Noregi hefur hlutfall sjálfsvíga af öllum dauðsföllum meðal ungra karla verið að aukast en í Svíþjóð og Danmörku hefur þetta hlutfall lækkað. Þess ber þó að geta að í Danmörku hefur dánartíðni almennt farið hækkandi og getur það skýrt lægra hlutfall sjálfsvíga af öllum dauðsföllum þar í landi.

3.4. Aðferðir við sjálfsvíg

Eftirfarandi tafla sem byggð er á tölum úr gagnasafni Hagstofu Íslands um látna sýnir fjölda sjálfsvíga, flokkaða eftir nákvæmri dánarorsök.

Tafla 3.7.

**Fjöldi og hlutfallsleg dreifing sjálfsvíga
eftir nákvæmri dánarorsök og tímabilum.**

Dánarorsök	ICD	1976-1980		1990 - 1994	
		N	%	N	%
Eitranir	E950	10	8%	23	15%
Gas	E952	10	8%	36	23%
Henging	E953	22	19%	47	30%
Drukknun	E954	28	24%	15	10%
Skotáverki	E955	38	32%	25	16%
Stungusár	E956	5	4%	2	1%
Fall	E957	2	2%	5	3%
Annað	E958	2	2%	4	2%
Síðkomin eftirköst	E959	1	1%	0	0%
Samtals		118	100%	157	100%

Svo virðist sem á milli þessara tveggja tímabila hafi sjálfsvígum með skotvopnum og drekkingu fækkað hlutfallslega en þeim tilvikum þar sem menn taka líf sitt með eitri, gasi eða hengingu hafi hlutfallslega fjölgað. Rannsóknir á sjálfsvígum ungra manna hér á landi hafa bent til að byssur séu meira notaðar við sjálfsvíg á ákveðnum landsvæðum en öðrum (Landlæknisembættið, 1993, óbirt skýrsla). Í Noregi eru 25-30% sjálfsvíga framin með eiturefnum, fyrst og fremst með lyfjum frá læknum (Hammerlin og Schjelderup, 1994). Hlutfall slíkra eitrana virðist þó vera lægra hér á landi eða um 15%.

Í Bandaríkjunum og Kanada er notkun skotvopna við sjálfsvíg og henging tíðust og þær aðferðir sem karlmenn nota fremur en konur (Robins, 1985; Gelder o.fl., 1989; Suicide Information & Education Center, 1990). Konur nota fremur lyf eða skurð á úlnið (Gelder o.fl., 1989). Svipuð tilhneiging

virðist vera hér á landi ef marka má eftirfarandi töflu, en hér er notkun gass einnig algeng hjá karlmönnum.

Tafla 3.8.

Fjöldi og hlutfallsleg dreifing sjálfsvíga 1990-1994 eftir nákvæmri dánarorsök og kyni

Dánarorsök	ICD	Karlar	Karlar	Konur	Konur
		N	%	N	%
Eitranir	E950	11	8%	12	40%
Gas	E952	31	24%	5	17%
Henging	E953	42	33%	5	17%
Drukknun	E954	7	6%	8	26%
Skotáverki	E955	25	20%	0	0%
Stungusár	E956	2	2%	0	0%
Fall	E957	5	4%	0	0%
Annað	E958	4	3%	0	0%
Samtals		127	100%	30	100%

4. Áhættuþættir sjálfsvíga

Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar Sigurðar P. Pálssonar o.fl. (1990) á geðdeild Borgarspítalans á þriggja ára tímabili (1983-1985) kom í ljós að einn fimmti hluti þeirra sem komu á bráðamóttöku deildarinnar var vegna sjálfsvígstillrauna, þriðjungur sjúklinganna var með sjálfsvígssamsömun og svipað hlutfall sjúklinga sagðist hugsa oft um sjálfsvíg. Í þessum kafla verður fjallað um geðræna, sálræna, samfélagslega og lífeðlisfræðilega þætti sem hafa áhrif á sjálfsvíg. Þessir þættir samtvinnast á margvíslegan hátt og tengjast öðrum þáttum svo sem misnotkun áfengis, en fjallað verður um þá þætti sérstaklega.

4.1. Geðrænir og sálrænir áhættuþættir

Samkvæmt yfirliti um rannsóknir (Robins, 1985) er þunglyndi (depressed phase of affective disorder) ásamt áfengissýki sá áhættuþáttur sem hefur sterkust tengsl við sjálfsvíg, eða í um það bil 70% tilvika af þeim sjálfsvígum sem yfirlitið nær til. Hins vegar tengist sefasýki (hysteria) og andfélagsleg persónugerð fremur sjálfsvígstillraunum en sjálfsvígi.

Mikilvægt er að hafa í huga að hægt er að lækna eða hafa veruleg áhrif á geðræna og sálræna áhættuþætti sjálfsvígs með viðeigandi meðferð. Þá næst einnig góður árangur í meðferð áfengissjúkdóma og fíkniefnavanda hér á landi.

4.1.1. Þunglyndi

Geðlagstruflunum (mood disorder) er skipt annars vegar í geðlægð (depression) þar sem þunglyndi, áhugaleysi, vonleysi, erfiðleikar með einbeitingu og sú tilfinning að vera einskis verður eru ríkjandi og hins vegar í geðhvörf (manic depressive disorder) þar sem skiptast á geðlægð og oflæti (mania) sem lýsir sér m.a. í verulega aukinni virkni í starfi, félagslegum tengslum, ímyndunarafli og fleiru.

Í heildina fremja 10-20% geðlagssjúklinga sjálfsvíg, sem þýðir að einstaklingar með þessa sjúkdóma eru í mun meiri hættu en fólk með aðra sjúkdóma. Þessi háa tíðni kemur fram við rannsóknir á stórum hópum fólks sem þjáist af geðlagstruflunum, hvort sem það hefur verið meðhöndlað eða ekki. Dánartíðni vegna sjálfsvígs er mun lægri ef aðeins er litið

á einstaklinga sem meðhöndlaðir hafa verið eða allt niður í 3%. Sjálfsvíg eru algengari því dýpri sem geðlægðin er (Helsedirektoratet, 1993).

Vægt þunglyndi hefur einnig í för með sér sjálfsvígshættu. Á seinni árum hefur svonefnd skammvinn geðlægð hlotið aukna athygli. Slík geðlægð varir aðeins í tvo til fjóra daga. Margir sjúklingar í þessum hópi hafa gert endurtekna sjálfsvígstilraunir. Ekki er fullljóst hvort hér er um að ræða sérstaka gerð þunglyndis eða hvort líta megi á þetta sem geðlægð tengda persónuleikatrufun.

Flókið samband er á milli þunglyndis og sjálfsvígs, sérstaklega hjá ungu fólki. Niðurstöðum rannsókna ber ekki saman um hversu hátt hlutfall þeirra sem fremja sjálfsvíg eru haldnir þunglyndi. Mun erfiðara er að greina og meðhöndla þunglyndi hjá ungu fólki en hjá fullorðnum.

Vímuefnaneysla ungs fólks er mjög tengd þunglyndi. Margar rannsóknir hafa einnig sýnt fram á tengsl vímuefnaneyslu og sjálfsvíga (Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson, 1994b). Meira ber á þunglyndi hjá þeim sem neyta mikils áfengis og þeir eru einnig líklegri til þess að íhuga sjálfsvíg og gera sjálfsvígstilraunir (Retterstöl, 1995). Í rannsóknum Wilhelms Norðfjörð sálfræðings á sjálfsvígum ungs fólks á Stór-Reykjavíkursvæðinu og á Austurlandi kemur fram mismunur á milli landshluta hvað snertir þunglyndi og sjálfsvíg (1993, óbirt heimild). Einstaklingsbundnir þættir svo sem þunglyndi virðast oftast liggja að baki sjálfsvígum á Reykjavíkursvæðinu en á Austurlandi en þar virðist félagsleg sefjun skipta meira máli.

Nýleg íslensk rannsókn sýndi að fólk á aldrinum 55-57 ára sem einhvern tímann hafði verið með sjálfsvígshugsanir greindist helst með djúpa geðlægð (48%) og depurð (38%) (Jón G. Stefánsson o.fl., 1994). Sjálfsvígstilraunir tengdust helst djúpri geðlægð.

4.1.2. Persónuleikaafbrigði

Einkenni persónuleikatrufunar eru hátterni og viðbrögð sem vara lengi og leiða af sér skerta aðlögun, bæði persónulega, félagslega og atvinnulega. Oft fylgja henni geðræn einkenni, svo sem kvíði og þunglyndi. Tilfinningar eru síbreytilegar, auk ákveðinnar tilhneigingar til hvatvísi, svo sem að slá frá sér eða kasta frá sér hlutum. Misnotkun áfengis- og fíkniefna er algeng. Örvænting leiðir oft til margvíslegrar sjálfskaðandi hegðunar sem erfitt er að sjá fyrir. Einstaklingum með persónuleikatrufanir virðist hafa fjölgað síðustu ár og má nefna að aukin sjálfsvígstíðni í Noregi hefur að hluta til

verið rakin til þessa (Helsedirektoratet, 1993).

Af þeim sem greinast með jaðarröskun á geði (borderline personality disorder) fremja 5-10% sjálfsvíg að lokum og 5% af þeim sem haldnir eru andfélagslegri persónugerð (antisocial personality). Niðurstöður fjölda rannsókna hafa sýnt fram á tengsl milli persónuleikatrufunar og erfiðleika á uppvaxtarárum, svo sem skilnaðar foreldra, andlegrar og líkamlegrar misnotkunar og tíðra heimilisflutninga (Helsedirektoratet, 1993).

4.1.3. Kvíðaröskun

Þegar á heildina er litið eru sjúklingar sem haldnir eru alvarlegum kvíða eða fá ofsakvíðaköst (panic disorder) í meiri hættu að fremja sjálfsvíg en aðrir kvíðasjúklingar. Rannsókn hefur sýnt að 20% sjúklinga með ofsakvíðaköst hafa reynt að fremja sjálfsvíg (Weissman o.fl., 1989). Aukin sjálfsvígshætta hjá þessum hópi er þó fyrst og fremst talin tengjast því að samtímis sé um þunglyndi og persónuleikatrufun að ræða.

4.1.4. Geðklofi

Auknar dánarlíkur geðklofasjúklinga (schizophrenia) stafa af aukinni tilhneigingu til sjálfsvíga meðal þeirra (2-13%) (Candwell og Gottesman, 1990). Helstu einkenni geðklofasýki eru ýmiss konar ranghugmyndir og ofskynjanir. Í sænskri rannsókn á geðklofasjúklingum reyndist sjálfsvígshættan átjánföld meðal kvenna og tíföld meðal karlmanna miðað við aðra hópa (Allebeck og Wistedt, 1986). Flest þessara sjálfsvíga eiga sér stað á fyrsta ári eftir greiningu sjúkdómsins, en einnig á meðan viðkomandi er að ná sér eftir sjúkdómstímabil og er þunglyndi þá oft aðaleinkennið. Sjúklingarnir eru að átta sig á að líf þeirra verður aldrei samt og áður. Hættan er tiltölulega mest hjá þeim sem farnaðist vel áður en þeir greindust með sjúkdóminn og höfðu því meiri væntingar til sjálfs sín en þeim sem farnaðist verr, auk þess sem hættan tengist því hversu vel þeir skilja ástand sitt og hugsanlegar afleiðingar sjúkdómsins.

Almennt virðist sjálfsvígshætta hjá geðklofasjúklingum, eins og hjá öðrum sjúklingum með geðtruflanir, vera tiltölulega mest á tímabilinu fyrst eftir útskrift af sjúkrahúsi eða allt að þremur mánuðum eftir útskrift. Á þessu tímabili eru bráðustu einkenni sjúkdómsins í rénun eða afstaðin. Einstaklingurinn á hins vegar eftir að átta sig á tilfinningalegri afstöðu sinni til sjúkdómsins og þarf að aðlagast nýjum aðstæðum. Þannig er mikilvægt við eftirfylgd eftir útskrift af sjúkrahúsi að fylgjast náið með

sjálfsmati sjúklingsins, hvernig hann skynjar raunveruleikann, og færni hans til að ráða við líf sitt. Þá þarf að fylgjast með því hvaða stuðnings sjúklingurinn nýtur í nánasta umhverfi.

4.2. Lífeðlisfræðilegir áhættuþættir

Undanfarinn áratug hefur verið mikil aukning í rannsóknum á lífeðlisfræðilegum áhrifaþáttum sjálfsvíga. Rannsóknir á þessu sviði hafa einkum beinst að því að kanna líffræðilegar orsakir þunglyndis þar sem stór hluti þeirra sem fremja sjálfsvíg þjáist af þunglyndi.

4.2.1. Lág serótónínframleiðsla

Lester (1992) kannaði fjölda rannsókna á tengslum líffræðilegra þátta við sjálfsvíg. Niðurstaða hans var að einu rannsóknirnar sem sýnt hefðu fram á einhver slík tengsl hefðu beinst að lækkun 5-HIAA í mænuvökva hjá einstaklingum en það er niðurbrotsefni serótóníns, eins af boðefnum heilans. Þetta á einkum við þá sem gert hafa sjálfsvígstilraunir með ofbeldisfullum aðferðum (með skotvopni, hengingu, djúpum skurðum og fleira) eða sýnt aðra ofbeldisfulla hegðun. Þessi lækkun kemur ekki fram hjá þeim sem gert hafa sjálfsvígstilraunir með annars konar aðferðum (lyfjatöku o.fl.). Talið er að þessi lækkun á niðurbrotsefnum serótóníns tengist fremur truflun á hvatastjórnun (impulse control) sem slíkri en sjálfsvígstilhneigingu hjá einstaklingnum. Trufluð hvatastjórnun getur síðan leitt til ofbeldisverka, sem bæði getur beinst að einstaklingnum sjálfum og öðrum einstaklingum. Truflun á niðurbroti serótóníns er hugsanlega eiginleiki sem berst með erfðum, en ekkert er beinlínis sannað í þeim efnum. Eins og gefur að skilja er þessi lækkun á 5-HIAA í mænuvökva ekki föst lífeðlisfræðileg vísbending sem hægt er að nota til að finna þá sem líklegir eru til að gera sjálfsvígstilraun. Slík vísbending er ekki til, enda rannsóknir þessar á frumstigi.

4.2.2. Hár kortisól útskilnaður

Hækkað kortisólmagn í þvagi hefur fundist í nokkrum rannsóknum hjá fólki sem reynt hafði sjálfsvíg (Ostroff o.fl., 1982). Aðrar rannsóknir sýna hærra kortisólmagn hjá þeim sem reynt höfðu sjálfsvíg með því að stökkva eða hengja sig í samanburði við þá sem skáru sig á púls (Prasad, 1985).

4.2.3 Erfðir

Hvað varðar erfðir sem áhættuþátt gagnvart sjálfsvígum virðast sjálfsvíg vera algengari í sumum ættum en öðrum. Hugsanlega hafa fyrrnefnd efna-skipti í heila eitthvað að segja hvað þetta varðar en slíkt er enn ósannað. Vísbendingar hafa fundist um meiri samsvörun sjálfsvíga hjá eineggja tví-burum en tvíeggja. Þó hafa ekki verið gerðar rannsóknir meðal eineggja tvíbura sem hafa ekki alist upp saman og því er ekki hægt að útiloka félagslega áhrifaþætti (Lester, 1992).

4.2.4. Líkamlegir sjúkdómar

Sjálfsvíg eru mun tíðari hjá þeim sem eru líkamlega veikir en hjá heilbrigðu fólki (Helsedirektoratet, 1993). Ætla má að sársauki og dapurleg framtíðar-sýn hafi þar áhrif. Erlendar rannsóknir sýna að þeir sem haldnir eru floga-veiki eru í fjórum sinnum meiri hættu að fremja sjálfsvíg en aðrir (Sains-bury, 1986; Barraclough, 1987). Hættan er einnig meiri hjá þeim sem þurfa blóðskiljun vegna nýrnabilunar og haldnir eru sjúkdómum í tauga-kerfi (Whitlock, 1986).

Rannsóknir hafa einnig sýnt að tíðni sjálfsvíga hjá þeim sem sýktir eru með HIV veirunni er mun hærri en hjá öðrum. Þannig kom í ljós að fjörutíu sinnum líklegra var að starfsmenn í bandaríska hernum sem fengu úrskurð um HIV-sýkingu gerðu sjálfsvígtilraun en þeir sem ekki voru sýktir. Hafa ber í huga að eyðni er enn sem komið er ólæknandi sjúkdómur og eyðni-smitaðir eiga oft við mikinn fjárhagsvanda að etja og þeim er oft hafnað af fólki í umhverfi þeirra.

Erlendis hefur orðið vart aukinnar tíðni sjálfsvíga hjá krabbameinssjúku fólki í öllum aldurshópum, sérstaklega á fyrsta ári eftir sjúkdómsgreiningu (Allebeck o.fl., 1989; Bolund, 1985; Marshall o.fl., 1983). Niðurstöður rannsókna hvað þetta varðar eru þó ekki einhlítar. Þannig komust Siegel og Tuckel (1984-1985) að því að niðurstöður úr fimm könnunum sýndu að krabbameinssjúkir eru ekki í meiri áhættu gagnvart sjálfsvígum en aðrir.

4.3. Áfengis- og fíkniefnanotkun

Áfengisnotkun er afgerandi áhættuþáttur þegar sjálfsvíg eru annars vegar. Í finnskri rannsókn reyndust 43% þeirra sem frömdu sjálfsvíg hafa sjúk-dómsgreininguna áfengismisnotkun eða áfengisánauð (Henriksson o.fl.,

1992). Samkvæmt norskum rannsóknum er hlutfallið í Noregi lægra, en a.m.k. þriðjungur þeirra sem fremja sjálfsvíg hafa sjúkdómsgreininguna áfengissýki og um 30-50% eru undir áhrifum áfengis þegar sjálfsvíg er framið (Helsedirektoratet, 1993; Retterstöl, 1995). Algengustu dánarorsakir eiturfjásjúklinga eru fyrst og fremst tengdar afleiðingum notkunarinnar svo sem sjúkdómar, slys eða viðkomandi hefur óviljandi tekið of mikið lyfjamagn. Dánartíðni misnotenda af öðrum ástæðum, svo sem slysum og líkamssjúkdómum, er einnig verulega hærri en almennt gerist. Ungt fólk sem ofnotar áfengi er oftast undir áhrifum áfengis þegar það fremur sjálfsvíg (Helsedirektoratet, 1993). Eldra fólk sem notar áfengi að staðaldri er þó síður undir áhrifum áfengis þegar sjálfsvíg á sér stað, en þjáist af þunglyndi (Helsedirektoratet, 1993). Rannsókn Fowlers o.fl. (1986) sýndi að 55% ungra Kaliforníubúa sem framið höfðu sjálfsvíg höfðu notað fíkniefni lengi, oft fleiri en eitt. Rannsókn á fólki sem komið hafði á bráðamóttöku geðdeildar Borgarspítalans vegna sjálfsvígstilrauna á árunum 1983-1985 sýndi að áfengis- og fíkniefnanotkun var mest áberandi meðal þessara einstaklinga. Tæpir tveir þriðju hlutar þeirra höfðu notað ýmis efni um langvarandi skeið, aðallega áfengi eða lyf sem fengin eru gegn lyfseðli (Sigurður P. Pálsson, o.fl., 1991).

Á vegum lögreglunnar í Reykjavík var gerð könnun á öllum þeim sem handteknir voru vegna fíkniefnamála á tímabilinu 15. janúar til aprílloka 1995 (Karl Steinar Valsson, 1995). Í ljós kom að 30% þeirra höfðu reynt sjálfsvíg, þar af 10% veturinn áður. Rúmlega 60% einstaklinganna þekkti einhvern sem framið hafði sjálfsvíg og 30% áttu góðan vin sem tekið hafði líf sitt.

Flestir sem fremja sjálfsvíg misnota fleira en eitt vímuefni þó að áfengi sé algengasta vímuefnið (Helsedirektoratet, 1993). Vímuefnafíkn kemur næst á eftir geðlagstruflunum sem áhrifaþáttur sjálfsvíga, en vímuefnafíkn fer oft saman við þunglyndi, andfélagslega persónuleikagerð, kvíða, ofsa-hræðslu, fælni, svo að dæmi séu tekin. Vímuefnafíkn og þunglyndi veldur saman sérstaklega mikilli sjálfsvígshættu, sem sýnir að mjög mikilvægt er að greina og meðhöndla þunglyndi hjá vímuefnasjúklingum. Áfengisvíman sjálf veldur aukinni hættu á sjálfsvígi vegna hömlulosandi verkunar og dómgreindarbrests samfara vímunni sem rutt getur úr vegi síðustu hindrunum gagnvart sjálfsvígi. Áfengisvíman getur einnig átt þátt í áhættusamari hegðun sem síðan getur leitt til alvarlegra „slysa“ og dauða, vegna of stórra skammta af fíkniefnum, glæfraaksturs bifreiða eða að „gengið sé fyrir bifreið“.

4.4. Fyrri sjálfsvígstilraun sem áhættuþáttur

Sjálfsvígstilraun er það sem segir helst til um hvort viðkomandi einstaklingi er hætt við sjálfsvígi. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að um 10% þeirra sem gert hafa sjálfsvígstilraunir stytta sér að lokum aldur, en hættan virðist mest fyrstu árin eftir tilraunina (Helsedirektoratet, 1993). Sama tilhneiging virðist vera hér á landi samkvæmt nýlegri íslenskri rannsókn (Jóhanna M. Sigurjónsdóttir, o.fl., 1993). Hópi 1433 einstaklinga sem komu á bráðamóttöku geðdeildar Borgarspítalans á árunum 1983-1985 var skipt í tvennt eftir því hvort tilefnið var sjálfsvígstilraun eða ekki. Þann 1. desember 1991 voru 11,2% hópsins látin, sem er marktækt hærri tíðni en í samsvarandi hópi úr almennu þýði. Tíðni sjálfsvíga í sjálfsvígstilraunahópnum var 3,8%, sem var marktækt hærri en í hinum hópnum. Sjálfsvíg var langalgengasta dánarorsökin í sjálfsvígstilraunahópnum.

Ekki er hægt að draga nein örugg mörk milli þeirra sem gert hafa tilraun til að taka líf sitt og eru áfram í verulegri sjálfsvígshættu og hinna sem gera tilraunir sem mismikil alvara virðist að baki. Margir geðlæknar telja að taka beri allar sjálfsvígstilraunir þar sem beitt er aðferðum sem hefðu getað leitt til dauða, án tillits til þess hvort viðkomandi gerir sér fulla grein fyrir því eða ekki, eins alvarlega og um misheppnað sjálfsvíg væri að ræða.

Niðurstöður Evrópurannsóknar Heilbrigðisstofnunar Sameinuðu þjóðanna sýna að 40-60% þeirra sem gert hafa sjálfsvígstilraun og lagðir eru inn á almenn sjúkrahús eru þeir sem endurtekið reyna sjálfsvíg (Kerkhof, 1985; Kreitman og Casey, 1988). Síðustu ár hafa nokkrar rannsóknir verið gerðar á þáttum sem tengjast endurteknum sjálfsvígum eða sjálfsskaðandi atferli (Kreitman og Casey, 1988; Brittlebank o.fl., 1990; Van der Kolk o.fl., 1991; Öjehagen o.fl., 1991; Simeon o.fl., 1992).

Aðrir þættir sem auka líkur á sjálfsvígstilraunum einstaklinga eru m.a.eftirfarandi:

- Að fara á mis við æskuárin, m.a. vegna röskunar á fjölskylduhögum, vanrækslu, líkamlegs eða kynferðislegs ofbeldis.
- Þar sem fyrir um er að ræða geðtruflun, meðferð vegna geðsjúkdóma, jaðarröskun (borderline personality disorder) eða aðrar persónuleika-truflanir, áfengis- eða fíkniefnamisnotkun innan fjölskyldunnar.
- Félagslegir eða lýðfræðilegir þættir (sociodemographic). Þar sem um er

að ræða einstaklinga á aldrinum 25-55 ára, fráskilda einstaklinga, þá sem búa einir og þá sem búa við lága félagslega stöðu, svo að dæmi séu tekin.

- Sálfræðilegir þættir: Hvatvísi, fjandskapur eða óvinátta, sjálfsrefsing, vonleysi, lítill ásetningur með sjálfsvígi (low suicide intent), erfiðleikar með að tengjast fólki og miklar breytingar á lífsháttum (Hengeveld, 1994).

4.5. Sálrænir ábrifapættir

Frá sálfræðilegu sjónarhorni má líta svo á að baki sjálfsvígi hafi verið um tímabundið vonleysi, bjargarleysi og úrræðaleysi að ræða sem einkennir þann einstakling sem sér sjálfsvíg sem endanlega lausn. Fullyrða má að það sem sameiginlegt er þeim einstaklingum sem fremja sjálfsvíg sé óbærilegur, tilfinningalegur sársauki. Með sjálfsvígi er endir bundinn á þann sársauka.

Algengt er að að baki sjálfsvígs sé missir náins ættingja eða vinar sem viðkomandi einstaklingur samsamar sig sterkt við, svo og sú tilfinning að vera yfirgefinn, sem virðist vera algengt í svokölluðum hermisjálfsvígum unglinga. Hermisjálfsvíg á sér stað þegar unglingur fremur sjálfsvíg eftir að einhver sem hann þekkir til eða samsamar sig við fremur sjálfsvíg.

Ákvörðunin getur byggst á löngun um að hefna sín, oft á einhverjum í nánasta umhverfi. Ætlunin getur verið að raska áætlunum einhvers annars og gera tilraun til að ráðskast með aðra. Hjá geðsjúklingum eiga sér stað sjálfsvíg þar sem sjúklingurinn framfylgir eigin ranghugmyndum eða ofskynjunum, svo sem þegar innri rödd skipar honum að taka líf sitt og hann gerir það. Þegar skyndiákvörðun er tekin og framfylgt kemur fyrir að viðkomandi endurskoðar hug sinn, en of seint. Þær tilfinningar sem einna mestu máli skipta í tengslum við sjálfsvíg virðast vera, eins og fyrr segir, vonleysi og bjargarleysi.

Samkvæmt hugrænni kenningu (Cognitive Theory) Aaron Beck má rekja sjálfsvígshugleiðingar til hugsanavillu sem veldur mistúlkun upplýsinga og atburða í umhverfinu og leiðir til þunglyndis, vonleysis og neikvæðs sjálfsmats (Beck, o.fl., 1978).

Líkan Seligman um lært bjargarleysi (learned helplessness) gerir ráð fyrir að

fólk trúir því að það hafi ekki stjórn á aðstæðum í lífi sínu, sem koma fram í hugmyndum um bjargarleysi (Seligman, 1974; Hiroto og Seligman, 1975). Rannsókn Reynolds (1988) sýndi að hugsun um sjálfsvíg tengdist lærðu hjálparleysi hjá sumum unglingum.

Reynt hefur verið að spá fyrir með sálfræðilegum prófum hverjir séu líklegir til sjálfsvígshegðunar. Prófin eru notuð til að greina þær tilfinningar sem geta haft áhrif. Nefna má sálfræðilega kvarða sem meta dýpt þunglyndis (Beck Depression Inventory), hjálparleysi (Helplessness Scale), reiði (State Trade Anger Scale), vonleysi (Beck's Hopelessness Scale) og sjálfsmynd einstaklingsins (Self Esteem Scale) (Bille-Brahe, 1993). Einnig hefur persónuleikaprófið MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) verið notað til að greina persónuleikaeinkenni þeirra sem reynt hafa sjálfsvíg (Lester, 1992).

Rannsóknir Aarons Beck o.fl. (1989, 1989a, 1989b) sýndu fram á að mælikvarðar á vonleysi gátu gefið vísbendingar um hvort einstaklingar reyndu sjálfsvíg síðar. Reyndust þeir mælikvarðar jafnvel gefa nákvæmari vísbendingu en þeir mælikvarðar sem tiltækir eru á þunglyndi (Beck o.fl., 1985).

4.6. Félagslegir ábrifapættir

Kenningar franska félagsfræðingsins Emile Durkheims (1858-1917) hafa legið til grundvallar félagsvísindalegum rannsóknum á sjálfsvígum, en hugmyndir sínar um sjálfsvíg setti hann fyrst fram í ritinu *Suicide* sem kom fyrst út árið 1897. Durkheim flokkaði tegundir sjálfsvíga eftir því hvernig tengslum einstaklingsins er háttað við samfélagið og skiptir þeim í *sjálfhverf* (egoistic), *sjálfsfórnar* (altruistic), *siðrofs* (anomic) og *forlagatengd* (fatalistic) sjálfsvíg. Tvö fyrrnefndu einkennast af þeim tengslum sem einstaklingar hafa við samfélagið sem þeir eru hluti af (integration) en þau síðarnefndu af því taumhaldi eða stjórn sem við lýði er í samfélaginu (regulation).

Í sjálfhverfu sjálfsvígi (egoistic) hefur einstaklingurinn misst tengsl við sitt félagslega umhverfi og ekki náð að samsama sig öðrum einstaklingum eða félagshópum. Hann hverfur því inn í sjálfan sig þar sem tómleiki og merkingarleysi verður yfirþyrmandi og það samfélag sem hann er hluti af nær ekki að hafa áhrif á líðan hans. Ólíkt sjálfhverfu sjálfsvígi einkennist sjálfsfórnarsjálfsvíg af of sterkum tengslum einstaklings við samfélag þar sem hann telur að engin fórn sé of mikil fyrir hópinn. Sjálfsvíg flugmanna

Japaná í síðustu heimstyrjöld og íslamskra ofsatrúarmanna nú á dögum þar sem sjálfsvíg er framið í árás á óvininn eru góð dæmi um sjálfsfórnarsjálfsvíg.

Siðrofssjálfsvíg (anomie) er þegar viðkomandi einstaklingur er ekki fær um að bregðast skynsamlega við ytri vanda og þarfir hans og vonir eru ekki uppfylltar á sama hátt og áður. Þær væntingar og gildi sem ríkjandi eru í samfélaginu bjóða ekki upp á raunhæfa lausn á vanda einstaklinga. Dæmi um aðstæður þar sem siðrofssjálfsvíg geta komið til er þegar örar og miklar breytingar verða í efnahags- og atvinnulífi með atvinnuleysi og breytingum á atvinnuþátttöku kynjanna. Við slíkar aðstæður getur myndast rof þar sem venjur og siðir samfélagsins ná ekki að vísa einstaklingnum á merkingar-bærar lausnir á þeim vanda sem hann á við að etja. Andstætt þeim aðstæðum sem leitt geta til siðrofssjálfsvíga geta myndast þær aðstæður að taumhald samfélagsins sé það sterkt að einstaklingar líti á reglur samfélagsins sem óbreytanleg forlög. Þeir líta þá svo á að reglur samfélagsins setji frelsi þeirra sem einstaklinga óbærilegar skorður og sjálfsvíg sé því eina færa leiðin til að leysa þá undan þessu oki.

Þessi félagsfræðilega aðgreining Durkheims getur veitt nokkra innsýn í áhættuþætti sjálfsvíga. Þó verður að taka skýrt fram að hérna er um viðmið að ræða og erfitt er að flokka ástæður sjálfsvíga beint í einstakan flokk. Auk þeirra félagslegu forsendna sem greint hefur verið frá hér eiga sjálfsvíg einnig geðrænar og sálfræðilegar forsendur, eins og fram hefur komið, svo sem þunglyndi og tilfinningahömlur.

Hugmyndir Durkheims hafa verið þróaðar innan félagsálfræði með þá grundvallarkennissetningu að leiðarljósi að félagslegt taumhald ráðist fyrst og fremst af því hversu sterk tengsl einstaklingurinn myndar við félags-hópa. Þannig hafa fræðimenn í ríkara mæli farið að líta á siðrof (anomie) sem skort á félagslegu taumhaldi og sem afleiðingu þess að félagsleg tengsl eða samsömun einstaklinga við hópa eða samfélög rofna. Mikilvægar kenningar sem hafa sprottið úr þessari umræðu lúta að félagslegum stuðningi og hvernig hann tengist sjálfsvígum (Bille-Brahe og Wang, 1985), sjálfsvígs-hegðun (Þóroddur Bjarnason, 1994; Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þór-lindsson, 1994b) og þunglyndi (Rúnar Vilhjálmsson, 1993). Einnig hefur félagsálfræðilegum kenningum verið beitt til að skilja keðjuáhrif sjálfsvíga, þ.e. hvernig bein tengsl við sjálfsvíg eða umfjöllun um sjálfsvíg í fjölmiðlum geta smitað út frá sér og birst í aukningu sjálfsvíga í kjölfar opinberrar umræðu.

4.6.1. Félagslegir áhættuþættir og sjálfsvíg

Innan þróunarsálarfræði er litið á afbrigðilega hegðun með hliðsjón af þróun sjálfsmyndar og félagslegum tengslum (Noam og Borst, 1994). Rannsóknir á ólíkum sviðum félagsþroska sýna fram á að þroskastig sé flókið samspil félagslegra áhrifaþátta. Sams konar atburðir geta haft ólík áhrif á einstaklinga, eftir sálrænu, félagslegu og tilfinningalegu þroskastigi viðkomandi einstaklings. Þannig beinist athygli rannsakenda ekki einungis að atferli eða afbrigðilegri hegðun heldur einnig að þeirri merkingu sem viðkomandi leggur í atferli sitt. Sjálfsvíg getur t.d. verið hluti af flókinni vitrænni áætlun eða ráðist af hvatvísi þar sem einstaklingurinn gefur ekki gaum að afleiðingunum. Þannig ber að gjalda varhuga við að ganga út frá líffræðilegum aldri eingöngu en þó ber sérstaklega að hafa í huga að tíðni sjálfsvíga eykst á unglingsárunum.

Rannsóknir sem byggjast á þroskakenninum sýna að margbreytilegir áhættuþættir liggja að baki sjálfsvígum unglinga. Sjálfsvíg þýðir fyrir flesta unglinga að sú merking sem þeir leggja í sjálfan sig og umhverfi sitt og von og trú á framtíðina er brostin. Nauðsynlegt er því að reyna að skilja hvaða merkingu unglingar leggja í líf sitt og tengsl við annað fólk til þess að þekkja orsakir sjálfsvíga. Þetta á jafnt við unglingana sjálfa, fagfólk, kennara og rannsakendur (Noam og Borst, 1994). Með fyrirbyggjandi aðgerðum sem taka mið af þessum forsendum er því leitast við að byggja upp jákvæð tengsl milli unglinga og fullorðinna með það fyrir augum að unglingarnir fái stuðning frá umhverfi sínu, jafnt frá foreldrum, kennurum, heilbrigðisstarfsfólki og þeim sem starfa að félagsmálum.

Sjálfsvíg eru tengd félagslegri einangrun sem getur tengst skorti á stuðningi, skorti á frumkvæði eða að viðkomandi dregur sig í hlé frá samskiptum við aðra. Félagsleg einangrun er sérstaklega til staðar hjá fólki sem á í erfiðleikum með félagsleg tengsl vegna líkamlegra eða andlegra orsaka. Gamalt fólk annars vegar og hins vegar ungt fólk virðist vera sérstaklega viðkvæmt fyrir félagslegri einangrun (Helsedirektoratet, 1993). Rannsókn Lowenthal og Haven (1968) á hópi 60 ára og eldri í Englandi sýndi að minni líkur voru á þunglyndi hjá þeim sem nutu andlegs stuðnings eins eða fleiri vina eða vandamanna. Tíðni samskipta virtist ekki skipta hér máli heldur einungis hinn náni andlegi stuðningur sem veittur var í samskiptunum.

Svo virðist sem helstu streituþættir sem liggi að baki sjálfsvígum séu nokkuð mismunandi eftir því á hvaða lífsskeiði einstaklingurinn er. Þekktir streitu- eða álagsþættir sem liggja að baki sjálfsvígum ungs fólks

eru árekstrar í samskiptum við annað fólk, aðskilnaður og höfnun. Hjá miðaldra fólki, þ.e. á aldrinum 40-60 ára, eru fjárhagsáhyggjur áberandi streituvaldar og hjá eldra fólki eru þeir líkamlegir. Svipaðar ástæður virðast liggja að baki sjálfsvígum hjá þeim sem gert hafa sjálfsvígstilraun.

Cohen-Sandler o.fl. (1982a, 1982b) komust að þeirri niðurstöðu að börn sem voru á geðsjúkrahúsi og reynt höfðu sjálfsvíg höfðu búið við meiri streitu á síðari hluta uppvaxtarára og á árinu fyrir tilraunina en í bernsku, á forskólal aldri eða á fyrri hluta uppvaxtarára. Þau höfðu upplifað meiri streitu vegna foreldra sinna, eins og aðskilnað við foreldra eða skilnað foreldra, annað foreldri giftir sig aftur, andlát afa og ömmu og fleiri sálræn áföll. Fleiri rannsóknir sýna tengsl mikillar streitu við sjálfsvígstilraunir hjá unglingum.

Í finnskri rannsókn sem náði til 1.067 einstaklinga sem framið höfðu sjálfsvíg kom fram að í 80% tilfella hafði viðkomandi orðið fyrir mótlæti síðustu þrjá mánuði fyrir sjálfsvíg (Heikkinen, o.fl., 1994). Algengustu lífsviðburðir reyndust vera:

- vandamál vegna starfs (28%),
- ósamkomulag innan fjölskyldu (23%),
- líkamleg veikindi (22%),
- fjárhagsvandi (18%),
- atvinnuleysi (16%),
- skilnaður (14%),
- dauði (13%),
- veikindi í fjölskyldu (12%).

4.6.2. Sjálfsvíg og fjölskyldan

Misnotkun og misbeiting, andleg sem líkamleg, aðskilnaður vegna dauða eða hjónaskilnaðar eru allt áhættuþættir innan fjölskyldu sem rannsóknir hafa sýnt fram á að auki líkur á sjálfsvígi innan hennar. Ef einstaklingur verður fyrir mörgum slíkum áföllum í lífinu, sérstaklega ef um missi er að ræða, aukast líkur á að hann bregðist við með tilraun til sjálfsvígs (Noam og Borst, 1994). Mikilvægi fjölskylduaðstæðna fyrir þroska barna hefur komið vel fram í rannsóknum hér á landi (Sigurjón Björnsson, 1980, Edelstein o.fl. 1990). Langtímarannsókn Wolfgangs Edelsteins (Edelstein o.fl. 1992) gefur t.d. til kynna að meðal íslenskra barna í millistétt virðist drengjum hættara við þunglyndi en öðrum drengjum ef feður þeirra eru undir miklu vinnuálagi, þeir verja litlum tíma með sonum sínum og nota

refsandi („punitive-restrictive“) leiðir við að leysa ágreiningsmál í samskiptum. Ekki tengdust ólíkar leiðir mæðra við að leysa ágreiningsmál þunglyndi sona þeirra. Hins vegar virtust mæður þunglyndra stúlkna oftar nota skipandi („restrictive“ og „verbal controlling“) leiðir við að leysa ágreiningsmál en mæður stúlkna sem ekki voru þunglyndar.

4.6.3. Sjálfsvíg og hjúskaparstaða

Rannsóknir sýna að tengsl eru á milli hjúskaparstöðu og sjálfsvígsatferlis. Könnun Klebba (1970) í Bandaríkjunum á tengslum hjúskaparstöðu og sjálfsvíga sýndi að sjálfsvíg eru tíðust hjá þeim sem eru fráskildir og því næst hjá þeim sem hafa misst maka sinn. Í Japan kom í ljós að hæsta sjálfsvígstíðni var meðal þeirra sem misst höfðu maka sinn, næsthæst hjá þeim sem voru fráskildir, síðan komu ógiftir einstaklingar og lægst var tíðnin hjá þeim sem voru giftir (Fuse, 1980). Rannsókn Jacobson og Portuges (1978) á hópi fólks sem fengið hafði bráðapjónustu leiddi í ljós að þeir sem voru fráskildir voru í aukinni sjálfsvígshættu. Sjálfsvígsatferli tengdist fremur nýafstöðnum skilnaði en umræðu um væntanlegan skilnað.

Gögn frá Bandaríkjunum og Kanada sýna að það að vera í hjónabandi virðist fremur draga úr sjálfsvígum meðal karla en kvenna (Lester, 1987; Cumming og Lazer, 1981).

4.6.4. Sjálfsvíg, atvinnuleysi og atvinnubreytingar

Fjöldi kannana sem gerðar hafa verið erlendis benda til að þeir sem eru atvinnulausir, þeir sem ekki eru í fullu starfi og þeir sem hafa skipt oft um starf síðustu þrjú árin séu líklegri en aðrir til að fremja sjálfsvíg (Lester, 1992). Svipaðar niðurstöður hafa komið fram varðandi tengsl atvinnuleysis og sjálfsvígstilrauna. Rannsóknir í Bandaríkjunum hafa einnig sýnt (Platt og Kreitman, 1984; 1985) að því lengur sem einstaklingur er atvinnulaus, þeim mun meiri líkur eru á því að hann geri tilraun til sjálfsvígs. Sjálfsvíg og tilraunir til sjálfsvíga meðal atvinnulausra tengjast þunglyndi viðkomandi einstaklinga, en kannanir sýna að atvinnulausir karlmenn eru þunglyndari en aðrir hópar karlmanna og eiga við meira vonleysi að stríða (Platt og Dyer, 1987).

Í bandarískri rannsókn sem byggist á kenningum Durkheims kom fram að miklar félagslegar breytingar geta aukið tíðni sjálfsvíga (siðrofssjálfsvíg) hjá konum í ákveðnum aldurshópum (Austin, Bologna og Dodge, 1992). Hlutfallsleg aukning í tíðni sjálfsvíga kvenna miðað við karla er í rannsókn

Þessari rakin til þeirra breytinga sem urðu með aukinni atvinnuþátttöku kvenna og þeim efnahagslegum breytingum og breytingum á stöðu fjölskyldunnar sem hún tengdist. Aukning í sjálfsvígum kvenna átti sér þó fyrst og fremst stað hjá konum á miðjum aldri, en ætla má að yngri konur hafi fremur getað tileinkað sér ný viðhorf til þess að takast á við breyttar aðstæður og að vandinn hafi ekki bitnað jafnt á konum í elstu aldursþópum.

Við undirbúning skýrslu þessarar var gerð ítarleg leit að rannsóknum sem skýrt gætu þá aukningu sjálfsvíga meðal miðaldra kvenna sem vart hefur orðið hér á landi. Engar niðurstöður læknisfræði- eða sálfræðilegra rannsókna fundust sem átt gætu sérstaklega við þennan hóp. Ef niðurstöður bandarísku rannsóknarinnar væru heimfærðar á íslenskar aðstæður kynni hluta skýringanna á þessari aukningu að vera að leita í atvinnubreytingum og breytingum á hlutverkum kynjanna sem bitnað hafi á ákveðinni kynslóð íslenskra kvenna. Hér er þó einungis um tilgátu að ræða, en frekari rannsókna er þörf á þessu sviði.

4.6.5. Sjálfsvíg hjá ákveðnum starfshópum

Fjöldi erlendra rannsókna hafa verið gerðar á sjálfsvígstíðni hjá mismunandi starfshópum. Hærri sjálfsvígstíðni hefur komið fram hjá bandarískum kvenefnafræðingum (Walraith o.fl., 1985) og hjá finnskum sjómönnum (Wickstrom og Leivonniemi, 1985) í samanburði við aðrar starfsstéttir. Mun hærri tíðni sjálfsvíga er meðal norskra lækna en almennu þýði (Statens helsetilsyn, 1995) og einnig hjá breskum læknum (Roy, 1985; Arnetz o.fl., 1987). Getgátur eru um að orsakir geti legið í betra aðgengi lækna að lyfjum, hærri tíðni áfengis- og fíkniefnaávana meðal lækna, mikilli streitu í starfi og tregðu við að leita sér meðferðar við þunglyndi.

Atvinnusjúkdómadeild Vinnueftirlits ríkisins hefur gert rannsóknir á sjálfsvígstíðni þriggja starfshópa hér á landi og borið þá saman við tíðni sjálfsvíga hjá almennu þýði. Rannsókn á dánartíðni 2.159 íslenskra hjúkrunarfræðinga á árunum 1920-1979 sýndi að sjálfsvíg voru nokkuð tíðari meðal kvenkyns hjúkrunarfræðinga en annarra kvenna (Hólmfríður Gunnarsdóttir og Vilhjálmur Rafnsson, 1995). Hærri sjálfsvígstíðni hjá hjúkrunarfræðingum er í samræmi við niðurstöður rannsókna annars staðar á Norðurlöndum, í Englandi og Wales. Hjúkrunarfræðingar hafa betri aðgang að lyfjum sem gæti skýrt fleiri sjálfsvígstilvik með lyfjum hjá þeim í samanburði við aðrar konur. Þekking á banvænum skömmtum gæti

verið orsök þess að sjálfsvíg takast frekar hjá hjúkrunarfræðingum en hjá öðrum konum. Hugsanlegt er einnig að dánarorsök sé fremur skráð sem sjálfsvíg en eitrun vegna slyss, meðal hjúkrunarfræðinga.

Sömu rannsakendur gerðu einnig samanburð á dánartíðni 27.884 íslenskra sjómanna og annarra íslenskra karlmanna á árunum 1958-1986. Niðurstöður sýna að því lengur sem sjómennirnir höfðu unnið á sjó þeim mun meiri líkur voru á að þeir létust af völdum slysa, bæði til sjós og lands, svo sem drukknun, eitrun og einnig vegna sjálfsvíga (Vilhjálmur Rafnsson og Hólmfríður Gunnarsdóttir, 1993). Í sömu rannsókn var dánartíðni 18.878 verkakvenna og annarra íslenskra kvenna á árunum 1970-1986 borin saman og sýndu niðurstöður rannsóknarinnar að hlutfallslega fleiri verkakonur höfðu orðið fyrir slysum eða framið sjálfsvíg en aðrar konur (Hólmfríður Gunnarsdóttir og Vilhjálmur Rafnsson, 1992). Svipaðar niðurstöður hafa t.d. fengist í Englandi.

4.6.6. Félagslegir áhættuþættir og sjálfsvígstilraunir meðal unglinga

Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson hafa í greinum sem byggjast á ítarlegri rannsókn meðal íslenskra unglinga (Ungt fólk '92) fjallað um ýmis atriði er varða lífsvenjur, félagsleg tengsl unglinga og sjálfsvígshegðun (Þóroddur Bjarnason, 1994; Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson, 1994a og 1994b). Í könnuninni voru unglingarnir spurðir um skóla og tómstundir, tengsl við foreldra og jafnaldra, sálræna líðan, trú og framtíðaráætlanir og tengsl þessara þátta síðan athuguð í greiningu á þeim gögnum sem aflað var. Hvað varðar sjálfsvígstilraunir kom fram að 6,5% nemenda í 9. og 10. bekk kváðust hafa gert tilraun til sjálfsvígs.

Þeir þættir sem helst höfðu áhrif á sjálfsvígsatferli unglinga voru eftirfarandi:

- Ef vinir gera sjálfsvígstilraun eða fremja sjálfsvíg eða einhver trúir unglingi fyrir sjálfsvígshugsunum aukast líkur á að hann eða hún geri tilraun til sjálfsvígs.
- Alvarleg átök heima fyrir auka líkur á sjálfsvígsatferli meðal unglinga.
- Lífsstíll unglinga hefur áhrif á sjálfsvígsatferli, t.d. gera þeir unglingar sem stunda íþróttir eða annað tómstundastarf síður tilraunir til sjálfsvígs.

- Því meira sem unglingar neyta áfengis- og eiturlyfja því líklegra er að þeir geri sjálfsvígstilraunir.

Í frekari greiningu á gögnum úr sömu könnun kemst Þóroddur Bjarnason (1994) að þeirri niðurstöðu að andlegur stuðningur fjölskyldu dragi úr líkum á því að unglingar leiðist út í sjálfsvígshegðun og að góður andlegur stuðningur foreldra dragi einnig úr líkum á þunglyndi. Algengara var að þeir unglingar sem frekar treystu á andlegan stuðning frá jafningjum sínum en foreldrum gerðu tilraun til sjálfsvígs.

Mjög skýr tengsl koma fram milli sjálfsvígstilrauna og þess að vera í tengslum við aðra sem gert hafa sjálfsvígstilraun eða imprað á slíku. Þeir sem tengjast einhverjum sem áður hefur gert tilraun eða teljast til félaga-hópa þar sem sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir eru ræddar eru líklegri en aðrir til að gera sjálfsvígstilraun. Þetta á þó fyrst og fremst við um karlmenn.

Svokallaðar sjálfsvígskeðjur (cluster suicide) geta myndast þar sem tengsl hafa verið við einhvern sem framið hefur sjálfsvíg eða gert tilraun til slíks. Svo virðist sem ungmenni þurfi ekki að hafa verið í beinum tengslum við þá sem fremja sjálfsvíg heldur nægi að þeir upplifi einhvers konar sam-sömun gagnvart viðkomandi. Þetta getur átt við átrúnaðargöð í þeirra aug-um t.d. popphetjur. Því hefur verið haldið fram að smitsjálfsvíg eða sjálfs-vígskeðjur geti orðið til þess að tilteknir einstaklingar fremja sjálfsvíg sem ella hefðu ekki gert það (King, 1990). Gert er ráð fyrir áhrifatengslum á milli atburða eða að einn atburður geti haft þau áhrif að hleypa öðrum af stað (Berman og Jobes, 1992).

Í rannsókn Wilhelms Norðfjörðs sálfræðings á sjálfsvígum ungra karl-manna á landsbyggðinni á tímabilinu 1984-1991, kom það fram í viðtöl-um við foreldra 14 ungmenna sem höfðu framið sjálfsvíg, að félagsleg sefj-un virðist hafa haft áhrif á ungmennin, en um helmingur piltanna hafði misst félagavegna sjálfsvígs (Landlæknisembættið, óbirt skýrsla, 1993).

Í framhaldi þessarar rannsóknar var gerð önnur rannsókn á höfuðborgar-svæðinu (Wilhelm Norðfjörð, óbirt gögn, 1996) sem leiddi í ljós, að sjálfs-víg unglinga virtust fremur tengjast einstaklingsbundnum þáttum, svo sem þunglyndi, heldur en félagslegri sefjun.

5. Úrræði

Eins og fram hefur komið í umfjöllun um áhættuþætti sem stuðlað geta að sjálfsvígi í kaflanum á undan er sjálfsvígsatferli samspil margra þátta. Til þess að þróa leiðir til úrbóta þurfa því forvarnir gegn sjálfsvígum að taka mið af mörgum þáttum og nauðsynlegt er að ýmsar stofnanir komi þar að. Umbætur sem stuðlað geta að því að draga úr sjálfsvígum felast í forvörnum, meðferð og eftirfylgd innan heilbrigðiskerfisins, forvörnum innan skóla og með almennum aðgerðum sem beinast að því að hvetja til heilbrigðra viðhorfa og lífshátta meðal almennings. Er það í samræmi við forvarnaráætlun gegn sjálfsvígum sem fram kemur í skýrslu Sameinuðu þjóðanna árið 1993.

5.1. Forvarnir og meðferð

Fólk í sjálfsvígshugleiðingum leitar oft til heilbrigðisþjónustunnar í von um stuðning og hjálp. Augljóslega er því mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk greini vandann og bregðist við. Áætlað er að lækni í klínísku starfi hitti að jafnaði á ári hverju sex sjúklinga í alvarlegri sjálfsvígshættu og miklu fleiri í sjálfsvígshugleiðingum. Rannsókn Barraclough o.fl. (1974) leiddi í ljós að tveir þriðju hlutar þeirra sem framið höfðu sjálfsvíg höfðu haft samband við lækinn sinn innan fjögurra vikna fyrir atvikið og um 40% í vikunni áður en þeir frömdu sjálfsvíg. Önnur rannsókn sýndi að 73% þeirra sem greinst höfðu með þunglyndi leituðu til læknis vegna þeirra einkenna innan eins árs fyrir sjálfsvíg (Robins í Kaplan o.fl., 1985).

Í erindi dr. Þorsteins Njálssonar heilsugæslulæknis á Heilbrigðisþingi árið 1995 kom fram að um 90% íbúa á Íslandi hafa samband við heimilislækni eða heilsugæslustöð a.m.k. einu sinni á ári. Þannig er ljóst að læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk er í lykilaðstöðu varðandi forvarnir gegn sjálfsvígum, meðferð og eftirmeðferð þeirra sem gert hafa tilraunir til sjálfsvígs. Eins og áður hefur komið fram er þunglyndi einn af helstu áhættuþáttum sem geta leitt til sjálfsvígsatferlis. Það er því afar mikilvægt að heilsugæslulæknar og hjúkrunarfræðingar þekki einkenni þunglyndis, geti greint það og brugðist við með viðeigandi meðferð eða tilvísunum til sérfræðinga.

Þeir sem gert hafa sjálfsvígstilraunir koma einnig oft til meðferðar á sjúkra-

húsum eða heilsugæslustöðvum. Í niðurstöðum könnunar á sjálfsvígstilraunum sem nefnd um tíðni og orsakir sjálfsvíga beitti sér fyrir meðal stjórnenda á sjúkrastofnunum kom fram að um 64% stjórnenda á heilsugæslustöðvum töldu að einhver sem gert hafði sjálfsvígstilraun hefði komið til meðferðar á þeirra stofnun eða deild síðustu tólf mánuði á undan. Samsvarandi tala fyrir yfirlækna og hjúkrunarstjórnendur á deildaskiptum sjúkrahúsum var tæplega 78%. Fleiri tilfelli virðast því koma til meðferðar á deildaskiptum sjúkrahúsum en á heilsugæslustöðvum.

Bráðamóttökur sjúkrahúsa og heilsugæslustöðva eru einn helsti vettvangur þar sem sérfræðingar hitta fólk í sjálfsvígshugleiðingum og þá sem gert hafa sjálfsvígstilraunir. Því er afar mikilvægt að starfsfólk á þeim stöðum þekki einkenni sjálfsvígshegðunar, skrái slík einkenni og vísi viðkomandi til viðeigandi hjálparaðila.

Í rannsókn á sjálfsvígstilraunum sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin stendur fyrir í Evrópu er lögð áhersla á að skrá tilfelli þar sem um sjálfskáðandi hegðun er að ræða og ásetningur liggur að baki. Þegar viðkomandi staðfestir ekki að um sjálfsvígstilraun hafi verið að ræða og ekki liggja fyrir upplýsingar frá öðrum um slíkan ásetning kann að vera erfitt fyrir heilbrigðisstarfsfólk að bregðast við slíku og skrá, eins og fram kemur í svörum í áðurnefndri könnun nefndarinnar. Þegar stjórnendur eru spurðir um hvað sé aðhafst ef grunur er um sjálfsvígstilraun telja 84% þeirra að viðkomandi sjúklingur sé alltaf eða oft spurður um þetta, 45% að kallað sé á geðlækni og 78% segja alltaf eða oft rétt við aðstandendur. Mikilvægt er að leita eftir staðfestingu ef grunur er um sjálfsvígstilraun og kalla til sérfræðinga ef unnt er.

Vegna hinna sterku tengsla sem eru á milli heilsugæslustöðva og almennings þarf að vinna áfram að því að auka vitund og þekkingu starfsfólks heilsugæslustöðva á sjálfsvígsatferli. Bent hefur verið á nauðsyn þess að á hverri heilsugæslustöð sé a.m.k. einn starfsmaður sérþjáfaður í að greina sjálfsvígsatferli og að sett sé fram áætlun í áfallahjálp í samvinnu við t.d. skólahjúkrunarfræðinga, skólasálfræðinga, námsráðgjafa, geðlækna, sálfræðinga, félagsráðgjafa, presta, lögreglu og þá sem annast unglingastarf (Sigmundur Sigfússon og Birgir Ásgeirsson, 1994).

5.1.1. Fræðsla um þunglyndi

Eins og áður hefur komið fram er þunglyndi einn helsti áhættuþáttur varðandi sjálfsvíg. Tölur frá Bandaríkjunum gefa til kynna að einungis þriðj-

ungur þeirra sem haldnir eru þunglyndi fái meðhöndlun (Tómas Zoëga, 1994). Bent hefur verið á að kostnaður vegna vanmeðhöndlunar þunglyndis sé margfaldur á við meðferðarkostnað og að þeir einstaklingar sem fá árangursríka meðhöndlun stuðli að aukinni framleiðni til þjóðfélagsins.

Í Svíþjóð var árangur af tilteknu fræðsluátaki um þunglyndi og meðferð þunglyndis fyrir heimilislækna metinn. Var það gert í samræmi við áherslu alþjóðlegrar nefndar um fyrirbyggjandi meðferð á þunglyndi. Eyjan Gotland þar sem íbúar voru 56 þúsund var valin sem tilraunasvæði. Ekki verður fjallað um inntak fræðslunnar hér, en um það hafa verið ritaðar fjölmargar greinar (Rutz o.fl., 1989)

Árið 1982 var tíðni sjálfsvíga í Gotlandi svipuð og heildartíðni í Svíþjóð. Næstu ár, eftir tveggja ára fræðslu heimilislækna, féll tíðnin á Gotlandi niður fyrir meðaltíðni í Svíþjóð. Tölfræðilega marktæk fækkun sjálfsvíga átti sér stað á Gotlandi miðað við aðra staði í Svíþjóð, samkvæmt kí-kvaðrat prófi.

Tafla 5.1

Áhrif af fræðslu heimilislækna um þunglyndi og meðferð þess.
Sjálfsvíg í Gotlandi og Svíþjóð í heild 1982-1985.

Ár	Fjöldi sjálfsvíga	Svíþjóð per 100,000	Fjöldi sjálfsvíga	Gotland per 100.000	X ²	P
1982	2124	25,5	11	19,7	0,73	NS
1983	2087	25,1	14	25,0	0,00	NS
1984	2208	26,5	8	14,3	3,17	NS
1985	2068	24,8	4	7,1	7,06	<0,01

Lars von Knorring, 1991

Fræðsluátakið kostaði 370 þúsund sænskar krónur. Hagfræðilegt mat á fjárhagslegum ávinningi árin 1983-1985 leiddi í ljós 144,2 milljóna sænskra króna hagnað þegar tekið var mið af færri sjúkrahúsinnlögnum, minni fjarvistum frá vinnu og fækkun ótímabærra dauðsfalla. Árið 1988 var helmingur þeirra lækna sem nutu fræðslunnar fluttur frá Gotlandi og sjálfsvígstíðnin fór aftur vaxandi. Hér verður ekki dregin sú ályktun að um beint orsakasamband sé að ræða, en niðurstöður rannsóknarinnar eru þó allrar athygli verðar.

5.1.2 Lyfjameðferð við þunglyndi

Lyf eru mikilvæg í meðferð þunglyndis. Mikilvægt er að gefa þunglyndislyf í hæfilega stórum skömmtum og í sex til tólf mánuði eða lengur og er talið að það hafi fyrirbyggjandi áhrif (Tómas Zoëga, 1994; Helsedirektoratet, 1993). Lyfjameðferð er oft ekki nægjanleg og þarf þá að koma til sérfræðilegrar samtalsmeðferðar. Samtalsmeðferð virðist skila góðum árangri, bæði hvað varðar þunglyndi og sjálfsvígshegðun (Salkovskis o.fl., 1990; Helsedirektoratet, 1993). Þannig hafa rannsóknir á sjúklingum með sjálfsvígshugleiðingar í Bretlandi og Bandaríkjunum sýnt að hugræn meðferð (Cognitive Behaviour Therapy) skilar árangri jafnvel þó að um langveika sjúklinga sé að ræða og sjúklinga með jaðargeðröskun, svo að dæmi séu tekin (Stiles, 1991). Þá er samsetning ólíkra meðferðarforma einnig talin gagnleg.

Hvers konar fagleg ráðgjöf og þjálfun sem miðar að því að draga úr álagsþáttum, svo sem félagsráðgjöf, sjúkraþjálfun, iðjuþjálfun og líkamsþjálfun, eru mikilvæg þegar þunglyndi er meðhöndlað. Notkun raflækninga við þunglyndi hefur verið nokkuð umdeild. Raflækningar drógust verulega saman eftir að þunglyndislyf komu til sögunnar eftir 1950. Rannsóknir hafa þó sýnt að raflækningar hafa góð áhrif á ákveðna tegund djúprar geðlægðar þegar sjálfsvígshætta er á ferð (Helsedirektoratet, 1993). Oddur Bjarnason (1982) kannaði fylgni á milli breytinga í geðheilbrigðisþjónustu Kleppsspítala og fjölda sjálfsvíga sjúklinga. Tíðni sjálfsvíga sjúklinga var mun hærri á árunum 1965-1978 heldur en 1955-1964. Bendir Oddur á að hugsanlega megi rekja þá aukningu að einhverju leyti til nýrra meðferðarúrræða sem byrjað var að nota eftir árið 1965. Það er því er mikilvægt að gerðar verði ítarlegar rannsóknir á árangri mismunandi meðferðarúrræða.

5.1.3. Áfengis- og fíkniefnameðferð og varnir

Niðurstöður rannsókna hafa leitt í ljós sterk tengsl milli áfengis- og fíkniefnanotkunar og sjálfsvígshegðunar. Þannig má ætla að ef dregið er úr notkun þessara efna muni það leiða til þess að færri einstaklingar grípi til þess óyndisúrræðis að fyrirfara sér. Afar mikilvægt er að bæta faglega greiningu á sjálfsvígshættu hjá þeim sem nota áfengi í óhófi. Gildir það jafnt um sjúkrahús og meðferðar- og félagsmálastofnanir. Þegar staðfest er að tiltekinn einstaklingur eigi við áfengisvandamál að stríða og sé í sjálfvígshættu er mikilvægt að viðkomandi hafi þá þegar aðgang að viðeigandi meðferð.

Innan skólakerfisins þurfa einnig að vera fyrir hendi úrræði fyrir þá nem-

endur sem á þurfa að halda vegna vandamála sem tengjast áfengi, fíkniefnum, sjálfsvígshugsunum eða annarri áhættu hegðun. Slík úrræði þurfa að tengjast úrlausnum heilbrigðiskerfisins. Aukin samvinna menntamála-, heilbrigðis- og félagsmálakerfis, dómsvalds og kirkju er nauðsynleg forsenda úrbóta.

Rannsóknir erlendis hafa sýnt að óalgengara er að sjúklingar sem fremja sjálfsvíg eftir langvarandi áfengisneyslu hafi fengið læknisfræðilega eða geðræna meðhöndlun fyrir sjálfsvíg en aðrir sjúklingar (Robins, 1985). Ein skýring á því gæti verið einangrun áfengissjúks fólks m.a. frá fjölskyldu sinni, þegar áfengissýki er komin á hátt stig.

Hér á landi sýna niðurstöður úr rannsókn Sigrúnar Aðalbjarnardóttur (1995) á áfengisneyslu reykvískra unglunga að áfengisneysla eykst með aldrinum en um 40% 14 ára unglunga og rúmlega fjórðungur 15 ára unglunga neyttu *ekki* áfengis. Unglingarnir reyndust þó vera yngri þegar þeir hófu neyslu í fyrsta sinn en fram hefur komið í öðrum nýlegum könnunum, en þeir sem neyttu áfengis byrjuðu flestir að drekka um 13-14 ára aldur. Í sömu rannsókn (Sigrún Aðalbjarnardóttir og Kristjana Blöndal, 1996) kom fram að 4,4% unglunganna höfðu prófað hass 14 ára en 12,4% þegar þeir voru orðnir 15 ára og voru piltarnir þar fleiri en stúlkurnar. Flestir unglunganna höfðu prófað hass fyrst 14 eða 15 ára. Fram kemur í greininni, að í samanburði við fyrri kannanir megji sjá, að hlutfall þeirra unglunga, sem neytt hafa hass, hefur hækkað verulega á aðeins þremur árum (1992-1995).

Rannsóknastofnun uppeldis- og menntamála stóð fyrir könnun á vímuefnaneyslu framhaldsskólanema sem náði til tæplega 4.700 nema árið 1992 og rúmlega 5.600 nema árið 1994 (Ingibjörg Kaldalóns, o.fl., 1994). Niðurstöður sýndu að árið 1992 neyttu ríflega 55% þeirra áfengis og um 53% árið 1994. Samdráttur í drykkju stafaði fyrst og fremst af minni drykkju stúlkna. Regluleg áfengisneysla framhaldsskólanema jókst með aldri og tæp 18% nemenda höfðu prófað hass árið 1992 en tæplega 20% 1994 og var aukningin meiri hjá piltum. Hass reyndist vera mest notaða ólöglega vímuefnið og neysla amfetamíns jókst úr 5% í 6% milli kannana. Um 2,5% nemenda sögðust hafa prófað alsælu (MDMA/ecstasy) árið 1994 og sama hlutfall eða um 2% höfðu prófað LSD árið 1992 og 1994.

Telja má að öflugt forvarnarstarf gæti fækkað þeim ungmönnum sem fyrir forvitni sakir vilja prófa lögleg og ólögleg vímuefni og virk löggæsla geti dregið úr framboði þessara vímuefna meðal ungmenna (Ingibjörg Kaldalóns, o.fl., 1994).

Í rannsókn lögreglunnar í Reykjavík á þeim sem handteknir voru vegna fíkniefnabrota kemur fram að stór hluti hópsins hafði neytt áfengis fyrir 12 ára aldur, en almennt hófst fíkniefnaneysla nokkru síðar (Karl Steinar Vals-son, 1995). Hass var ráðandi fíkniefni og fyrstu efnin voru fengin frá vina-hópnum. Aðgengi var mest að hassi og amfetamíni en aukið aðgengi var að alsælu (MDMA/ecstasy).

Í ársskýrslu SÁÁ (Samtaka áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann) kemur fram að aldrei hafa jafnmörg ungmenni yngri en 20 ára leitað með-ferðar en árið 1994. Áfengi er það vímuefni sem unglingarnir notuðu mest og um helmingur þeirra hafði lítil kynni haft af öðrum vímuefnum. Sam- hliða aukinni ólöglegri framleiðslu og sölu á landa hafði verulega dregið úr kannabisneyslu og nokkuð úr amfetamínneyslu hjá þessum aldurshópi. Neysla ofskynjunarefna eins og sveppa og LSD var meira áberandi í þessum aldurshópi undanfarin þrjú ár, þó mest í ársbyrjun 1995 og neyslu alsælu (MDMA/ecstasy) varð ekki vart í þessum hópi fyrir en á árinu 1995.

Í kjölfar almennrar umræðu undanfarið er nú víða unnið starf til þess að stemma stigu við vaxandi áfengis- og fíkniefnanotkun. Ríkisstjórnin hefur nýlega stofnað sjóð til þess að vinna að vörnum gegn fíkniefnanotkun og unnið hefur verið að forvarnamálum í hinum ýmsu ráðuneytum. Sem dæmi má nefna jafningjafræðslu sem komið hefur verið á í samvinnu menntamálaráðuneytis og Félags framhaldsskólanema. Mikilvægt er að vinna við forvarnir og aðgerðir til að stemma stigu við áfengis- og fíkniefnanotkun séu markvissar og að tryggt sé að meðferðarúræði séu fyrir hendi. Tengsl áfengis- og fíkniefnanotkunar við sjálfsvígssatferli eru skýr og líta ber á allar aðgerðir til að draga úr áfengis- og fíkniefnanotkun sem lið í baráttu gegn sjálfsvígum.

5.1.4. Fjölskyldumeðferð

Oft tengjast vandamál innan fjölskyldunnar sjálfsvígssatferli tiltekins ein- staklings. Því er mikilvægt að fagleg meðferð eða ráðgjöf nái til allrar fjöl- skyldunnar, ekki síst í ljósi áhrifa sjálfsvígshagðunar á aðra í fjölskyldunni. Leggja ber megináherslu á að fjölskyldan fái faglega aðstoð þegar ungt fólk á í hlut (Helsedirektoratet, 1993). Íslensk rannsókn sýnir að aðstoð vegna fjárhags- og fjölskylduerfiðleika, að efla sjálfsmat einstaklinga og stjórn á eigin lífi og meðferð við áfengisvanda er líkleg til að draga úr sjálfsvígshug- leiðingum og þar með sjálfsvígshættu (Rúnar Vilhjálmsson o.fl., 1996).

5.1.5. Meðferð á barna- og unglingageðdeild

Í niðurstöðum könnunar nefndar um tíðni og orsakir sjálfsvíga meðal stjórnenda heilbrigðisstofnana kemur fram að helmingur þeirra telja að minna en 10% unglunga á aldrinum 12-16 ára sem gert höfðu sjálfsvígstilraun hafði verið lögð inn eða vísað á barna- og unglingageðdeild. Faraldursfræðilegar rannsóknir sýna að um það bil 20% barna eiga við geðræn vandamál að stríða og er nokkuð almennt talið að á hverjum tíma þurfi 5-8% barna á einhvers konar hjálp að halda vegna geðtruflana (Valgerður Baldursdóttir og Tómas Helgason, 1994). Í Noregi og Svíþjóð hefur um 1% barna verið sinnt af geðheilbrigðiskerfinu en yfirvöld telja nauðsynlegt og stefna að því að sinna að lágmarki 2% barna á hverju ári. Hér á landi hefur barna- og unglingageðdeild Landsspítalans náð að sinna um 0,2% barna á aldrinum frá 0-18 ára eða tíu sinnum færri en nágrannaþjóðir okkar telja nauðsynlegt.

Öll vinna með börn og unglunga á þessu sviði krefst þess að unnið sé með fjölskylduna í heild, auk þess sem unglingurinn sjálfur þarf að eiga kost á einstaklingsviðtölum. Nauðsynlegt getur verið að vinna með fleirum en fjölskyldunni, svo sem fulltrúum frá skólum, félagsmálastofnunum og heilsugæslunni svo dæmi séu tekin. Í mörgum tilfellum er um þunglyndi að ræða hjá þeim sem eru með sjálfsvígshugsanir eða hafa gert sjálfsvígstilraunir og þarf læknir að meta slíkt með tilliti til lyfjameðferðar.

Ýmislegt bendir til að þekking á þessu sviði og samhæfing aðgerða og eftirfylgdar þar sem sjálfsvígstilraunir hafa átt sér stað sé best borgið innan miðlægra sérhæfðra eininga heilbrigðiskerfisins. Í því sambandi þyrfti barna- og unglingageðdeild að geta fylgt einstaklingum lengur eftir en nú er gert. Sá hluti heilbrigðiskerfisins sem sinna á börnum og unglingum með geðræn vandkvæði er þó ekki í stakk búinn til að anna hlutverki sínu sem skyldi við núverandi aðstæður (sbr. t.d. vitnisburð Páls Ásgeirssonar fyrrverandi forstöðumanns deildarinnar fyrir nefndinni og grein Valgerðar Baldursdóttur og Tómasar Helgasonar, 1994).

5.2. Eftirfylgd með þeim sem gert hafa sjálfsvígstilraun

Í fyrrnefndri könnun nefndarinnar meðal hjúkrunarstjórnenda og yfirlækna segjast 43% svarenda alltaf eða oft leita staðfestingar á að þeir sem gert hafi sjálfsvígstilraun sækji eftirmeðferð. Í 87% tilfella virðist viðkomandi sjúkradeild sjá um að hafa samband við eftirmeðferðaraðila. Aldur sjúklings

virðist skipta máli þegar um er að ræða að hafa samband við aðstandendur, en oftast er haft samband við aðstandendur yngri sjúklinga en eldri. Andlegt ástand viðkomandi og hversu alvarlegar tilraunirnar hafa verið virðast einnig skipta sköpum. Um tveir þriðju svarenda töldu að alltaf eða oft væri réttlæt看legt að láta geðlækni eða heimilislækni vita af sjálfsvígstillraun. Um 20-30% töldu hið sama gilda um presta, sálfræðinga, skólahjúkrunarfræðinga eða félagsráðgjafa. Oftast er haft samband við geðlækna (78%) og því næst heimilislækna (61,5%). Svipuðu hlutfalli einstaklinga er vísað til sálfræðinga og til presta (16%), þá koma skólahjúkrunarfræðingar (12,9%), námsráðgjafar eða kennarar (12%) og félagsráðgjafar (8,6%).

Þó svo að þeim sem gert hafa sjálfsvígstillraun eða taldir eru í sjálfsvígs-hættu sé oftast vísað áfram til frekari meðferðar eftir komu á sjúkrahófn-anir virðist nokkuð skorta að þeim sé fylgt eftir og leitast við að tryggja að viðkomandi sækir þá meðferð sem þeim er vísað á. Reynsla erlendis hefur sýnt að þeir sem gert hafa sjálfsvígstillraun eru oft tregir til þess að sækja framhaldsmeðferð eftir að þeir útskrifast af sjúkrahófnunum. Til þess að bregðast við því hafa verið gerðar tilraunir með eftirfylgd þar sem leitast er við að halda áfram tengslum við einstaklinga eftir að þeir útskrifast.

Þess má geta að Norðmenn telja sig hafa fundið árangursríka aðferð, svo-kallaða Bærum-aðferð. Bærum er sveitarfélag vestan við Osló sem telur um 90 þúsund íbúa. Bærum-sjúkrahúsið er almennt sjúkrahús í nánd við geðsjúkrahús, dagdeildir fyrir geðsjúka, þjónustu sem býður meðferð eins og fjölskyldumeðferð og meðferð við áfengis- og vímuefnamisnotkun. Bærum-aðferðinni hefur verið beitt með athyglisverðum árangri sem staðfestur hefur verið með tölfræðilegum samanburði (Borg, 1991).

Bærum-aðferðin beinist fyrst og fremst að einstaklingum sem koma á sjúkrahús eða bráðamóttöku vegna sjálfsvígstillrauna og leggja ekki inn á deildir. Auk læknisfræðilegrar meðferðar við sjálfsskaðandi atferli, eins og eitrun og áverka, fær viðkomandi áframhaldandi meðferð eftir útskrift og sækja hjúkrunarfræðingar undir handleiðslu sálfræðings og geðlækis þá heim. Meðan á sjúkrahúsdvöl stendur er sjúklingur oft hræddur og enn undir áhrifum lyfja. Skömm og sektarkennd og jafnvel ótti við að verða vísað á geðdeild geta valdið því að einstaklingurinn gefur rangar upplýsingar til þess að útskrifast af sjúkrahúsinu svo fljótt sem auðið er.

Þegar í ljós kom að ekki fylgdu allir fyrirmælum um að leita sér aðstoðar, og þar sem sá sem gert hefur sjálfsvígstillraun er í mikilli hættu að endur-taka tilraunina, var komið á þjónustu þar sem sjúklingur er sóttur heim

skömmu eftir útskrift. Fólk virðist vera rólegra og öruggara á heimili sínu og viljugra að tjá sig um vanda sinn. Auk þessa fá meðferðaraðilar tækifæri til að skoða aðstæður þess sem gert hefur tilraun til sjálfsvígs og hitta fjölskyldu hans. Það getur fylgt mikið álag fyrir aðstandendur að búa með einstaklingi sem ekki vill lifa og þjást aðstandendur oft af skömm og sektarkennd. Oft koma aðstandendur ekki í viðtöl sem þeim er boðið. Eftirfylgd er því oft nauðsynleg til að hvetja einstaklinga og aðstandendur til að sækja meðferð og oft þarf að hjálpa þeim að panta tíma. Um leið og tengslum við sérfræðing er komið á dregur starfsfólkið sig í hlé því að Bærum-aðferðinni er ekki ætlað að vera meðferðaráætlun.

5.3. Fræðsla fyrir fagfólk

Það er grundvallaratriði varðandi forvarnir, meðferð og eftirmeðferð að starfsfólk sem að þessum málaflokki kemur hafi góða þekkingu á áhættuþáttum sjálfsvíga og sjálfsvígsatferli almennt. Niðurstöður könnunar nefndarinnar sýna að 53% stjórnenda heilbrigðisstofnana telja mjög mikla eða mikla þörf fyrir fræðslu fyrir starfsfólk heilbrigðisstofnana um sjálfsvígsvandann. Stjórnendur telja mjög mikla eða mikla þörf á fræðslu á foreinkennum (84%), í viðtalstækni (79%), um áhættuþætti (87%), um úrræði (82%) og fræðslu um samskipti við aðstandendur (83%).

Samkvæmt könnuninni er meiri þekking á sjúkrahúsum en á heilsgæslustöðvum á sjálfsvígum og sjálfsvígstilraunum. Læknar telja sig hafa meiri þekkingu á þessu sviði en hjúkrunarfræðingar og þeir sem starfa á höfðuborgarsvæðinu telja sig hafa meiri þekkingu á sjálfsvígstilraunum en þeir sem starfa á landsbyggðinni.

Ljóst er að með skipulagðri fræðslu má ná árangri í vörnum gegn sjálfsvígum. Slík fræðsla þarf að ná til sem flestra, jafnt til heimilis- og heilsgæslulækna, sérfræðilækna, geðlækna, hjúkrunarfræðinga, sálfræðinga og félagsráðgjafa, presta svo og námsráðgjafa, kennara og skólastjórna.

5.4. Aðstandendur þeirra sem svipta sig lífi

Innan fræðimennsku um sjálfsvíg hafa á allra síðustu árum verið rannsökuð áhrif sjálfsvíga á fjölskyldur og vini. Sorg og sorgarviðbrögð eru eðlileg viðbrögð við missi en flestir komast yfir það með stuðningi fjölskyldu og vina. Hins vegar er um annað að ræða þegar svokölluð flókin sorg og sorgar-

viðbrögð koma fram við sérstakan missi eins og vegna sjálfsvígs, vöggudauða, andláts vegna eyðni og óvænts dauðdaga (Worden, 1983). Margir álíta að það að missa einhvern nákominn vegna sjálfsvígs sé það erfiðasta sem fólk geti gengið í gegnum (Colt, 1987; Hauser, 1987) og það sem erfiðast er að horfast í augu við og yfirvinna. Auk þess verður fólk oft fyrir sálrænu áfalli ef það kemur að þeim látna.

Þegar ungt fólk fremur sjálfsvíg hefur það mikil áhrif á syrgjendur sem eiga erfitt með að skilja að ung manneskja hafi valið að deyja þegar hún er varla farin að kynnast lífinu. Þá vakna spurningar sem aldrei fást svör við. Auk þessa leggst á syrgjendur skömmustutilfinning, hræðsla við að vera stimplaður og sektarkennd sem er gjarnan sterkari og meira langvarandi en við önnur dauðsföll. Margir ásaka sig fyrir að þeir hefðu átt að vita að þetta stæði til og að þeir hefðu átt að bregðast við með ákveðnum hætti. Sterk höfnun, reiði, afneitun og ásakanir eru oft til staðar og hætta er á að fjölskyldumeðlimir einangrist. Mjög mikilvægt er að koma á forvarnaraðgerðum fyrir fjölskyldur þeirra sem framið hafa sjálfsvíg. Norski geðlæknirinn Nils Retterstøl (1993) segir „Vel útfærð meðferðaráætlun í tengslum við sorgarvinnu hjá ástvinum þess sem framið hefur sjálfsvíg getur komið í veg fyrir geðræna vanlíðan og á seinni tímamótum fyrirbyggt sjálfsvíg því að sjálfsvíg geta verið smitandi“.

5.5. Skólar og varnir gegn sjálfsvígum

Börn og unglingar dveljast mikinn hluta dags í skóla. Innan skólans er starfsfólk sem umgengst börnin og unglingana daglega og þekkir þau því yfirleitt vel. Með því að efla forvarnarstarf innan skólans með fræðslu um áhættuþætti, áfallahjálp og sérfræðiaðstoð má vinna gegn sjálfsvígum unglinga.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur í samvinnu við Evrópusambandið og Evrópuráðið unnið áætlun til að bæta heilbrigði skólabarna sem er hluti af „evrópsku neti skóla sem vinna að heilsuefningu“ (ENHPS - European Network of Health Promoting Schools). Í áætluninni er lögð áhersla á að heilsuefning nái til líkamlegra, andlegra og félagslegra þátta og taki bæði tillit til þarfa nemenda og kennara. Slík áætlun nær ekki einungis til námskrár og námsefnis heldur til alls skólans, starfsanda og tengsla starfsfólks og nemenda (Weare and Gray, 1995).

Í umfjöllun um þróun skólastarfs í þágu heilbrigði kemur fram að starfið

hefur þróast í fjórum skrefum (Fisher o.fl., 1993). Í fyrstu var áhersla lögð á að einangra þau vandamál sem upp komu og þau börn sem áttu í vanda voru send á sérstakar stofnanir. Síðar var reynt að koma á samvinnu skóla, heilbrigðiskerfis og foreldra. Næsta skref var að fá sérfræðinga, svo sem sálfræðinga og námsráðgjafa til starfa við skólann. Lokaskrefið fólst síðan í að koma á áætlun um viðbrögð við vandamálum þar sem skilgreint var hver bæri ábyrgð á tilteknum aðgerðum, samvinnu við sjúkrahús, lögreglu, félagsráðgjafa, kirkju og aðra viðeigandi aðila. Í áætluninni eru viðmið um hvenær eigi að senda barn í meðferð og hvernig skuli bregðast við ef fjöldslys eða áföll er snerta allt samfélagið eiga sér stað.

5.5.1. Forvarnir og eftirfylgd með sjálfsvígum í skólum

Í Bandaríkjunum hefur gefið góða raun að skipuleggja áfallateymi (*Trauma Response Team*) í skólum sem er til taks ef áföll, eins og sjálfsvíg, fráfall kennara eða hvarf nemanda (Berman og Jobes, 1992) eiga sér stað. Í áfallateymi gæti verið skólastjóri, sálfræðingur, námsráðgjafi, hjúkrunarfræðingur, kennari og ritari. Hver hefur sitt hlutverk sem er betur skilgreint samkvæmt tiltekinni áætlun. Ef sjálfsvíg á sér stað þarf að bregðast við svo fljótt sem auðið er. Leita þarf eftir staðfestingu frá fyrstu hendi, svo sem frá lögreglu, og kalla þarf saman starfsfólk til að samræma aðgerðir. Teymið ber ábyrgð á að koma réttum upplýsingum á framfæri til nemenda, svo sem um neyðarsíma og fleira. Einn ábyrgur aðili er tilnefndur til að sjá um tengsl við fjölmiðla, lögreglu og foreldra og foreldrum er boðinn stuðningur.

Öll boðskipti við nemendur skulu eiga sér stað innan bekkjardeildar, ekki í stórum fundarsölum, en þannig er auðveldara að fylgjast með nemendum í áhættuhópi. Kennarar bera fyrst og fremst ábyrgð gagnvart nemendum sínum innan bekkjarins. Hlutverk kennarans er að draga úr söguburði og veita réttar upplýsingar og einnig þarf hann að huga að því að gefa nemendum ráðrúm til að láta í ljós tilfinningar sínar sorg, reiði og streitu. Draga ber úr tilhneigingu nemenda til að gefa sjálfsvígi rómantískan blæ og að vera vakandi fyrir þeim nemendum sem eru í hættu og vísa þeim í viðeigandi meðferð.

Á Fræðsluskrifstofu Reykjavíkurdæmis hefur verið undirbúin starfsemi áfallateymis í tveimur skólum í Reykjavík í samvinnu við skólastjórnendur, kennara og námsráðgjafa. Þessu teymi er ætlað að taka til starfa við áföll af ýmsu tagi. Þar má nefna dauða nemenda, dauða starfsmanna, þegar nem-

andi missir foreldri, ef slys verður í nágrenni skólans, ef mikið óveður verður á skóladegi og vegna náttúruhamfara. Slíkt starf í skólum gæti orðið mikilvægur hlekkur í forvörnum gegn sjálfsvígum. Víða á landsbyggðinni hefur einnig verið beitt skipulegum vinnubrögðum í skólum við ýmiss konar áföll, svo sem sjálfsvíg.

Mikilvægt er að fylgja eftir og styðja nemendur sem gert hafa sjálfsvígstílaun til að aðlagast skólaumhverfinu á nýjan leik (Berman og Jobes, 1992). Starfsfólk skólans þarf að vera á varðbergi gagnvart því að líklegt er að sá sem hefur gert tílaun til sjálfsvígs endurtaki tílaunina. Hætta er einnig á að aðrir nemendur forðist þann sem reynt hefur sjálfsvíg og bregðast þarf við því á viðeigandi hátt.

Bent hefur verið á ýmsa þætti um áhrif skólakerfisins sem geti stutt betur þá sem reynt hafa sjálfsvíg (Husain og Vandiver, 1984). Þannig er skólinn betur í stakk búinn en flestar aðrar stofnanir til að rjúfa einangrun einstaklingsins. Starfsfólk skólans getur stutt og hvatt einstaklinginn til að leita sér aðstoðar sérfræðings.

Berman og Jobes (1992) hafa athugað fjölda forvarnaráætlana í Bandaríkjunum og telja að skólar séu viðeigandi staðir fyrir forvarnir. Tillögur þeirra um forvarnir í skólum eru eftirfarandi:

- Fræðsla fyrir nemendur og starfsfólk skólans um foreinkenni sjálfsvígstílferlis eins og þunglyndi og fíkniefnamisnotkun.
- Tilvísun á fagfólk hvílir á starfsfólki skólans og einnig mætti virkja nemendur í leit að þeim úrræðum sem í boði eru.
- Leiðbeiningar um hvernig leita á eftir hjálp og hvernig taka á við hjálp.
- Fræðsla um heilsusamlegt lífarni og hvernig draga megi úr streitu.
- Fræðsla fyrir foreldra: Hvernig greina megi áhættuþætti, hvert hægt sé að leita eftir aðstoð, hvernig draga megi úr aðgangi að hættulegum efnum og vopnum.
- Forvarnir sem byrja snemma á skólastiginu eru taldar árangursríkastar og sú fræðsla sem best borgar sig til langs tíma. Þættir eins og styrking sjálfsmýndar, þjálfun í að leysa vandamál og að bæta félagslega hæfni, að þekkja viðbrögð við kvíða, ákveðniþjálfun og hvernig bregðast eigi við neikvæðum tilfinningum eins og reiði og þunglyndi.

Ýmsir álíta að umræða um sjálfsvíg geti aukið tíðni þeirra og hafa sumar erlendar rannsóknir sýnt að almenn umræða eða fræðsla dregur ekki úr sjálfsvígum. Bent hefur verið á að í kjölfar opinberrar umræðu hafi sjálfsvígum fjölgað (Barracrough, o.fl., 1977; Bollen og Phillips, 1982; Phillips, 1974, 1982) og að forvarnarstarf geti haft þveröfug áhrif við það sem til er ætlast (Lester, 1972; Schaffer o.fl., 1990).

Aðrir hafa gagnstætt þessu haldið því fram að umræða um sjálfsvíg auki ekki sjálfsvígstíðni. Í New Jersey í Bandaríkjunum er unnið eftir áætlun sem ætlað er að auka vitund fólks um sjálfsvíg unglunga „*Adolescent Suicide Awareness Program*“ (ASAP) sem þróað er af South Bergen Mental Health Center (Ryerson, 1985, 1990). Þar er lögð áhersla á að koma á tengslum milli starfsfólks skóla, nemenda og foreldra annars vegar og geðheilbrigðisstarfsfólks hins vegar. Árlega eru unnin verkefni í hópvinnu með nemendum þar sem fram fer fræðsla um hvernig bregðast eigi við streitu, þjálfun í samskipta- og tjáningarhæfni o.fl. Starfsfólk skólans fær endurmenntun á fjögurra til fimm ára fresti. Námskeið eru einnig haldin fyrir foreldra sem svipar að ýmsu leyti til fræðslu til starfsfólks skólans.

Mat á árangrinum sýnir að aukning hefur orðið á tilvísun á geðheilbrigðisstarfsfólk, þar eð nemendur og foreldrar eiga auðveldara með að leita hjálpar fyrir sig og aðra. Samband og boðskipti milli skólans, nemenda og geðheilbrigðisfagfólks og starfsfólks áætlunarinnar hefur styrkst. Eftir að ASAP áætluninni var komið á hefur sjálfsvígum unglunga fækkað mjög mikið í hlutaðeigandi skólum en langtímarannsóknir hafa ekki verið gerðar til að meta árangurinn. Áður en ASAP kom til sögunnar töldu starfsmenn sig annaðhvort ráða við vandamálið eða töldu sig ekki geta brugðist trausti nemenda sinna. Hins vegar telja forsvarsmenn samtakanna fullvíst að umræða um sjálfsvíg auki ekki sjálfsvígshegðun ef henni er framfylgt af nærgætni og umhyggju og ef hún byggist á faglegum grunni. Í ljós kom að nemendur, kennarar og foreldrar voru mjög ánægðir með framangreinda áætlun.

5.5.2. Forvarnir meðal áhættuhópa í skólum

Í Boston í Bandaríkjunum hefur verið unnið að áætlun um forvarnir í skólum sem miðar að því að veita unglingum í áhættuhópum sérstakan stuðning (Noam o.fl. 1996). Komið var á tengslum milli háskóla og grunnskóla og voru háskólanemendur úr sálarfræði og öðrum skyldum greinum ráðnir til að sinna grunnskólanemendum. Lögð er áhersla á greiningu vandamála og aðstoð við nemendur inni í skólanum.

Með því að vinna með unglingunum í umhverfi skólans er hægt að greina vandamál sem þeir eiga við að etja snemma og bregðast við á fyrirbyggjandi hátt. Þannig opnast einnig möguleikar á að samhæfa þjónustu fyrir unglinga. Oft er sú þjónusta sem fyrir hendi er, t.d. geðlæknis- eða sálfræðiþjónusta, félagsmálaþjónusta og stuðningur við fjölskyldu aðskilin hver frá annarri. Sá sem vinnur með unglingi innan skólans getur haft betri tækifæri til þess að brúa bilið milli þessara aðila og þar með skapa betri tengsl milli skóla, heimilis og samfélags.

Tilraun með þessa áætlun hefur þótt gefa góðan árangur í skólum í Boston. Með því að starfa með unglingum innan skólans tókst forvarnaraðilanum betur að vinna traust viðkomandi einstaklinga og koma á persónulegum tengslum sem nýttist uppbyggjandi starfi. Kennurum er einnig veitt fagleg ráðgjöf með reglulegum viðtölum og veita þeir einnig mikilvægar upplýsingar um vandamál nemendanna sem að gagni koma við úrlausn þeirra.

5.5.3. Námsráðgjöf

Námsráðgjafar eru oft í góðum tengslum við nemendur í starfi sínu og því í góðri aðstöðu til þess að vinna fyrirbyggjandi starf og bregðast við sjálfsvígshegðun. Í skólum hefur t.d. verið unnið markvisst fyrirbyggjandi starf með því að fá nemendur til að leita til námsráðgjafa með vandamál sín. Mikilvægur þáttur í því starfi er að beina unglingum til viðeigandi meðferðaraðila. Þannig er nauðsynlegt að efla tengsl námsráðgjafa við meðferðaraðila. Sérfræðiaðstoð kostar fé og er mikilvægt að tryggja að unglingar sem á þurfa að halda geti fengið fjárstuðning til þess að leita sér viðeigandi aðstoðar. Í starfi nefndarinnar kom fram að unglinga skorti oft fé til að leita sérfræðiaðstoðar.

5.5.4. Námssefni

Menntamálaráðuneytið og Lionshreyfingin á Ísland hafa í sameiningu unnið að útgáfu námsefnis í lífsleikni ætlað nemendum á aldrinum 12-14 ára. Foreldrasamtökin Vímulaus æska hafa einnig stutt útgáfuna. Í námsefninu *Að ná tökum á tilverunni* (1995) er kennd færni sem kemur að gagni í lífinu og er mikilvæg til að auka andlega vellíðan. Hér koma til þættir eins og að styrkja góð samskipti við aðra ásamt því að kennt er hvernig bregðast á við vandamálum, álagi og streitu í daglegu lífi.

5.6. Íþróttaiðkun og félagsstarf unglinga

Erlendar rannsóknir sýna tengsl milli íþróttaiðkunar og andlegrar og líkamlegrar vellíðunar (Martinsen, 1993) og rannsókn Taylor o.fl., (1985) sýndi að líkamsþjálfun dregur án undantekninga úr þunglyndi. Niðurstöður úr rannsókn Rannsóknastofnunar uppeldis- og menntamála sýna neikvætt samband milli íþróttaiðkunar annars vegar og þunglyndis, kvíða og sálvefrænna einkenna eins og höfuðverkja, bakverkja, ólgu í maga og svima hins vegar (Þórólfur Þórlindsson, o.fl., 1994).

Fyrirnefndar niðurstöður rannsóknar Rannsóknastofnunar uppeldis- og menntamála (1992) sýndu að því meiri sem íþróttaiðkun og líkamsþjálfun nemenda er þeim mun minni líkur eru á að þeir reyki og því ólíklegri er að þeir neyti áfengis, en tengslin við reykingar voru mun sterkari. Þótt hassneysla hafi verið lítil í þessum aldurshópi árið 1992 (5-7%) er neikvætt samband við íþróttaiðkun greinilegt. Þessar niðurstöður sýna svo ekki verður um villst að þátttaka í íþróttum og hófsemi í vímuefnanotkun fara saman. Þeir unglingar sem iðka íþróttir og eru í góðri líkamlegri þjálfun segjast að jafnaði fá hærri einkunnir í skóla, telja sig betur undirbúna fyrir kennslustundir og líður betur í skólanum. Hér ber þó að fara varlega í að álykta um orsakasamhengið og líklega er um flókið samspil margra þátta að ræða. Niðurstöður sýna einnig jákvætt samband milli sjálfsvirðingar og líkamsímyndar annars vegar og íþróttaiðkunar, getu í íþróttum og líkamsþjálfunar unglinga hins vegar.

Íþróttaiðkun hefur almennt jákvæð áhrif og dregur úr áhrifum þeirra þátta sem ýtt geta undir sjálfsvígsatferli unglinga svo sem þunglyndi og fíkniefnanotkun. Íþróttir hafa því almennt forvarnargildi og má líta á íþrótt- og tómstundastarf sem mikilvægan þátt í uppeldi barna og unglinga. Mikilvægt er að íþróttastarf sé skipulagt í nánnum tengslum við skóla og að lögð sé áhersla á uppeldisgildi almennrar íþróttabátttöku þannig að hún nái til sem flestra ungmenna í skólum og á vinnumarkaði.

5.7. Félagsstarf íslenskra ungmenna

Með aldrinum dregur að jafnaði úr þátttöku í skipulögðu félagsstarfi hjá unglingum þó mismikið eftir því hvaða starf á í hlut (Þóroddur Bjarnason o.fl., 1994). Niðurstöður rannsóknarinnar Ungt fólk '92 sýna að innan við helmingur grunnskólanema á Suðurlandi sækir félagsmiðstöðvar að jafnaði í hverjum mánuði, um helmingur nemenda í Reykjavík og nágrennabyggð

en nær tveir af hverjum þremur nemendum á Vestfjörðum og Austurlandi. Markhópur félagsmiðstöðva eru grunnskólanemar á aldrinum 13-16 ára.

Fyrir þremur árum var komið á sérstöku starfi fyrir unglinga 16 ára og eldri hjá félagsmiðstöðvum á Reykjavíkursvæðinu sem nær nú til um það bil helmingis félagsmiðstöðva (Steinþór Einarsson, 1995, munnleg heimild). Starfið beinist helst að þeim unglingum sem ekki fara í framhaldsskóla, eru atvinnulausir eða aðlagast ekki vel nýju skólaumhverfi. Hér er um vaxandi hóp að ræða og algengara að piltar séu í þessari stöðu en stúlkur. Þessi hópur er einnig í ákveðinni hættu varðandi sjálfsvíg og því mikilvægt að starfið hafi forvarnargildi.

Dæmi um vettvang þar sem sinna mætti hluta af slíkum forvörnum er *Hitt húsið*, menningar- og upplýsingamiðstöð ungs fólks í Reykjavík, en því er ætlað að þjóna aldurshópnum 16-25 ára. Þar er unnið er að listskapandi verkefnum og auk þess er þar miðstöð úrræða í atvinnumálum. Atvinnulausum unglingum er boðið upp á sex mánaða ferli sem hefst á námskeiði og síðan tekur við starfsþjálfun. Hitt húsið rekur einnig göngudeild þar sem boðið er upp á ráðgjöf hjúkrunarfræðings eða læknis um kynlíf og barneignir, félagsráðgjöf og ráðgjöf fyrir fatlaða. Auk þess er hægt að nálgast ýmiss konar upplýsingabæklinga um fíknivarnir og hvert hægt er að leita ef vandamál koma upp svo að dæmi séu tekin. Starfsfólkið aðstoðar fólk í vanda og vísar því til fagaðila ef þurfa þykir.

5.8. Almenn heilsuefning

Grein í sænska Læknablaðinu árið 1993 sýnir niðurstöður spurningalista-könnunar á vegum sænska Barnalæknafélagsins meðal 13-16 ára unglinga í sjö sveitarfélögum. Spurt var um heilbrigðishætti og áhættuhegðun. Eitt sveitarfélag skar sig úr með það hve unglingarnir þar tóku seinna upp hætti fullorðinna en á hinum stöðunum. Næsta tafla sýnir samanburð milli þessa sveitarfélags og tveggja annarra með því er virðist svipað félagslegt umhverfi.

Tafla 5.2.

Samanburður á andlegri líðan barna í þremur sveitarfélögum í Svíþjóð.
Niðurstöður í hundraðshlutum, þeirra sem svöruðu játandi.

	<i>Sveitarfélag A</i>	<i>Sveitarfélag B</i>	<i>Sveitarfélag C</i>
Depurð	7,8	14,5	15,0
Sjálfsvígshugleiðingar	14,6	23,2	24,7
Tekið amk þrisvar þátt í slagsmálum á sl. 2 árum	11,1	16,9	16,8
Lögð í einelti	14,3	23,2	24,1

Kelly o.fl., 1993

Hér virðist vera um marktækan munu að ræða. Greinarhöfundar leita skýringa og álykta að 20 ára samstarf þeirra aðila í sveitarfélagi A sem með málefni unglinga fara hafi skipt sköpum. Börnin fengu sama boðskap um lífstíl í skóla, frá lögreglu, frá félagsmálastofnun og úr félagsmiðstöðum. Foreldrar voru virkir í þessari samvinnu. Allan tímann var tryggt að tveir stjórnmalamenn væru í stjórn þessa framtaks.

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að með samhæfðu átaki og samvinnu ólíkra aðila er hægt að stuðla að bættri líðan og minnka hættu á sjálfsvígum og öðrum vandamálum meðal unglinga. Þar þurfa skólinn, fjölskyldan, þeir aðilar sem skipuleggja tómstundir og íþróttir fyrir unglinga og lögregla allir að koma að.

5.9. Fjölskyldan og vinabópurinn

Andlegur stuðningur frá fjölskyldu skiptir miklu máli varðandi vellíðan allra aldurshópa. Í rannsókn Þórodds Bjarnasonar og Þórólfs Þórlindssonar (1992) kemur fram að þau börn og ungmenni sem segjast njóta andlegs stuðnings frá fjölskyldu sýna síður sjálfsvígshæðun og gefa síður til kynna einkenni þunglyndis. Erlendar rannsóknir sýna að einnig hafa ósætti og ósamkvæmni foreldra mikil áhrif á sálfélagslegan þroska barna (Rutter og Cox, 1985). Tæpur helmingur fyrstu 100 sjúklinga sem lögðust inn á barna-og unglingageðdeild Landspítalans höfðu búið við verulegt ósætti milli foreldra og/eða skilnað (Valgerður Baldursdóttir og Tómas Helgason 1994).

Í rannsókn Sigrúnar Aðalbjarnardóttur á áhættuhegðun unglunga (Sigrún Aðalbjarnardóttir og Kristján Blöndal 1995b) kemur fram að tilfinningalegur stuðningur foreldra, virðist skipta máli í tengslum við áfengisneyslu unglunga, en áfengisneysla er mikill áhættuþáttur sjálfsvíga. Ef unglingstúlkur töldu sig fá mikinn stuðning frá foreldrum sínum var ólíklegra að þær hefðu neytt áfengis. Slík tengsl komu þó ekki fram hjá piltum. Hins vegar skipti stuðningur foreldra máli í tilviki pilta sem neyttu áfengis og áttu félaga sem drukku oft. Þeir sem töldu sig fá mikinn stuðning frá foreldrum, drukku sjaldnar en þeir sem ekki upplifðu eins mikinn stuðning frá foreldrum. Hjá stúlkum dró stuðningur foreldra úr tengslum á milli annars vegar þunglyndis, streitu og árasargirni þeirra og hins vegar hversu oft þær höfðu neytt áfengis. Sem dæmi má taka að í hópi þunglyndra stúlkna virtust þær hafa sjaldnar neytt áfengis sem töldu sig fá mikinn stuðning frá foreldrum en þær sem upplifðu ekki eins mikinn stuðning frá foreldrum. Áfengisneysla vana skipti miklu máli um hvort og hve oft unglingarnir höfðu neytt áfengis; þeir sem áttu vini sem drukku oft, neyttu oftar áfengis. Stuðningur frá vinum virtist hins vegar ekki hafa áhrif á áfengisneyslu pilta en því meiri stuðning sem stúlkurnar töldu sig njóta frá vinum því meiri líkur voru á að þær neyttu áfengis. Þannig virðist vera nokkur munur á áhrifum fjölskyldu og vinahóps á áfengisneyslu unglunga eftir því hvort í hlut eiga stúlkur eða piltar.

Rannsókn lögreglunnar í Reykjavík á þeim sem handteknir voru vegna fíkniefnamála sýndi að margir þeirra áttu í samskiptaörðugleikum við foreldra sína og að fyrstu fíkniefnin voru fengin frá vinahópnum (Karl Steinar Valsson, 1995). Á hinn bóginn er rétt að hafa í huga að með stuðningi við fjölskylduna er líklega best að ná árangri í forvörnum gegn andlegri vanlíðan og veita persónulegan stuðning í kreppu, auk þess sem auðveldasti aðgangur er að henni (Johnson og Maile, 1987). Heilbrigt samband, öflugur stuðningur foreldra, uppeldi og þekking á mannlegri hegðun á góðum og erfiðum stundum er líklega ein farsælasta vörn gegn sjálfsvígum sem samfélagið býr yfir.

Í rannsókn á sjálfsvígum unglunga hér á landi (Landlæknisembættið, óbirt skýrsla) kom í ljós að helmingur unglunga hafði minnst á hugmynd sína um sjálfsvíg, oftast við jafningja en yfirleitt ekki við foreldra. Samkvæmt rannsóknnum í Bandaríkjunum (Joffe o.fl., 1988) höfðu 28% 15-19 ára unglunga hugsað um sjálfsvíg, en mæður þeirra einungis vitað um það í 1-2% tilfella. Þessar niðurstöður gefa til kynna að lítið brot þeirra sem hugleiða sjálfsvíg treysta sínum nánustu fyrir því.

5.10. Kirkjan

Í flestum löndum mótmælenda er litið á sjálfsvíg sem mannlegan harmleik og félagslegt vandamál og síður sem viðfangsefni sem krefst heimspeki-legra og guðfræðilegra skilgreininga. Hin opinbera fordæming sem áður var ríkjandi, t.d. innan kaþólsku kirkjunnar hefur þokað fyrir mannúð og umburðarlyndi. Segja má að sjálfsvígð sé nú fremur viðfangsefni hinna praktísku greina í starfi prestsins og safnaðarins - þ.e. sálgæslunnar fremur en trúfræðinnar.

Húsvitjunarskylda presta hefur í raun aldrei verið numin úr lögum. Þess vegna ber þeim og sóknarnefndum á vissan hátt að sinna forvörnum í sambandi við þá hópa fólks sem eru í sérstakri hættu. Þeir geta haft frumkvæði ef á þarf að halda. Ástæða er til að ætla að með tilkomu hjúkrunarmenntaðra djákna til starfa í söfnuðunum verði hægt að efla mjög forvarnarstarf með heimsóknarþjónustu og sálgæslu í tengslum við hana.

Að því marki sem leiðir til úrbóta snúa að kirkjunni og starfsmönnum safnaða þarf að styrkja og efla samstarf þeirra við aðra aðila, einkum lækna og hjúkrunarfólk, kennara, námsráðgjafa og lögreglu þegar bregðast þarf við áfalli í sambandi við sjálfsvígstilraun eða sjálfsvíg. Markviss eftirfylgd hlýtur að byggja á samstarfi þessara ólíku aðila og hún er ein tegund áfalla-hjálpar. Þetta samstarf þarf að byggja á faglegum grunni þar sem sérþekking ólíkra starfsstétta er virt og viðurkennd.

Mikilvægt er að prestar séu í sem nánustu samstarfi við þá sem að þessum málum koma, bæði til þess að geta greint hættuna á sjálfsvígi og til að geta brugðist við henni. Á þessu sviði þarf að efla markvisst samstarf og samráð milli presta og heilbrigðisstarfsfólks og annarra fagaðila.

Aðstæður presta eru ólíkar eftir því hvort þeir starfa á Stór-Reykjavíkursvæðinu eða annars staðar í dreifbýlisprestaköllum þar sem prestur og sóknar börn búa oft við einangrun og skort á sérfræðiaðstoð. Á meðan ekki er hægt að fá sérfræðiaðstoð í heimahéraði ætti að vera hægt að virkja þá sérþekkingu sem fyrir hendi er á Stór-Reykjavíkursvæðinu og sjúkrahúsprestar geta á slíkum stöðum gegnt lykilhlutverki.

Í þéttbýli á landsbyggðinni má búast við því að prestur geti á ýmsan hátt virkjað bæði formlegar og óformlegar leiðir til stuðnings. Hann er í nánum tengslum við líf fólksins og boðleiðir eru stuttar og greiðar í ýmsar áttir, til lögreglu, skóla og sjúkrahúss.

Á Stór-Reykjavíkursvæðinu þarf að hafa meira fyrir því að mynda slíkar boðleiðir og þær verða formlegri. Þar á móti kemur að við sjúkrahús og ýmsar aðrar hjúkrunarstofnanir eru nú starfandi prestar og djáknar með sérmenntun. Efla þarf tengslin milli sérþjónustupresta og sóknarpresta skjólstaðinganna.

5.11. Rauðakrosshúsið

Rauðakrosshúsið er neyðarathvarf í Reykjavík fyrir börn og ungmenni en þar hefur verið rekin neyðarsímaþjónusta allan sólarhringinn frá árinu 1987. Símaþjónustan er fyrir börn, unglinga og aðstandendur þeirra, en fullorðnir einstaklingar með sjálfsvígshugsanir hafa einnig notað þjónustuna. Fjöldi skráðra símtala var frá upphafi til ársins 1995 um 30.000. Erindin eru misjafnlega alvarleg, allt frá vanlíðan og skorti á lífslöngun til bráðrar lífshættu. Mörg ungmennanna hafa misst náinn ættingja eða vin, eru ósátt við skilnað foreldra sinna, hafa orðið fyrir kynferðislegri misnotkun og vímuefnaneysla þeirra hefur farið úr böndunum. Ástarsorg og erfiðleikar í námi koma einnig fram. En í flestum tilfellum er ástæða þess að hringt er margir samverkandi þættir. Það fer því eftir eðli símtalanna hvernig starfsfólk bregst við, hvort kallað er á utanaðkomandi hjálp t.d. aðstandendur, sóknarprest, lögreglu, starfsfólk heilbrigðisþjónustu eða skóla, eða hvort einstaklingurinn getur sjálfur leitað eftir hjálp. Trúnaðarsími Rauðakrosshússins er 800 5151.

5.12. Lögreglan

Lögreglan í Reykjavík þarf ósjaldan að koma einstaklingum, sem ákveðið hafa að svipta sig lífi, til hjálpar. Hér getur verið um að ræða lyfjainntöku, sjálfsskaðandi áverka, að ætlunin sé að kasta sér í höfnina svo að dæmi séu tekin. Í tilvikum sem þessum eða þar sem grunur leikur á að eitthvað alvarlegt búi undir er undantekningarlaust kallað á sjúkrabíl og viðkomandi komið undir læknishendur (Karl Steinar Valsson, 1995, munnleg heimild). Eftirleikurinn er síðan í höndum heilbrigðisstarfsfólks. Lögreglan gerir skýrslu um atburðinn. Utan Reykjavíkur eru sams konar starfsaðferðir viðhafðar en sums staðar sér lögregla um sjúkraflutninga.

Ef einstaklingur hringir á Lögreglustöðina í Reykjavík og hótar að fremja sjálfsvíg tekur sérþjáfað starfsfólk að sér að ræða við hann í símann, reynir að telja honum hughvarf og um leið er sendur sjúkrabíll og lögreglubíll á

staðinn. Í ýmsum löndum er oftast margra ára eða áratuga löng hefð fyrir því hvernig taka beri á slíkum málum.

5.13. Félagsmálastofnanir sveitarfélaga

Félagsmálastofnanir sveitarfélaga hafa margs kyns þjónustu og aðstoð á sínum vegum sem vega þungt í almennum forvörnum gegn sjálfsvígum. Þar má nefna stuðning við fjölskyldur, svo sem félagslega ráðgjöf, fjárhagsaðstoð, félagslega heimaþjónustu, þjónustu við börn og unglinga, aðstoð við áfengissjúka og vímuvarnir. Félagsmálastofnanir hafa sérstaka þjónustu á hendi fyrir unglinga með meðferð og ráðgjöf, athvörf og sambýli. Aldraðir njóta einnig viðamikillar þjónustu með vistun, heimaaðstoð og á félagsmiðstöðvum.

Undanfarin ár hefur verið lögð áhersla á að þjónusta félagsmálastofnana taki meira mið af þörfum einstaklingsins og að þjónustan sé færð nær umhverfi hans. Í samræmi við það sjónarmið hefur aukin áhersla verið lögð á þjónustu við aldraða í heimahúsum og þjónusta í hverfum verið aukin.

Félagsmálastofnun Reykjavíkur hefur staðið fyrir athyglisverðri tilraun í Grafarvogshverfi í Reykjavík, en þar hefur verið gert sérstakt átak til að kynna starfsemi Félagsmálastofnunar og komið á samstarfi við skóla, lögreglu, þeirra sem sinna tómstundarmálum um aukna samræmingu. Hefur reynsla af þessu verkefni lofað góðu og er þessi starfsemi í samræmi við tillögur nefndar um tíðni og orsakir sjálfsvíga um samstarf í almennum forvörnum gegn sjálfsvígum.

5.14. Barnaverndarstofa

Barnaverndarstofa hóf starfsemi sína 1. júní 1995. Samkvæmt reglugerð skal stofan vinna að samhæfingu og eflingu barnaverndarstarfs og fara með daglega stjórn barnaverndarmála á landsvísu.

Barnaverndarstofu berast allar umsóknir frá barnaverndarnefndum um greiningarvistun, meðferðarvistun, langtímameðferð og fóstur fyrir börn og ungmenni þar sem starfsmenn barnaverndarnefndar í viðkomandi sveitarfélagi meta hvort frekari meðferðar sé þörf eða hvort bjargræði sveitarfélagsins nægja. Mörg barnanna sem sótt er um fyrir eiga við margvíslegan vanda stríða. Þannig er algengt að þessi börn eigi við hegðunar-, geðræn-

eða félagsleg vandamál að stríða. Einnig er algengt að það beri á sjálfs-eyðileggjandi hegðun hjá unglingunum, svo sem neyslu áfengis og annarra eiturefna.

Á vegum Barnaverndarstofu eru nú rekin fjögur meðferðarheimili, auk nýrrar meðferðarstöðvar ríkisins fyrir unglinga á Stuðlum. Við Barnaverndarstofu starfar einnig fagteymi sem er þverfaglegt. Í því skal sitja samkvæmt reglugerð fulltrúi frá Barna- og unglingageðdeild, Meðferðarstöð ríkisins fyrir unglinga og frá Barnaverndarstofu. Teymið heldur fundi á tveggja vikna fresti. Leitast er við að bregðast við þeim umsóknum þar sem um áhættuhegðun er að ræða með samvinnu og flýtimeðferð.

5.15. Aðstoð við aldraða

Eins og fram hefur komið fær stór hluti þeirra sem á við verulegt þunglyndi að stríða enga eða ófullnægjandi meðferð og á það jafnt við um aldraða sem aðra aldurshópa. Nákvæm greining þunglyndis er frumskilyrði fyrir meðhöndlun. Hugsanlegt er að í einhverjum tilfellum sé vægt þunglyndi hjá öldruðum vangreint vegna annarra vandamála, svo sem félagslegrar einangrunar og líkamlegrar og andlegrar hrörnunar (*dementia*) (Stokes, 1992).

Félagsleg einangrun er einnig þáttur sem vert er að hafa í huga þegar eldra fólk á í hlut. Rannsókn Lowenthal og Haven (1968) á hópi einstaklinga 60 ára og eldri í Englandi sýndi að minni líkur voru á þunglyndi hjá þeim sem nutu andlegs stuðnings eins eða fleiri vina og vandamanna. Tíðni samskipta virtist ekki skipta máli heldur fremur hinn náni andlegi stuðningur sem veittur var í samskiptunum.

Osgood (1992) bendir á að bregðast þurfi við þunglyndi, áfengissýki og hugsanlegu sjálfsvígi meðal eldra fólks. Áherslan eigi að vera á viðtölum þar sem greina má þunglyndi, líkamlega þjálfun og próf á rannsóknastofum. Í Hollandi er lagt til að reynt sé að ná til eldra fólks gegnum sjónvarp eða aðra fjölmiðla, koma skilaboðum um hvernig greina megi þunglyndi og virkja aðstandendur og vini til að berjast gegn sjálfsvígstilhneigingu (Kerkhof o.fl., 1991).

Aðrir leggja áherslu á nám og þjálfun þeirra sem annast aldraða (Osgood, 1991). Í því sambandi má nefna kennslu í meðhöndlun og greiningu þunglyndis og áfengissýki á byrjunarstigi og tengsl þess við sjálfsvíg. Til að

koma til móts við þarfir eldra fólks þurfi að auka og byggja upp þjónustu sem snýr að almennri líkamlegri heilsu og andlegri heilsu, auk þess að draga úr aðgengi að vopnum.

Auðvelda þarf eldra fólki aðgang að meðferðarúrræðum. Þessi aldurshópur hefur ekki vanist því að leita til geðlækna, sálfræðinga eða félagsráðgjafa. Styrkja þyrfti stöðu sálfræðinga og félagsráðgjafa hjá stofnunum sem aldradír sækja eða búa á. Rannsókn á árangri í forvörnum gegn sjálfsvígum á Englandi sýndi að meðferð við þunglyndi og skert aðgengi að banvænum efnum og vopnum er árangursríkara sem forvörn fyrir eldra fólk en kreppuafstöð á vegum forvarnamiðstöðva og fræðsluáætlanir henta betur þegar unglingar eiga í hlut (Lester, 1994).

5.16. Takmörkun aðgengis að banvænum efnum og vopnum

Árið 1970 var kolmónoxíð eða kolsýringsinnihaldi við gashitun í Bretlandi lækkað niður í 1/6 þess hlutar sem áður tíðkaðist. Við það fækkaði sjálfsvígum með gasi úr 40% niður í 10% af öllum sjálfsvígum, án þess að umtalsverð aukning yrði á öðrum aðferðum (Shaffer o.fl., 1988 í Berman og Jobes). Svipað kom í ljós þegar reglur um útblástur bifreiða í Bandaríkjunum voru hertar (Clarke og Lester, 1987).

Of stór skammtur lyfja er algeng aðferð við sjálfsvígstilraunir. Bent hefur verið á að mikilvægt sé að draga úr lyfjamagni og aðgengi að lyfjum (Berman og Jobes, 1992).

Lester og Murrell (1980) athuguðu sjálfsvíg í 48 ríkjum Bandaríkjanna á árunum 1960 og 1970 og komust að því að í ríkjum þar sem eftirlit með skammbyssueign var strangast var lægst tíðni sjálfsvíga með skotvopnum og einnig lægst heildartíðni sjálfsvíga. Í þessum ríkjum var ekki hærri tíðni sjálfsvíga með eitrun eða hengingu, þótt sjálfsvíg með öðrum aðferðum væru tíðari. Könnun í Toronto sýndi að eftir að eftirliti með byssueign var komið á lækkaði tíðni sjálfsvíga með skotvopnum hjá körlum, en hlutfall þeirra sem stúku fyrir lest, jókst (Rich og Young, 1988). Í heildina var engin breyting á tíðni sjálfsvíga.

Reynsla annarra þjóða sýnir að líklegt er að draga megí úr sjálfsvígum með því að takmarka aðgang að skotvopnum. Hið háa hlutfall þeirra sem fremja sjálfsvíg með skotvopnum hér á landi sýnir að úrbóta á þessu sviði er þörf og nauðsynlegt er að ákvæðum laga um meðferð skotvopna sé fylgt eftir.

Guðrún Jónsdóttir (1977) vekur athygli á því að í engu landi Norður-Evrópu nema Íslandi sé sjálfsmorð með skotvopni algengasta aðferðin. Bendir hún á að sé þeim mun athyglisverðara þar sem Ísland sé eitt af fáum löndum þar sem ekki er herskylda og vopnaburður hefur ekki tíðkast um aldir.

6. Umræða um tillögur til úrbóta

6.1. *Inngangur*

Hér að framan hefur verið fjallað almennt um áhættuþætti sem leitt geta til sjálfsvígs og helstu leiðir til úrbóta. Áhersla hefur verið lögð á að varnir gegn sjálfsvígum nái til margra sviða og stofnana samfélagsins, til heilbrigðiskerfis og félagsmála, menntamála, dóms- og kirkjumála, svo og sveitarfélaga og ýmissa félagasamtaka.

Í tillögum nefndarinnar er lögð áhersla á að nýta beri þá þjónustu og þau úrræði sem fyrir hendi eru og samhæfa hana. Til þess að nýta þá þjónustu sem fyrir er til baráttu gegn sjálfsvígum og stuðla að markvissari sjálfsvígs-vörnum er nauðsynlegt að efla fræðslu á öllum sviðum, samræma aðgerðir ólíkra aðila og fylgja því eftir að úrbætur séu gerðar. Til þess að slíkt sé fært þarf að stuðla að sérþekkingu um sjálfsvígsatferli og skilgreina ábyrgð á vörnum gegn sjálfsvígum.

Tillögur nefndar um tíðni og orsakir sjálfsvíga og leiðir til úrbóta koma fram í samantekt í upphafi skýrslunnar. Hér á eftir verður fjallað almennt um tillögurnar.

6.2. *Almennar fyrirbyggjandi aðgerðir*

Í fyrri köflum hefur verið bent á almennar aðgerðir sem stuðla að bættri líðan einstaklinga, bættum fjölskyldutengslum og heilbrigðara lífverni og eru mikilvægar við að draga úr sjálfsvígum. Erfitt er að rekja beinar orsakir sjálfsvíga en ljóst er að aukin andleg og líkamleg heilbrigði almennings hefur mikið gildi fyrir sjálfsvígsvarnir. Einstaklingur sem hefur lært að bregðast við streitu og neikvæðum tilfinningum, er í góðum félagslegum tengslum, iðkar íþróttir eða leggur stund á annað tómstundastarf er hæfari til að takast á við það sem mætir honum í lífinu og því ólíklegri að hann leiðist út á brautir sem leitt geta til sjálfsvígs. Mikilvægt er því að skapa einstaklingnum aðstæður til þess að tileinka sér slíka hæfni og veita honum viðeigandi stuðning. Þessi áhersla er í samræmi við stefnu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar, „heilbrigði fyrir alla árið 2000“, en þar er litið á sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir sem almennt heilbrigðisvandamál sem bregðast eigi við á samfélagsgrunni.

Mikilvægt er því að íslensk stjórnvöld nálgist sjálfsvígsvandann í tengslum við almennar forvarnir. Jafnframt er brýnt að þróa ráðgjöf og leiðbeiningar til að bæta heilbrigðisþjónustu og félagslega þjónustu við fólk í sjálfsvígshættu.

Tengsl milli áfengis- og fíkniefnanotkunar og sjálfsvíga eru skýr. Almennar ráðstafanir til að minnka fíkniefna-, áfengis- og tóbaksnotkun eru því líklegar til að draga úr sjálfsvígum. Því ber að efla starfsemi þeirra sem fást við varnir gegn neyslu þessara efna.

Almennar aðgerðir gegn sjálfsvígum þurfa að ná til sem flestra þjóðfélagsþegna. Stuðningur við fjölskyldu og viðleitni til að bæta tengsl foreldra og unglinga, forvarnir og fræðsla um áhættuþætti sjálfsvíga meðal nemenda og kennara og annars starfsfólks í skólum, efling íþróttaiðkunar og fíkniefnavarna eru allt veigamiklir þættir.

Styðja þarf við rannsóknir líkt og unnar hafa verið af Rannsóknastofnun uppeldis- og menntamála og öðrum fagaðilum meðal unglinga og vinna markvisst að því að þróa vísa sem gera kleift að greina áhættuhópa sem beita má í forvarnarstarfi meðal unglinganna.

Styðja þarf við rannsóknir á áhættuþáttum sjálfsvíga, sérstaklega meðal þeirra þjóðfélagshópa þar sem aukning hefur verið í sjálfsvígum, þ.e. ungra karla og kvenna á aldrinum 55-64 ára, og meðal hópa sem taldir eru í sérstakri hættu vegna atvinnu- og þjóðfélagsbreytinga, t.d. atvinnulausra.

Sýnt hefur verið fram á að fréttáflutningur fjölmiðla um sjálfsvíg getur í vissum tilvikum ýtt undir frekari sjálfsvíg. Íslenskir fjölmiðlar hafa sýnt ábyrgð hvað þetta snertir. Mikilvægt er að samvinna við fjölmiðla verði með þeim hætti að hlutlægar upplýsingar komist til skila til almennings þannig að þær leiði til aukins skilnings á þeim vanda sem við er að etja.

6.3 Forvarnir í skólum og félagsmál

Nefndin gerir að tillögu sinni að unnin verði forvarnaáætlun fyrir skóla sem framfylgt verði í starfi þeirra. Gerð verði tilraun með slíka áætlun í nokkrum grunn- og framhaldsskólum. Áætlunin nái til líkamlegrar, andlegrar og félagslegrar heilsueflingar, líkt og í „evrópsku neti heilsueflandi skóla“ sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur unnið að.

Þegar er kominn vísir að kennsluefni sem á vel við þær áherslur sem leggja þarf við varnir gegn sjálfsvígum. Mikilvægt er að haldið verði áfram á þeirri braut.

Mikilvægt er að kennarar og starfsfólk skóla eigi kost á endurmenntun á

fjögurra til fimm ára fresti til þess að geta sinnt forvarnarstarfi. Foreldrum verði einnig gefinn kostur á námskeiðum um áhættuþætti sjálfsvígssatferli.

Unnið verði að sérstakri aðstoð fyrir áhættuhópa í skólum, líkt og gert hefur verið í skólum í Boston í Bandaríkjunum. Áhersla verði lögð á greiningu áhættuhegðunar hjá börnum og unglingum og aðstoð sérfræðinga við nemendur og kennara inni í skólunum.

Æskileg væri að efla félagslega þjónustu við almenning líkt og Félagsmálastofnun hefur gert með tilraun í Grafarvogshverfi í Reykjavík. Þar hefur verið gert sérstakt átak til að kynna starfsemi Félagsmálastofnunar og komið á samstarfi við skóla, lögreglu, þeirra sem sinna tómstundarmálum um aukna samræmingu í starfsemi þessara mismunandi aðila.

Mikilvægt er að auðvelda aðgang almennings að íþróttaaðstöðu og stefna að því að auka íþróttapátttöku þjóðfélagshópa sem afskiptir hafa verið á því sviði.

Mikilvægt er að styðja við starfsemi félagsmiðstöðva og annarra aðila sem sinna tómstundastarfi fyrir unglinga og leitast við að auka pátttöku foreldra í þessu starfi.

Eins og fram hefur komið í skýrslu nefndarinnar er fjölskyldan mikilvægur vettvangur til stuðnings einstaklingnum. Mikilvægt er því að fjölskyldur hafi aðgang að aðstoð og ráðgjöf þegar við sérstaka erfiðleika er að etja.

6.4. Úrræði innan heilbrigðiskerfisins

Þeir sem gert hafa sjálfsvígstilraunir koma oftast til meðferðar á sjúkrahúsi. Því er afar mikilvægt að þeir sem koma til meðferðar vegna sjálfsáverka fái einnig meðferð við geðrænum vandamálum. Til að treysta þjónustu við þá sem eru í aukinni hættu vegna fyrri sjálfsvígstilrauna er nauðsynlegt að unnið verði áfram að því að bæta skráningu sjálfsvígstilrauna og samhæfa skráningu í heilbrigðiskerfinu. Mikilvægt er að öll sjúkrahús og heilsugæslustöðvar skrái sjálfsvígstilraunir nákvæmlega og að reglulega verði úttekt á skráningu sjálfsvígstilrauna. Grun um sjálfsvígstilraun þarf að fylgja eftir með því að spyrja viðkomandi um áverka og aðstæður og kallaðir til sérfræðingar ef við á.

Þeir sem gert hafa sjálfsvígstilraunir koma oftast til meðferðar á bráðamóttöku og er í sumum tilvikum vísað á aðrar deildir til frekari meðferðar, svo sem á skurð- og lyflækningadeildum. Mikilvægt er að jafnframt því sem

tekið er á líkamlegum einkennum sé viðkomandi gefinn kostur á geðlæknisfræðilegri eða sálfræðilegri aðstoð.

Æskilegt er að kannað verði hvort leiðir eru færar til að miðla upplýsingum um sjálfsvígstilraunir, innan ramma trúnaðar, til ólíkra fagaðila sem sinna meðferð einstaklinga í sjálfsvígshættu.

Styrkja ber meðferðarstofnanir fyrir áfengis- og fíkniefnaneytendur þannig að þeir sem þurfa hafi möguleika á að fara í meðferð. Mikilvægt er að meta árangur af meðferð og einkum hvernig meðferðarúrræði henta best ungu fólki.

Auka þarf fræðslu til heilbrigðisstarfsfólks og annars fagfólks á áhættuþáttum sjálfsvígs.

Mikilvægt er að auka þjónustu fyrir fjölskyldur þeirra sem framið hafa sjálfsvíg eða gert sjálfsvígstilraun og koma til meðferðar innan heilbrigðiskerfisins.

6.5. Framkvæmd áætlunar til fimm ára í vörnum gegn sjálfsvígum

Nefndin leggur til að stofnuð verði framkvæmdastjórn sem skipuleggi og fylgi eftir vörnum gegn sjálfsvígum. Stjórnin verði skipuð fulltrúum heilbrigðisráðuneytis, félagsmálaráðuneytis, menntamálaráðuneytis og dóms- og kirkjumálaráðuneytis. Framkvæmdastjórnin vinni samkvæmt áætlun til fimm ára um forvarnir gegn sjálfsvígum og taki sú áætlun mið af tillögum nefndar um könnun á tíðni og orsökum sjálfsvígna. Framkvæmdastjórnin hafi einn til tvo starfsmenn til að framfylgja áætluninni, og komi m.a. á laggirnar þeim teyimum sérfræðinga til forvarnar- og meðferðarstarfs, sem nefndin leggur til að verði skipulögð. Áhersla verði lögð á að yfirbygging starfseminnar sé í lágmarki en reikna má með því að kostnaður við þá samhæfingu aðgerða sem lagðar eru til muni nema um kr. 6-8 millj. á ári, sé tekið mið af kostnaði við sambærilegar aðgerðir hjá öðrum þjóðum.

Nefndin leggur áherslu á að tekið verði mið af reynslu þeirra þjóða sem náð hafa árangri á þessu sviði. Í ljósi þess leggur nefndin til að fjögurra manna hópur sérfræðinga verði framkvæmdastjórninni til faglegrar ráðgjafar þegar þurfa þykir. Af þeim verði tveir erlendir sérfræðingar sem þekkingu og reynslu hafa af vörnum gegn sjálfsvígum í sínu heimalandi. Lagt verði mat á árangur að tveimur árum liðnum og ákvarðanir teknar um framhald að því loknu.

Heimildaskrá

- Að ná tökum á tilverunni. (1995). Efni þróað í samstarfi Alþjóðasambands Lionsklúbba og Alþjóðafraeðslustofnunarinnar Quest. Reykjavík: Námsgagnastofnun.
- Allebeck, P. og Wistedt, B. (1986). Suicide and violent death among patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 74; 43-9.
- Allebeck, P., Bolund, C. og Ringback, G. (1989). Increased suicide rate in cancer patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42; 611-616.
- Arnetz, B.B., Horte, L.G., Hedberg, A., Theorell, T., Allender, E. og Walker, H. (1987). Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75; 139-143.
- Austin, R.L., Bologna, M. og Dodge, H.H. (1992). Sex-role change, anomie and female suicide: A test of alternative Durkheimian explanations. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 22 (2); 197-225.
- Barracough, B. (1987). *Suicide*. London: Croom Helm.
- Barracough, B., Bunch, J., Nelson, B. og Sainsbury, P. (1974). A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *British Journal of Psychiatry*, 125; 355.
- Barracough, B., Shepard, D. og Jennings, C. (1977). Do newspaper reports incite people to commit suicide? *British Journal of Psychiatry*, 131; 528-532.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. og Emery, G. (1978). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. New York: Guildford Press.
- Beck, A.T. og Steer, R.A. (1989). Clinical predictors of eventual suicide: A 5-10 year prospective study of suicide attempters. *Journal of Affective Disorder*, 17; 203-209.
- Beck, A.T., Brown, G. og Steer, R.A. (1989a). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57; 309-310.
- Beck, A.T., Brown, G. og Stewart, B.L. (1989b). Cognitive predictors of eventual suicide. Í D. Lester (ritstj.) *Suicide '89*, bls. 284-285. Denver: AAS.
- Beck, A.T., Steer, R., Kovacs, M. og Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide. *American Journal of Psychiatry*, 142; 559-563.
- Berman, A.L. og Jobes, D.A. (1992). *Adolescent Suicide Assessment and Intervention*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bille-Brahe, U. (1993). *WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Facts and Figures*. Kaupmannahöfn: WHO Regional Office for Europe.
- Bille-Brahe, U. og Jessen, G. (1991). Suicide in the five Nordic countries. Í T. Bjerke og T.C. Stiles (ritstj.) *Suicide Attempts in the Nordic Countries. Epidemiology and Treatment* (bls. 45-56). Trondheim: Tapir forlag.
- Bille-Brahe, U. og Wang, A.G. (1985). Attempted suicide in Denmark. *Social Psychiatry*, 20; 163-170.
- Bollen, K. og Phillips, D.P. (1981). Suicidal motor vehicle fatalities in Detroit: A replication. *American Journal of Sociology*, 84; 404-412.
- Bollen, K. og Phillips, D.P. (1982). Imitative suicides: A national study of the effects of television news stories. *American Sociological Review*, 47; 802-809.
- Bolund, C. (1985). Suicide and cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 3 (1); 17-52.
- Borg, S.E. (1991). Active intervention and comprehensive services following suicide attempts: A community-based program. Í T. Bjerke og T.C. Stiles (ritstj.) *Suicide Attempts in the Nordic Countries. Epidemiology and Treatment* (bls.191-198). Trondheim: Tapir forlag.

- Brittlebank, A.D., Cole, A., Hassanyeh, F. o.fl. (1990). Hostility, hopelessness and deliberate selfharm: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81; 280-283.
- Candwell, C.B. og Gottesman, I.I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophren Bull*, 16; 571-89.
- Clarke, R.V. og Lester, D. (1987). Toxicity of car exhausts and opportunity for suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 41; 114-120.
- Cohen-Sandler, R., Berman, A. og King, R. (1982a). Life stress and symptomatology. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21; 178-186.
- Cohen-Sandler, R., Berman, A. og King, R. (1982b). A follow-up study of hospitalized suicidal children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21; 398-403.
- Colt, G.W. (1987). The history of the suicide survivor: The mark of cain. Í E.J. Dunne, J.L. McIntosh og K. Dunne-Maxim (ritstj.) *Suicide and Its Aftermath*. New York: W.W. Norton.
- Cumming, E. og Lazer, C. (1981). Kinship structure and suicide. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 18; 271-282.
- Durkheim, E. (1952). *Suicide: a Study in Sociology*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Edelstein, W., Grundmann, M., Hofmann, V. & Schellhas, B. (1992). *Family determinants and cognitive consequences of the development of anxiety and depression*. Veggspjald á ráðstefnunni The Vth European Conference on Developmental Psychology. Sevilla, Spáni, 6.-9. september.
- Edelstein, W., Keller, M. og Schröder, E. (1990). Child development and social structure: A longitudinal study of individual differences. Í P.B. Baltes, D.L. Featherman, og R.M. Lerner (ritstj.) *Life-span development and behavior* (Vol. 10, pp. 152-183) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fowler, R.C., Rich, C.L. og Young, D. (1986). San Diego suicide study. II. Substance abuse in young cases. *Archives of General Psychiatry*, 43; 962-965.
- Fuse, T. (1980). To be or not to be. *Stress*, 1 (3); 18-25.
- Gelder, M., Gath, D. og Mayou, R. (ritstj.). (1989). *Oxford Textbook of Psychiatry*. 2. útg. New York: Oxford University Press.
- Guðrún Jónsdóttir. (1977). Sjálfsmorð á Íslandi 1962-1973. *Læknablaðið*. 63(3-4): 47-63.
- Guðrún Jónsdóttir og Páll Sigurðsson. (1978). Sjálfsvígðstílaunir. *Afmælisrit, Borgarspítali 10 ára. Fylgirit Læknablaðsins*, nr. 6
- Hammerlin, Y. og Schjelderup, G. (1994). Når livet blir en byrde: selvmordsforståelser og problemer ved forebygging. Oslo: Gyldendal.
- Hauser, M.J. (1987). Special aspects of grief after suicide. Í E.J. Dunne, J.L. McIntosh og K. Dunne-Maxim (ritstj.) *Suicide and Its Aftermath*, New York: W.W. Norton.
- Heikkinen, M., Aro, H. og Lönnqvist, J. (1994). Recent life events, social support and suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377; 65-72.
- Helsedirektoratet. (1993). *Nasjonalt program for forebygging av selvmord i Norge*. Oslo: Helsedirektoratets utredningsserie.
- Hengeveld, M.W. (1994). Implications for the management of suicide attempters in general hospitals. Í A.J.F.M Kerkhof,, A. Schmidke, U. Bille-Brahe, D. De Leo, og J. Lönnqvist, (ritstj.) *Attempted Suicide in Europe*. Leiden: DSWO Press, Leiden University og World Health Organization.
- Henriksson, M., Marttunen, M., Aro, H., Heikkinen, M., Isometsa, Kuoppasalmi, K. og Lönnqvist, J. (1992). *Mental Disorder and comorbidity in suicide*: Abstract presented at the 4th European symposium on Suicide Behavior, 10.-13. June 1992, Odense, Denmark.
- Hiroto, D.S. og Seligman, M.E.P. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31; 311-327.
- Hólmfríður Gunnarsdóttir og Vilhjálmur Rafnsson. (1992). Mortality among female

- manual workers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46; 601-604.
- Hólmfríður Gunnarsdóttir og Vilhjálmur Rafnsson. (1995). Mortality among Icelandic nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 21 (1);24-29.
- Husain, S.A. og Vandiver, T. (1984). *Suicide in Children and Adolescents*. New York: Spectrum.
- Ingibjörg Kaldalóns, Þórdís J. Sigurðardóttir og Þóroddur Bjarnason. (1994). *Vímuefnaneysla frambaldsskólanema 1992-1994. Niðurstöður*. Reykjavík: Rannsóknastofnun uppeldis- og menntamála.
- Jacobson, G.F. og Portuges, S.H. (1978). Relation of marital separation and divorce to suicide. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 8; 217-224.
- Jobes, D.A. og Berman, A.L. (1984). *Response biases and the impact of psychological autopsies on medical examiners' determination on mode of death*. Paper presented at the annual meeting of the American Association of Suicidology. Anchorage, AK.
- Joffe, R.T., Offord, D.R. og Boyle, M.H. (1988). Ontario child health study: Suicidal behaviour in youth age 12-16 years. *American Journal of Psychiatry*, 145; 1420-1423.
- Johnson, S.W. og Maile, L.J. (1987). *Suicide and the schools: a handbook for prevention, intervention, and rehabilitation*. Springfield, Illinois,: Charles C. Thomas Publishers.
- Jóhanna M. Sigurjónsdóttir, Nanna Briem, Guðrún Jónsdóttir, Sigurður P. Pálsson og Hannes Pétursson. (1993). Tíðni sjálfsvíga hjá þeim sem áður hafa reynt sjálfsvíg. *Læknablaðið*; 79; 335-341.
- Jón G. Stefánsson, Helga Hannesdóttir og Eiríkur Líndal. (1994). A Note on an increasing suicide rate in Iceland. *Arctic Medical Research*, 53 (2); 576-579.
- Karl Steinar Valsson. (1995). *Rannsókn á stöðu fíkniefnamála 1995*. Lögreglan í Reykjavík. (Óútgefin skýrsla)
- Kelly, K.B., Alvé, B., Erdes, L., Erneholm, T., Johannisson, I. og Mattsson-Elofson, E. (1993). Ungdomars hálsovanor och riskbeteenden. Stark kommunal satsning ger bättre hälsa. *Läkartidningen*, 90 (8); 828-835.
- Kerkhof, A.J.F.M. (1985). *Suicide en de Gestelijke Gezondheidszorg*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kerkhof, A.J.F.M., Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D. og Lönnqvist, J. (1994). *Attempted suicide in Europe. Findings from the Multicentre study on parasuicide by the Who Regional Office for Europe*. Leiden: DSWO Press, Leiden University and the World Health Organization.
- Kerkhof, A.J.F.M., Visser, A.Ph., Diekstra, R.F. og Hirschhorn, P.M. (1991). The prevention of suicide among older people in the Netherlands: Interventions in community mental health care. Special Issue: Suicide in the elderly. *Crisis*, 12(2); 59-72.
- King, R. A. (1990). Child and adolescent suicide. Í Michels, R.R. o.fl. (ritstj.) *Psychiatry*, Vol 2. Basic books: New York
- Klebba, A.J. (1970). Mortality from selected causes by marital status. *Vital and Health Statistics*, Series 20, nr. 8.
- Kreitman, N. og Casey, P. (1988). Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 153; 792-800.
- Kristinn Tómasson og Tómas Zoëga. (1993). Sjálfsvíg og önnur voveifleg mannslát á Íslandi 1951-1990. *Læknablaðið*, 79; 71-76.
- Landlæknisembættið. (1993). *Dreifibréf landlæknisembættisins nr. 16*. Reykjavík: höfundur.
- Lester, D. (1972). The myth of suicide prevention. *Comprehensive Psychiatry*, 13; 6.
- Lester, D. (1987). Benefit of marriage for reducing risk of violent death from suicide and homicide for white and non-white persons. *Psychological Reports*, 61; 198.
- Lester, D. (1992). *Why people kill themselves: A 1990s Summary of Research Findings on Suicidal Behavior*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- Lester, D. (1994). Are there unique features of suicide in adults of different ages and development stages? *Omega: Journal of Death and Dying*, 29 (4); 337-348.

- Lester, D. og Murrell, M.E. (1980). The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 137; 121-122.
- Lowenthal, M.F. og Haven, C. (1968). Interaction and adaption: intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*, 33; 20-30.
- Maris, R.W. (1995). Suicide prevention in adults (age 30-65). *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25 (1); 171-9.
- Marshall, J., Burnett, W. og Brasure, J. (1983). On precipitating factors. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 13; 15-27.
- Martinsen, E.W. (1993). Therapeutic implications of exercise for clinically anxious and depressed patients. *International Journal of Sport Psychology*, 24; 185-193.
- Nielsen, J. (ritstj.). (1991). *Health Statistics in the Nordic Countries* 1989. Köbenhavn; Nordic Medico-Statistical Committee.
- Nielsen, J. (ritstj.). (1992). *Health Statistics in the Nordic Countries* 1990. Köbenhavn; Nordic Medico-Statistical Committee.
- Nielsen, J. (ritstj.). (1993). *Health Statistics in the Nordic Countries* 1991. Köbenhavn; Nordic Medico-Statistical Committee.
- Nielsen, J. (ritstj.). (1994). *Health Statistics in the Nordic Countries* 1992. Köbenhavn; Nordic Medico-Statistical Committee.
- Nielsen, J. (ritstj.). (1995). *Health Statistics in the Nordic Countries* 1993. Köbenhavn; Nordic Medico-Statistical Committee.
- Nilsen, B., Wang, A.G. og Bille-Brahe, U. (1990). Attempted suicide in Denmark IV: Attempted suicide-A five year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80; 250-254.
- Noam, G.G. og Borst, S. (1994). *Children, Youth and Suicide: Developmental Perspectives*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Noam, G.G., Winner, K., Rhein, A. og Molad, B. (í prentun). The RALLY- Program: Comprehensive, School-Based Intervention og Support Resiliency in At-Risk Adolescents. *Youth Care*
- Oddur Bjarnason (1982). Association between changes in psychiatric services and increases in suicide rates. *Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 232; 26-23.
- Osgood, N.J. (1991). Prevention of suicide in the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (2); 293-306.
- Osgood, N.J. (1992). Suicide in the elderly: Etiology and assessment. *International Review of Psychiatry*, 4 (2); 217-223.
- Ostroff, R., Giller, E., Bonese, K., Ebersole, E., Harkness, L. og Mason, J. (1982). Neuroendocrine risk factors of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 142; 224-227.
- Páll Sigurðsson og Guðrún Jónsdóttir. (1985). Sjálfsvíg á Norðurlöndum 1880 til 1980. Samanburður milli landa og hugsanlegar skráningarskekkjur. *Læknablaðið*, 71;86-90.
- Phillips, D.P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Journal of Sociology*, 39; 340-354.
- Phillips, D.P. (1979). Suicide, motor vehicle fatalities and the mass media: Evidence toward a theory of suggestion. *American Journal of Sociology*, 84 (5); 1150-1174.
- Phillips, D.P. (1982). The impact of fictional television stories on USA adult fatalities: New evidence on the effect of the mass media on violence. *American Journal of Sociology*, 87; 1340-1359.
- Platt, S.D. og Dyer, J. (1987). Psychological correlates of unemployment among male parasuicides in Edinburgh. *British Journal of Psychiatry*, 151; 27-32.
- Platt, S.D. og Kreitman, N. (1984). Trends in parasuicide and unemployment among men in Edinburgh 1968-1982. *British Medical Journal*, 289; 1029-1032.
- Platt, S.D. og Kreitman, N. (1985). Is unemployment cause of parasuicide? *British Medical Journal*, 290; 161.
- Prasad, A.J. (1985). Neuroendocrine differences between violent and nonviolent parasuicides. *Neuropsychobiology*, 13; 157-159.

- Prevention of Suicide. Guidelines for the formulation and Implementation of national strategies.* (1994). New York: Sameinuðu þjóðirnar.
- Retterstöl, N. (1990). *Selv mord*. Ósló: Universitetsforlaget.
- Retterstöl, N. (1993). *Suicide. A European Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Retterstöl, N. (1995). Alkohol og suicíd. Í G. Riise (ritstj.) *Alkohol og helse: det bagatelliserte alvor*. Oslo: Oslo University Press.
- Reynolds, W.M. (1988). *Suicide Ideation Questionnaire*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rich, C.L. og Young, J.G. (1988). Guns and suicide. Í D. Lester (ritstj.) *Suicide '88* og bls.156. Denver: AAS.
- Robins, E. (1985). Psychiatric Emergencies. Í H.I. Kaplan, og B.J Sadock,. (ritstj.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*, 2. útg., bls. 1311-1315. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Roy, A. (1985). Suicide in doctors. *Psychiatric Clinic of North America*, 8; 377-387.
- Rutter, M. og Cox, A. (1985). Other family influences. Í M. Rutter og L. Hersov (ritstj.) *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*, bls. 58-81. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Rutz, W., Von Knorring, L. og Wålinder, J. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica. Scandinavica*, 80: 151-154.
- Rúnar Vilhjálmsson. (1993). Félagslegar og sálrænar ástæður þunglyndis. *Curator*; 54-62.
- Rúnar Vilhjálmsson, Guðrún Kristjánsdóttir og Eydis Sveinbjarnardóttir. (1996). Factors associated with suicide ideation in adults. (Handrit sent til birtingar).
- Ryerson, D.M. (1990). Suicide awareness education in schools: The development of a core program and subsequent modifications for special population or institutions. *Death studies*, 14; 371-390.
- Ryerson, D.M. og King, B. (1985). *The Adolescent Suicide Awareness Program Manual*. South Bergen Mental Health Center.
- Sainsbury, P. (1986). The epidemiology of suicide. Í A. Roy (ritstj.) *Suicide*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Salkovskis, P.M., Atha, C. og Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide. A controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 157; 871-876.
- Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. (1994). *Ársskýrsla SÁÁ*. Reykjavík: SÁÁ.
- Seligman, M.E.P. (1974). Depression and learned Helplessness. Í R.J. Friedman og M.M. Katz (ritstj.) *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, D.C.: Winston-Wiley.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P. og Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: A critical review. *Journal of American Academic on Child and Adolescent Psychiatry*, 27; 675-687.
- Shaffer, D., Vieland, V., Garland, A., Rojas, M., Underwood, M. og Busner, C. (1990). Adolescent suicide attempters: Response to suicide-prevention programs. *The Journal of the American Medical Association*, 264; 3151-3155.
- Siegel, K. og Tuckel, P. (1984-1985). Rational suicide and the terminally ill cancer patient. *Omega*, 15; 263-269.
- Sigmundur Sigfússon og Birgir Ásgeirsson. (1994). Crises intervention in small communities following adolescent suicides. *Arctic Medical Research*, 53 (2); 573-575.
- Sigrún Aðalbjarnardóttir. (1995). Rannsókn á áfengisneyslu reykvískra unglinga og viðhorfi til drykkju: 30% þeirra sem neyta áfengis drekka illa. *Morgunblaðið* 29.
- Sigrún Aðalbjarnardóttir og Kristjana Blöndal (1995a). Áfengisneysla reykvískra unglinga og viðhorf þeirra til slíkrar neyslu. *Uppeldi og menntun - Tímarit Kennarabáskóla Íslands*, 4; 35-57.

- Sigrún Aðalbjarnardóttir og Kristjana Blöndal (1995b). *Áfengisneysla reykvískra unglunga og samskiptabeimur þeirra*. Fyrirlestur 28. nóvember 1995.
- Sigrún Aðalbjarnardóttir og Kristjana Blöndal. (1996). Tóbaksreykingar og hassneysla reykvískra unglunga og viðhorf þeirra til slíkrar neyslu. (Grein frágengin til birtingar í *Uppeldi og menntun - Tímarit Kennaraháskóla Íslands*, 5).
- Sigurður Páll Pálsson, Guðrún Jónsdóttir og Hannes Pétursson (1990). Emergency psychiatry in general hospital. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 44; 345-352.
- Sigurður Páll Pálsson, Guðrún Jónsdóttir og Hannes Pétursson (1991). Parasuicidal behaviour in an emergency room population. *Nord. Psykiatr. Tidsskr*, 45; 351-356.
- Sigurjón Björnsson. (1980). *Börn í Reykjavík*. Reykjavík: Íðunn.
- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A. o.fl. (1992). Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 149; 221-226.
- Sjálfsmörðstíðni á Íslandi - Fræðslurit* (1993). [Óútgefið] Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Statens helsetilsyn (1995). *Handlingsplan mot selvmord 1994-1998. Projektsplan*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Stenager, E. N. (1991). Forebyggelse og efterbehandling af suicidal adfærd - en litteraturoversikt. *Nord. Med.*; 106: 160-3.
- Stiles, T.C. (1991). Treatment and prevention. Í T. Bjerke og T.C. Stiles (ritstj.) *Suicide Attempts in the Nordic Countries. Epidemiology and Treatment*. Trondheim: Tapir forlag.
- Stiles, T.C., Bille-Brahe, U., Bjerke, T., Lönnquist, J.K., Jacobsson, L. og Wasserman, D., (1993). WHO (Nordic) multicentre study on parasuicide. *Nordic Journal of Psychiatry*; 47: 281-286.
- Stokes, G. (1992). *On Being Old: The Psychology of Later Life*. London: The Falmer Press.
- Suicide Information & Education Center. (1990). *Suicide in Canada*. (Bæklingur(. Calgary: Suicide Information & Education Center.
- Taylor, C.B., Sallis, J.F. og Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100; 195-202.
- Thorslund, J. (1989). *Social Kritikk*, 4; 55-85.
- Tómas Zoëga (1994). Þunglyndi er vanmeðhöndlað. *Lyfjatíðindi*, 1 (2); 7-8.
- Umboðsmaður barna. (1996). *Skýrsla umboðsmanns barna fyrir árið 1995*. Reykjavík: Skrifstofa umboðsmanns barna.
- Valgerður Baldursdóttir og Sigmundur Sigfússon. (1994). Skráning sjálfsvígstilrauna. *Læknablaðið*, 12 (1); 20-21.
- Valgerður Baldursdóttir og Tómas Helgason. (1994). Hverjir koma á unglingageðdeild og hvers vegna? *Læknablaðið*, 80; 384-374.
- Van der Kolk, B.A., Perry, J.C. og Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148; 1665-1671.
- Vilhjálmur Rafnsson og Hólmfríður Gunnarsdóttir. (1993). Risk of fatal accidents occurring other than at sea among Icelandic seamen. *The British Medical Journal*, 306; 1379-1381.
- Von Knorring, L. (1991). Suicid utvecklingen i Sverige. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*; 45: 47-56.
- Walraith, J., Li, F., Hoar, S., Mead, M. og Fraumeni, J. (1985). Causes of death among chemists. *American Journal of Public Health*, 75; 883-885.
- Weare, K. og Gray, G. (1995). *Promoting mental and emotional health in the European Network of Health Promoting Schools*. University of Southampton and WHO, Regional Office for Europe
- Weissman, M.M., Klerman, G.L., Markowitz, J.S. og Qulette, R. (1989). Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attack. *New England Journal of Medicine*, 321; 1209-14.
- Wickstrom, G. og Leivonniemi, A. (1985). Suicide among male Finnish Seafarers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71; 575-580.

- Wilhelm Norðfjörð, (1993): Sjálfsvígsrannsókn á Austurlandi. Landlæknisembættið. Óbirtar niðurstöður.
- Whitlock, F.A. (1986). Suicide and physical illness. Í A. Roy (ritstj.) *Suicide*, (bls. 151-170). Baltimore: Williams & Wilkins.
- World Health Organization. World Health Statistics 1995. Genf: WHO.
- Worden, W.J. (1983). *Grief counselling and grief therapy*. London: Tavistock.
- Þingsályktun um könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga*. (1992). Alþingi 115 löggjafarþing, 67. Mál, þskj. 885.
- Þorsteinn Njálsson. (1995). Erindi flutt á heilbrigðisþingi árið 1995.
- Þóroddur Bjarnason. (1994). The influence of social support, suggestion and depression on suicidal behaviour among Icelandic youth. *Acta Sociologica*, 37; 195-206.
- Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson. (1992). *Umsögn Rannsóknastofnunar uppeldis- og menntamála um þingsályktunartillögu um könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga*.
- Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson. (1994a). Trends in Icelandic suicide rates 1951-1990. *Arctic Medical Research*, 53 (2); 534-536.
- Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson. (1994b). Manifest predictors of suicide attempts in a population of Icelandic adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 24 (4); 350-358.
- Þóroddur Bjarnason, Þórólfur Þórlindsson, Guðríður Sigurðardóttir. (1991). Aðgát skal höfð... Um sjálfsvígsbylgjur unglunga. *Ný menntamál*, 4 (9); 6-9.
- Þórólfur Þórlindsson, Þorlákur Karlsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir. (1994). *Um gildi íþróttar fyrir íslensk ungmenni*. Rannsóknarrit nr. 3 - Æskulýðsrannsóknir. Reykjavík: Rannsóknarstofnun uppeldis- og menntamála.
- Þórólfur Þórlindsson og Þóroddur Bjarnason. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts in a population of Icelandic adolescents. *Arctic Medical Research*, 53 (2); 580-582.
- Öjehagen, A., Reguél, G. og Traskman-Bendz, L. (1991). Deliberate self-poisoning: repeaters and non-repeaters admitted to an intensive care unit. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84; 266-271.

