

mekanismer som gör att han blundar för eller förnekar signaler om självmordsnärhet. Detta samverkar på ett olyckligt sätt med patientens förnekelsestendenser. Självmordets möjlighet väcker olust eller ångest inom oss, och vi vill gärna tro på den patient som inte vidgår några allvarligare problem. En ständig tidspress på mottagningarna underlättar inte arbetet med att penetrera patientens problematik. Detta gäller än mer för dem som under sin utbildning (eller i sitt liv) inte har tränats att aktivt beröra och samtala om frågor som rör död och självmord.

Enbart recept är otillräckligt. Klinisk erfarenhet talar för att det empatiska, stegvisa frågandet om självmordstankar eller självmordsplaner [2], och det därpå följande samtalet om vilken hjälp som skulle kunna vara möjlig, i sig har en självmordsförebyggande effekt. Tankarna och impulserna kan formuleras, de tas emot av behandlaren och deras rimlighet kan diskuteras, liksom alternativa möjligheter att möta situationen. Framför allt har patienten fått en öppnare kontakt med en medmänniska.

Detta minskar troligen risken för impulshandlingar, och den antidepressiva effekten av medicineringen bör kunna inväntas tryggare. Om depressionsdiagnostiken inte också följs av ett samtal av detta slag, utan huvudsakligen innebär en receptförskrivning, är risken för självmord inte reducerad under den tid det tar för medicinen att verka, dvs en eller ett par veckor. Kanske har den tvärtom ökat.

En komplex samverkan

I Psykiatriska föreningens riktlinjer för självmordsprevention [3] betonas såväl de antidepressiva medicinernas som den psykologiska förståelsens suicidförebyggande effekt vid depressionstillstånd. Kanske borde man än mera ha lyft fram frågan om den komplexa samverkan som krävs mellan psykologiska och medicinska insatser i det självmordsförebyggande arbetet, en samverkan som är avgörande för om den farmakologiska antidepressiva effekten skall kunna verka fullt ut.

Vid evalueringar av ST-kurser i suicidologi har samtalen om de psykologiska och existentiella frågorna skattats högt. Detta moment har delvis skett i smågrupper, som kunnat präglas av djupt personliga erfarenheter.

Också vid det – om än kortvarigt – framgångsrika Gotlandsprogrammet [4, 5] förefaller undervisningen ha berört psykologiska och suicidologiska aspekter som förstärkt läkarnas mentala beredskap att kunna lyssna till självmordsbudskapet.

Referenser

1. Isacsson G, Holmgren P, Wasserman D, Bergman U. Use of antidepressants among people committing suicide in Sweden. *BMJ* 1994; 308: 506-9.
2. Att förebygga självmord inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen. Allmänna råd 1990:8.
3. Svenska psykiatriska föreningen. Riktlinjer för omhändertagandet av självmordsnära patienter, 1996.
4. Rutz W, von Knorring L, Wälinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 83-8.
5. Rutz W, Wälinder J, von Knorring L, Pihlgren H, Rihmer Z. Depression hos män underbehandlas? Hög frekvens plötsliga, oväntade självmord. *Läkartidningen* 1995; 92: 3893-900.

SMITTYTT

Dödsfall i mässling

Smittskyddsinstitutets tyska motsvarighet, Robert Koch Institut, rapporterade vecka 12 om en händelse förra sommaren, som berör Sverige.

I mitten av juli åkte en grupp om 29 tyska tonåringar till Sverige. Redan vid avresan mätte en av dem dåligt, och efter två dagar här utvecklade hon ett exantem. Vid det lokala sjukhuset ställdes diagnosen »livsmedelsallergi», men efter ytterligare två dagar var hon så sjuk att hennes föräldrar ordnade hemtransport med flyg. Hemma i Tyskland misstänkte en hudläkare mässling, och säkrade diagnosen serologiskt.

En vecka senare insjuknade ytterligare tre av ungdomarna. Vid sjukhuset misstänktes scharlakansfeber, och de fick penicillin. Den 4 augusti åkte gruppen hem med buss. En av de tre, en 15-årig flicka, blev snabbt sämre på färjan mellan Rødby och Puttgarden och avled vid framkomsten. Obduktion visade encefalit, och med tre olika metoder påvisades IgM-antikroppar mot mässling.

Ingen av de fyra var vaccinerad. Det inträffade understryker tre saker: dels att mässling inte är någon ofarlig sjukdom, dels att i en situation när vaccinationstäckningen är ofullständig (som i Tyskland) förskjuts genomsnittsåldern för fallen uppåt, vilket ofta leder till mer allvarlig sjukdom, dels att vi i Sverige nu blivit så ovana vid mässling att vi lätt missar denna diagnos. Majoriteten av verksamma svenska läkare har aldrig sett ett fall.

CJD och blodtransfusion

Vid ett WHO-möte i Genève i slutet av mars diskuterades risken att Creutzfeldt-Jakobs sjukdom (CJD) kan överföras via blodtransfusion. Stor vikt lades vid ett laboratoriefynd från USA, nämligen att blod från en CJD-patient kan framkalla spongiform encefalopati hos mus om det injiceras intracerebralt.

WHO rekommenderar att följande grupper inte blir blodgivare: de som fått tillväxthormon i början av 1980-talet, de som fått en dura mater-transplantation och de som haft CJD i familjen.

Beslutet kan diskuteras. Flera pågående stora epidemiologiska studier, framför allt i USA, har inte visat någon ökad risk för CJD hos transfusionsmottagare.

*Epidemiologiska enheten,
Smittskyddsinstitutet*