

Psykkiske lidelser i det grønlandske samfund

Af Inge Lyng

Afdeling for Psykiatrisk Demografi
Institut for Psykiatrisk Grundforskning
Psykiatrisk Hospital i Århus
Universitetshospital i Århus
Skovagervej 2
8240 Risskov

1. AFHANDLINGENS DELARBEJDER	4
2. INDLEDNING	5
2.1. Om epidemiologi og fænomenologi	5
3. FORMÅL	6
3.1. Generelt om metoden til indsamling og organisering af data	6
4. LITTERATURSTUDIER	7
4.1.1. Formål	7
4.1.2. Kriterier for udvælgelsen	7
4.1.3. Metode for litteratursøgningen	7
4.1.4. Udvælgelse af den gennemgåede litteratur	8
4.2. Om begrebet psykisk lidelse	8
4.2.1. Medicinsk og sociologisk tolkning af bizar adfærd	8
4.2.2. Det psykiatriske diagnosesystem	8
4.3. Om den eskimoiske kultur	9
4.3.1. Kulturbegreber	9
4.3.2. Sproget	11
4.3.3. Eskimoisk sygdomsforståelse	13
4.4. Psykiske lidelser	13
4.4.1. Psykiske lidelser i det traditionelle førkoloniale eskimosamfund	13
4.4.2. Psykiske lidelser i kolonitidens Grønland	17
4.4.3. Psykiske lidelser i Grønland i nyere tid - fra grundlovsændringen i 1953 til omkring 1980	19
4.4.4. Psykiske lidelser blandt inuit i Canada og Alaska	21
4.5. Grønland efter 1980	25
4.5.1. Befolkningsundersøgelser	26
4.5.2. Patienter i den primære sundhedstjeneste. Sygdomsmønstret målt ved kontakter til sundhedsvæsenet	28
4.5.3. Den psykiatriske hospitalsfunktion	28

5. SÆRLIGE OMRÅDER, HERUNDER EGNE UNDERSØGELSER	31
5.1. Psykiske lidelser, deres forekomst og forløb i nutiden	31
5.1.1. Kohorte af førsteindlæggelser 1980-83	31
5.1.2. Registerundersøgelse af førsteindlæggelser 1974-1993	33
5.1.3. Skizofreni	34
5.1.4. Affektive lidelser	47
5.1.5. Opvækstvilkår og psykiske lidelser	55
5.2. Selvmord	58
5.2.1. Selvmord i traditionelle eskimosamfund	58
5.2.2. Selvmord i kolonitiden	58
5.2.3. Selvmord i nutiden	59
5.2.4. Selvmord og psykisk lidelse	63
5.2.5. Sammenfatning om selvmordsforskning i Grønland	64
5.3. Retspsykiatri	65
5.3.1. Lovgivning for Grønland vedr sindssyge personers hospitalsophold	65
5.3.2. Anvendelse af tvang ved indlæggelser af psykiatiske patienter i Grønland	65
5.3.3. Psykisk abnorme lovovertrædere og den grønlandske kriminallov	68
5.3.4. Retspsykiatiske patienter i kohorten af førsteindlæggelser 1980-83 (arbejde nr. 6)	70
6. RESUMÉ	73
6.1. Konklusion	75
6.2. Abstract in English	77
7. REFERENCER	79

1. AFHANDLINGENS DELARBEJDER

1. Lyng I. Mental disorders in Greenland. Past and Present. Part One. Meddr Grønland, Man & Soc 1997, 21: 1-29.
2. Lyng I, Jacobsen J. Schizophrenia in Greenland: a follow-up study. Acta Psychiatr Scand 1995; 91: 414-422.
3. Lyng I, Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. Affective disorders among hospitalized psychiatric patients in Greenland. Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 424-432.
4. Lyng I, Mortensen PB, Munk-Jørgensen P. Mental disorders in the Greenlandic population - a register study. Int J Circumpolar Health 1999; 58: 188-197.
5. Lyng I. Mental disorders and conditions of life in childhood among Greenlanders. Arct Med Res 1995; 54: Suppl.1: 60-67.
6. Lyng I. Involuntary commitments and mentally abnormal criminals - present days rules and practices. I: Mental disorders in Greenland. Past and Present. Medd Grønland, Man & Society 1997: 21: 60-67.
7. Nærværende sammenfattende redegørelse.

2. INDLEDNING

Det første frø til en undersøgelse af forekomsten af psykiske lidelser i Grønland blev sået under min ansættelse på Rigshospitalets psykiatriske klinik 1963-65. Jeg var vendt hjem fra mit første ophold i Grønland i 1961 for at påbegynde uddannelsen til psykiater og fik på Rigshospitalet mulighed for at gennemgå journalerne for de grønlandske patienter, som i årene forud havde været indlagt på hospitalet, en praksis, som var startet i 1953 og som betød, at 3-6 patienter om året blev indlagt under for dem helt fremmede forhold, ofte efter en belastende skibstransport henvist til skibets isolationscelle. Min interesse for Grønlands psykiatri havde også gode kår under min ansættelse på Københavns Kommunehospitals psykiatriske afdeling 1967-71, hvor jeg fik mulighed for hvert år at foretage længerevarende rejser i Grønland som psykiatrisk konsulent for det daværende Ministeriet for Grønland.

Alligevel skulle der gå mange år, før frøet begyndte at spire. Jeg blev ansat som psykiater i Grønland i 1971, de første år som den eneste. De daglige udfordringer tog overhånd. Arbejdet kom først i gang for en halv snes år siden, efter at den grønlandske hverdag var kommet på afstand. Først opstod tanken om at undersøge, hvordan det var gået en gruppe patienter, som var blevet indlagt første gang, mens jeg var leder af den psykiatriske afdeling i Nuuk. Men der var behov for et bredere kulturelt og socialt perspektiv på de psykiatriske fænomener. Og samtidig kaldte en række problemer, der var opstået i kølvandet på de store moderniseringsbestræbelser også på forståelse og fortolkning. Skitsen til en akademisk afhandling tog gradvist form.

Psykiatrien, læren om de psykiske lidelser, må i princippet beskæftige sig med alle sider af menneskelivets fænomener. Den bør bygge på et helhedssyn på mennesket som et bio-psyko-socialt væsen. I denne afhandling er det de psyko-sociale forhold, der er i fokus. Ikke fordi jeg ønsker at underkende betydningen af de biologiske forhold. De øver deres indflydelse på hele menneskelivet, for eksempel på fænomener som sårbarhed og modstandskraft over for psyko-sociale belastninger. Imidlertid ligger de uden for rammerne for dette arbejde.

De vigtigste redskaber til undersøgelsen er hentet fra epidemiologi og fænomenologi.

2.1. Om epidemiologi og fænomenologi

Epidemiologi er en videnskabelig metode til beskrivelse og analyse af helbreds-fænomeners forekomst i humane populationer. Fænomenologisk forståelse af sindslidelser, som udtrykket er anvendt i nærværende arbejde, tilstræber en beskrivelse af fænomenerne med det formål at indleve sig i den sindslidendes oplevelser og opfattelse af virkeligheden. Men det drejer sig her ikke om rent autobiografiske patientberetninger. Fænomenerne opfattes og tolkes til en vis grad af en undersøger. Denne tilstræben en forståelse af og indlevelse i den enkelte patients verden kaldes også den idiografiske metode. Dens fornemste formål er at skabe meningsfuld kontakt mellem behandler og patient som forudsætning både for selve behandlingen og for at give behandlerne redskaber til at skabe humane forhold for patienten. Her overfor står den nomotetiske metode, hvis opgave er at rubricere og kategorisere fænomenerne, give muligheder for at drage sammenligninger mellem individuelle sygdomsbilleder og forløb, undersøge årsagsforhold, med andre ord tilvejebringe materiale til de epidemiologiske analyser.

Disse to anskuelsermåder, den idiografiske og den nomotetiske, den fænomenologiske og den epidemiologiske, er således komplementære. De supplerer hinanden og kan ikke undvære hinanden, hvis vore bestræbelser for at nå en dybere forståelse af psykiske lidelser og udvikle metoder til deres forebyggelse og til forbedring af psykiatriske behandlingstilbud skal bære frugt.

Indlevelse i et andets menneskes oplevelser er naturligvis et uopfyldeligt ideal. De eneste pejlemærker, man har, er, om resultatet er meningsfuldt og anvendeligt. Og drejer det sig om en anden kultur, er opgaven endnu vanskeligere. Risikoen for etnocentricitet - det forhold at man tillægger sine egne normer almen værdi og anvender dem i tolkningen af handlinger, der har udgangspunkt i en anden kultur - er et dilemma, som ud over viden om den pågældende kultur kræver selvvransagelse og selvindsigt.

3. FORMÅL

Formålet med denne afhandling er på grundlag af litteraturstudier og egne undersøgelser at beskrive og analysere forekomsten af psykiske lidelser i Grønland. Herunder beskrive træk af

- den eskimoiske prækoloniale kultur,
- det grønlandske samfund i kolonitiden og
- under de massive samfundsændringer efter 2. verdenskrig med fokus på de alvorlige psykosociale problemer, som er opstået i forbindelse med moderniseringen.

Dernæst undersøge

- forekomsten og forløbet af skizofreni og affektive lidelser
- opvækstvilkårene for de senere psykiatriske patienter
- selvmord, samt
- særlige retspsykiatriske problemer i Grønland.

3.1. Generelt om metoden til indsamling og organisering af data

Litteraturstudierne er beskrevet i det følgende afsnit.

De empiriske dele af undersøgelsen er dels en klinisk follow-up undersøgelse, der baserer sig på en historisk prospektiv kohorte af førstegangsendlagte psykiatriske patienter, tilvejebragt v. hj. a. Det Psykiatriske Centralregister (Munk-Jørgensen & Mortensen 1997), dels en longitudinel registerundersøgelse, ligeledes tilvejebragt v. hj. a. Det Psykiatriske Centralregister.

I de kliniske undersøgelser er benyttet internationalt anerkendte og afprøvede instrumenter.

Ved de statistiske beregninger er 95% sikkerhedsgrænser for incidensrater beregnet på antagelse af Poisson fordeling af de fundne antal. Til sammenligninger er foretaget direkte aldersstandardiseringer (Breslow & Day 1987). I skizofreniundersøgelsen er case-control analyser inden for kohorten (Breslow & Day 1980) foretaget dels mellem skizofrene og ikke-skizofrene patienter, dels i skizofrenigruppen mellem patienter med forskellige sygdomsforløb. Efter dikotomisering af variabler og beregning af odds ratio for sammenhænge er der foretaget multivariate analyser med trinvis logistisk regression. I forløbsanalysen af de affektive lidelser er ligeledes anvendt case-control analyser med trinvis logistisk regression (Breslow & Day 1980).

Mortaliteten i de psykiatriske populationer er sammenlignet med mortaliteten i hele befolkningen ved hjælp af standardiserede mortalitetsrater (SMR) (Breslow & Day 1987).

Undersøgelserne er godkendt af Registertilsynet og det videnskabetiske komitésystem og opfylder betingelserne i Helsinki II. Oplysning om kriminalretslige forhold i den personidentificerede efterundersøgelse er indhentet med tilladelse fra Justitsministeriet.

4. LITTERATURSTUDIER

4.1.1. Formål

Formålet med denne del af afhandlingen er at tilvejebringe overblik over den litteratur, der behandler emnet psykiske lidelser i Grønland med hovedvægten lagt på nutiden, men sat i perspektiv af forholdene før og under kolonitiden. (Vedrørende kolonitiden se p 17). Litteratur om psykiske lidelser hos Nordamerikanske eskimoer inddrages i det omfang, det skønnes af værdi som perspektiv på forholdene i Grønland.

Litteraturgennemgangen vedrørende skizofreni, affektive lidelser, retsforhold og selvmord er beskrevet i de respektive afsnit (skizofreni p. 34, affektive lidelser p. 48, retstilstand p. 68 og selvmord p. 59).

4.1.2. Kriterier for udvælgelsen

Følgende kriterier er anvendt

- A. Litteratur der omhandler mellem menneskelige relationer og sygdomsbilleder i forskellige tidsperioder: førkoloniale eskimosamfund, samfund i kontakt med handel og mission, herunder kolonitiden i Grønland, moderniseringen og de nutidige grønlandske samfund.
- B. Epidemiologiske undersøgelser, opdelt på Goldberg og Huxley's 5 niveauer for veje til psykiatrisk behandling (Goldberg & Huxley 1992).
 - 1. I samfundet
 - 2. I den primære sundhedstjeneste (uanset om patienten anser årsagen til, at han søger læge som værende af psykisk art eller ej).
 - 3. Af lægen diagnosticeret og evt behandlet psykisk lidelse
 - 4. Henvist til ambulante behandling ved psykiatrisk speciallæge. I Grønland også indlagt på lokalt distriktssygehus for psykisk lidelse.
 - 5. Indlagt på psykiatrisk hospital eller hospitalsafdeling

4.1.3. Metode for litteratursøgningen

Følgende bibliografier er anvendt:

- 1. Grønlandsk medicinsk Bibliografi 1921 (Bertelsen 1921), publiceret i anledning af 200 året for Hans Egedes ankomst. Denne bibliografi over alle sygdomsformer refererer arbejder tilbage til 1770. Specielt om psykiatri er der dog kun 6 referencer, hvoraf 4 handler om kajaksvimmelhed. Den senere omtalte Grønlands Medicinsk Nosografi og Statistik af samme forfatter er langt fyldigere og har været en nyttig indgang til den ældre kolonitids litteratur.
- 2. Greenland Medical Bibliography 1981 (Andersen 1981) omfatter alle typer publikationer der vedrører sundhedsforhold i Grønland fra Hans Egedes tid til 1970'erne. Alt fra avisartikler til rejserapporter og ministerielle kundgørelser, foruden videnskabelige arbejder. En unik indgang til usorterede oplysninger om helbreds- og samfundsforhold, selv om ikke alle referencer er fuldstændige.
- 3. Greenland Medical Bibliography Supplement 1983 (Andersen 1983) med referencer fra 1973 til 82 samt enkelte ældre publikationer.
- 4. Greenland Medical Bibliography 1998 (Christensen & Bjerregaard 1998) omhandler arbejder om sundhedsforhold i Grønland 1970 - 1995.

5. The Health of the Inuit of North America. A Bibliography from the Earliest Times through 1990 (Fortuine et al. 1993) omhandler sundhedsforhold for Inuit i både Canada og Alaska.

Desuden søgning på Medline, EMBASE, PsycINFO og Science Citation Index. Foruden arbejder publiceret i anoterede tidsskrifter og monografier, er gennemgået International Circumpolar Health Congress rapporter fra 1971, 74, 78, 81, 84, 87, 90, 93 og 96 og rapporter fra NunaMed, en grønlandsmedicinsk konference, 1991, 94 og 97 for relevant materiale, ligesom der er sket videresøgning om emnet i litteraturlisterne til de publicerede arbejder.

4.1.4. Udvælgelse af den gennemgåede litteratur

I nærværende oversigt er medtaget

Litteratur, der direkte følger WHO's diagnostiske terminologier i undersøgelse af psykiatiske sygdomme.

Litteratur, der beskæftiger sig med psykiske helbredsforhold i bredere forstand.

Litteratur, der behandler sociale og kulturelle aspekter af dysfunktionel menneskelig adfærd.

4.2. Om begrebet psykisk lidelse

4.2.1. Medicinsk og sociologisk tolkning af bizar adfærd

I bogen "The Sociology of Mental Disorders" (Eaton 1986) indleder forfatteren med at gøre rede for, hvorfor han ikke vil begynde med at definere begrebet psykisk lidelse. Det ville være en præmatur begrænsning i betragtning af, at det er selve begrebet psykisk lidelse, han vil sætte under debat. I stedet tager han udgangspunkt i det mere udifferentierede begreb 'bizar adfærd', som betyder sær, præget af extreme modsigelser og kontraster, uventet og utrolig adfærd. Med andre ord, menneskelige aktiviteter, som er sjældne, kulturelt afvigende og uforklarlige; motivationen er vanskelig at forklare, selv for den, der er engageret i den bizarre adfærd. Men begrebet bizar adfærd er ikke synonymt med psykisk lidelse. Eaton diskuterer de betingelser, hvorunder raske engagerer sig i bizar adfærd, for eksempel under hypnose, i religiøse grupper etc.

4.2.2. Det psykiatiske diagnosesystem

Selve begrebet psykisk sygdom indebærer en medicinsk model for forståelse af den bizarre adfærd. Det er kliniske erfaringer med psykopatologiske symptomer og syndromer og deres udvikling over tid, der er grundlag for afgrænsning og klassifikation af de psykiske lidelser. De psykiatiske diagnosesystemer er således konstruktioner, der først og fremmest bygger på kliniske erfaringer. De revideres løbende under hensyn til ny viden og nye tolkninger af deres sammenhænge og årsagsforhold. Kun i ganske få tilfælde er der påvist klare og målelige årsagsforhold, således at både reliabilitet og validitet af diagnoserne er indiskutabel.

Over for den medicinske model for bizar adfærd stiller Eaton (1986) den sociologiske. Ikke som alternativ, men som en komplementær mulighed for forståelse af de fænomener, som går tabt i den medicinske model. Selv om sociologien står langt svagere end medicinen med hensyn til prestige og magt og derfor lettere overses, så har sociologiske forklaringsmodeller en vigtig rolle, både i forståelsen af forskellige former for adfærdsafvigelse, og ikke mindst i behandlingen og i forebyggelsen af mange psykiske lidelser. Som eksempel på sociale teorier vedrørende årsager til psykiske lidelser omtaler Eaton bl. a. rolleteori (Eaton 1986). Et individs sociale identitet er summen af alle de roller, som den enkelte er engageret i. Følelsen af selvrespekt, af at være

noget værd, er resultatet af hans egen opfattelse af, hvordan han klarer sine forskellige roller. I Lynge (1997:40) er refereret en sygehistorie, der kan forstås meningsfuldt som resultat af en rollekonflikt mellem det at være en god datter, der opfyldte forældrenes forventninger, og en god mor, der tog hånd om sine børn, en konflikt, hun ikke selv kunne løse, og som resulterede i et selvmordsforsøg. Patienten blev indlagt og fik professionel hjælp til at løse konflikten til alles tilfredshed, hvorefter hun atter blev velfungerende uden tegn på depression eller anden psykisk sygdom.

4.3. Om den eskimoiske kultur

4.3.1. Kulturbegreber

Begrebet kultur er ikke entydigt. Leff citerer Kroeber og Klukhohn (1952) for at have fundet 100 forskellige definitioner på kultur allerede i 1952 og tilføjer som sin egen definition: "Culture encompasses all these aspects of human society that man has constructed or devised himself as opposed to those characteristics, which are inborn" (Leff 1981). En lidt mere dynamisk definition tilbyder Murphy (1968): "Culture, in the sense used in transcultural psychiatry consists of the values, beliefs and patterns of behavior, which a society teaches to its members with a view to equipping them better for the task of life". Murphy understreger, at disse værdier, trosforestillinger og adfærdsmønstre ikke skal betragtes som noget, der i et traditionelt samfund er fastlagt en gang for alle og som lever sit eget liv uafhængigt af livsomstændigheder. Tværtimod, når de ikke længere passer til livsvilkårene, og samfundet forsøger at tilpasse sig nye vilkår, så ændres de også.

Som anført i arbejde nr. 1, p. 20, har Murphy's kulturbegreb været en ledetråd i beskrivelsen af eskimokulturen. Det vil sige, at de værdier, trosforestillinger og adfærdsmønstre, som de eskimoiske samfund lærte deres medlemmer for at ruste dem til tilværelsen, har været interessante i nærværende afhandling.

Som to af mange kilder til forståelse af det traditionelle eskimosamfund skal fremhæves den danske polarforsker Knud Rasmussen og den canadiske antropolog Jean Briggs. Rasmussen (1925, 1926) dokumenterede via sin 5. Thuleekspedition, den store slæderejse han foretog fra Grønland til Stillehavet i 1923-24, at der spredt over hele det arktiske område levede små grupper af eskimoer, som han umiddelbart kunne kommunikere med og opleve tilhørende en fælles kultur. En kultur, han har gjort levende for os gennem sine rejseberetninger og sagnsamlinger. Selv om den eskimoiske kultur har haft fælles træk, som gjorde den genkendelig over alt, så er et af dens karakteristika en overordentlig stor tilpasningsduelighed. Det kunne medføre tilsyneladende paradokser, som når man dræbte nyfødte pigebørn på grund af forsørgerbyrden (arbejde nr. 1 p. 14) og derefter løste problemet underskud af voksne kvinder med polyandri (arbejde nr. 1, p. 11).

Livet i eskimosamfundene har i det hele taget været fuldt af kontraster (arbejde nr. 1, p. 12): Den daglige kamp for overlevelse på kanten af eksistensmuligheder har givet udfordringer, både fysisk og psykisk, der til stadighed har handlet om liv og død, afhængigt både af den enkeltes dygtighed og af skæbnen, de usynlige magter. Eskimoerne lærte at rumme modsætninger på en måde og i en grad, som en "rationel" europæer har svært ved at forlige sig med. Beskrivelser af eskimoerne bliver da også modsætningsfyldte. Snart møder vi den harmoniske, livsglade, gæstfri gavmilde, snart den mistænksomme, grådige, hævnørstige. Beskrivelserne af trommestrid (arbejde nr. 1, p.12) giver et billede af, hvor fjernt den eskimoiske tankegang om løsning af konflikter var fra den vestlige verdens Cartesianske dualisme: ret eller uret, frifindelse eller dom. Her

overfor står den eskimoiske, hvor det gælder om at viske tavlen ren, få konflikten ud af verden og få livet til at gå videre, og samtidig få god underholdning ud af det.

Den eskimoiske selvopfattelse, de normer og værdier, der knyttede sig til at være en god eskimo og de måder, hvorpå dette blev opnået, er behandlet af Briggs (1970, 1985) og omtalt i arbejde nr. 1 p. 9-11. Tæt sammenhørende med værdinormerne er kravene til adfærden. Et vigtigt mål for socialiseringen var ifølge Briggs at blive årvågen over for de farer, der lurede i tilværelsen. Kun som del af et fællesskab kunne man overleve. En fyldt kødgrav er ikke meget værd, hvis alle andre er døde af sult, og man er alene i ødemarken. Omsorg for andre, opmærksomhed over for andres behov, gavmildhed var vigtige dyder. Det nødvendige stærke fællesskab blev afbalanceret af en stor respekt for det enkelte menneskes integritet. Alle havde deres handlefrihed. Ingen, selv ikke børn, kunne afkræves motiver for deres handlinger. Men kontrasterne var store, og man søgte at rumme alle sider af tilværelsen, blandt andet ved i lyse stunder at gyse over sagnfortællingerne. Her er det Knud Rasmussen, der fortæller (arbejde nr. 1, p. 12).

Over for værdinormer og skikke står reaktionerne på brud på disse. Den "mildeste" reaktion var nok latteren, det at gøre overtræderen til grin. Skamfølelse var en stærkt adfærdsregulerende følelse. Men man var stadig indenfor i kredsen. Værre endnu var udelukkelsen, tavsheden. Det oplevede Briggs (1970) på sin egen krop, da hun uafvidende overtrådte en regel for god opførsel (arbejde nr. 1, p. 10).

Ligevægtighed over for alle tilskikkelser var tegn på modenhed. Stærke følelsesudsving var farlige. Således fortælles i sagnet om de to venner, der ikke kunne undvære hinanden (Kreutzmann 1951):

To venner, en indlands-og en kysteskimo kunne ikke undvære hinanden. Engang blev den ene længe væk på fangst. Den anden længtes så meget, at han ikke engang tænkte på at sove. En grim følelse af misundelse påkom ham over for den ven, han holdt så meget af, og han besluttede at gøre sin ven fortræd. Han serverede et sælhoved, som var forgiftet på den ene side, men venen blev advaret af sin hjælpeånd og drejede fadet, så gerningsmanden selv fik det forgiftede stykke. Han blev syg, men glemte, at han selv havde planlagt ugerningen. Trods dette anslag savnede venen ham og opsøgte ham snart, selv om han var svært forstyrret. "Du gav mig forhekset mad, og jeg har ædt alle mine husfæller. Nu er det din tur til at blive ædt". Venen flygtede, men længtes igen efter ham, og allerede efter to dage opsøgte han ham igen for atter at finde venen svært hadefuldt og forstyrret. Tredje gang han vendte tilbage, var venen død. Han begravede ham på stedet og byggede en solid grav. Derefter levede han i fred.

Et andet eksempel på stærke følelser er refereret i arbejde nr. 1, p. 13. Her drejede det sig om ydmygelse, men i en udgave, som vi har svært ved at forstå. Hensynsfuld omgang med andre mennesker var en uskreven lov, som har holdt sig langt op i vor tid. Ingen måtte føle sig for ringe (arbejde nr. 1, p. 12). Jfr en undersøgelse fra Alaska refereret p. 22, hvor et spørgsmål, som var tænkt at måle mistænksomhed over for andre, blev besvaret ud fra et ønske om at være hensynsfuld over for andre, så det måtte udgå. (Chance & Foster 1962). Carpenter (1998) har følgende formulering af, hvad der adskiller eskimoer fra andre folkeslag, han kender: "Følsomhed i forholdet mellem mennesker, og gaven til at uskadeliggøre unødvendige problemer". Efter et besøg i Qaanaq i 1997 fandt han, at disse træk stadig er karakteristiske for befolkningen i dag. Jean Briggs' intensive studier af livet i små eskimocamps i Canada i en tid, hvor de endnu havde bevaret meget af den traditionelle livsform, giver mulighed for at følge kommunikations- og socialiseringsprocesser, så vi næsten bliver deltagere i dem (Briggs 1990, 1992, 1994). I sin seneste bog (Briggs 1998) går hun betydeligt videre end Murphy i sin forståelse af kulturens mangfoldighed og den måde, kulturens elementer arbejder på. På baggrund af mange års feltstudier

blandt canadiske eskimoer og specielt på baggrund af hendes undersøgelser af, hvordan en tre-årig pige i en østcanadisk camp (boplads) oplever tilværelsens problemer og forsøger at forholde sig til dem, når Briggs frem til følgende: "I see culture as 'a bag of ingredients' actively used by individuals in creating and maintaining their social-cultural world - - and thus my view on culture is far more complex than the one I held before I met her (den tre-årige pige) and - -(I'm interested)- - in the processes through which culture may be organized and created in the minds and bodies of those who participate in it". Briggs' arbejder er eksempel på anvendelse af en stadig mere forfinet fænomenologisk metode, hvor fordybelsen i en enkelt sag formidler en bredere generel forståelse af emnet, in casu børneopdragelse, end nok så mange generaliserende beskrivelser.

De temaer, der optog den 3 årige eskimopige, er i grunden de samme temaer, som optager jævnaldrende børn i vores del af verden. Overordnet handler det om at gennemleve overgangen fra at være en baby i verdens centrum til at blive en del af en gruppe, et menneskeligt fællesskab.

Væsentlige temaer, der gennemspilles, handler om tilknytning og forkastelse. Eskimoerne var (er) meget bevidste om betydningen af relationerne til andre mennesker. Udtrykket '*nallik*' kærlig trang til at vise omsorg, betegner den følelse, der får en mor til at tage sig af sit spædbarn, specielt når det påkalder sig denne omsorg. Det gør barnet ved at vise '*unga*' følelser. (Det grønlandske ord for et spædbarn er *ungaak*). Der er således komplementaritet mellem de to typer følelser. Gamle og syge kan også påkalde sig '*nallik*' følelser. Sålænge barnet er hjælpeløst, ude af stand til at klare sig selv, overlever det ved at signalere '*unga*'. '*Nallik*' følelser tilhører voksenlivet, men indpodes gradvist i barnet, efterhånden som det modnes til at blive i stand til at yde andre omsorg. Ved at lære denne adfærd får barnet følelsen af at være accepteret, god nok. Men accepten er skrøbelig. Man må hele tiden være på vagt. Frygten for forkastelse lurer lige under overfladen. Fællesskabet giver også grundlag for sammenligninger: Er jeg elsket? Kan man stole på andre mennesker? Hvor grådig kan jeg være? Er jeg god nok? Er der plads til mig? Barnet får tidligt sået tvivl, om verden er et trygt sted at leve; det lærer at være vågen over for andres mange forskellige signaler. Måden, temaerne indlæres på, legens 'laden som om' der gør ellers usigelige udtalelser stuerene, fremmaner et scenario, der ligner det scenario, der karakteriserer trommestridens rituelle tvetydighed, som beskrevet af Eckert & Newmark (1980) og omtalt i arbejde nr. 1, p. 12.

Men når det sker inden for rammerne af kærlig opmærksomhed og accept, behøver barnet ikke tabe modet, men bevarer sin nysgerrighed og optagethed af tilværelsens mysterier og sin følelse af at høre til, at være noget værd. Det får redskaber til at møde tilværelsens udfordringer og bliver i stand til at opbygge en sund selvrespekt (Briggs 1990).

4.3.2. Sproget

Uden at ville prætere nogen dybere forståelse af det grønlandske sprog har udtryk for følelser og følelsesmæssige tilstande naturligt interesseret mig igennem årene. Gennem ordbøger (Berthelsen et al. 1997, Bugge et al. 1960, Schultz-Lorentzen 1926) og drøftelser med en række sprogkyndige grønlændere har jeg dannet mig det indtryk, at der findes mange begreber og ord for følelser i de eskimoiske sprog, og at der stadig er et betydeligt slægtskab i den måde de anvendes på i forskellige områder. Det følgende skal dog kun tages som eksempler på og illustration af, at der i den traditionelle eskimokultur har været et nuanceret ordforråd til at udtrykke følelser og tanker, ikke som en egentlig gennemgang af emnet. Det må tilkomme grønlandsksprogede fagfolk. Der er ikke publiceret noget om dette emne fra Grønland. Derimod foreligger der flere arbejder vedrørende canadiske eskimoer.

I bogen 'Never in Anger' (Briggs 1970) er der et omfattende appendix, som belyser emnet med eksempler fra Utkuhighalimmiut, en lille eskimostamme fra Back River området i Nordcanada, så man får indtryk af et på undersøgelsestidspunktet i begyndelsen af 1960erne meget varieret vokabularium. For eksempel har man her et begreb 'soqo-', at bekymre sig om noget, have omsorg for noget eller nogen, hvilket er en værdsat ting. Men man kan 'bekymre sig eller tænke for meget', hvilket kan være urovækkende. Det kan ses hos børn, hvis fornuft eller tænkeevne endnu ikke er så udviklet. Så er det ikke så farligt. Men det kan også ses hos ældre, som har veludviklet fornuft, 'isuma', og hvis de bliver meget optaget af en tanke eller bekymring, så må de omgås med stor forsigtighed og hensynsfuldhed, hvis ikke det skal ende galt.

En meget stor del af, men ikke alle de canadisk eskimoiske betegnelser, som Briggs anfører, kendes også i Grønland. Også her viser sproglige udtryk en betydelig differentiering af menneskelige følelser. Således er der to forskellige ord for jalousi, *sangianneq*, skinsyge fra mandens side, *ningarneq* skinsyge fra kvindens side, mens misundelse hedder *sinnganeq*, hvis det er en negativ form for misundelse, mens et mere positivt udtryk er *usorungneq* (af *usoraa*, priser ham lykkelig, vil gerne være i hans sted).

Der er mange forskellige ord for angst og frygt, således *siooraneq*, frygt for noget, for en straf, *qunuvoq* er bange (for et andet menneske, der er voldelig); *ersivok*, er bange, mens *ersitooq* er en bangebuks; *ersinarpoq*, er frygtelig, farlig, for eksempel om en hund; *tatamippoq*, er ude af sig selv af frygt, glemmer at optræde med anstand; *annilaanganeq*, mere ubestemt angst; *uippallerpoq*, er bestyrtet; *nangiarneq*, det at være angst, på havet, i luften, på stejle steder, i kajak eller ved afgrunde; *nangiartarneq*, kajaksvimmelhed, det at være kajaksvimmel, også betegnet kajak-angst; *amiilaarpoq*, gyser af skræk for eksempel for et naturfænomen eller noget overnaturligt; *naalaaserluppoq*, har bange anelser, frygter, der kommer dårlige nyheder, *uloriasuppoq* er ængstelig over noget, *naviasuppoq* tør ikke, ængstes for noget (uden grund).

Pibloktoq (kendes ikke i Vestgrønland) svarer til de vestgrønlandske *perlerortoq*, *pillerortoq*, kan både betyde sindssygdom og hundegalskab. Fra Thuleområdet blev udtrykket *pibloktoq* kendt gennem Peary's ekspeditioner og vil blive omtalt senere (p 15).

Sila er vanskeligt at oversætte til dansk. Det kan betyde forstand, vejr, verdensordenen, 'den personificerede luftånd' og er grundstamme i ordene *silaaruttoq* sindssyg eller har mistet forstanden og *silanngajaarneq* - det at være sindslidende.

Isuma kan betyde mening, opfattelse, sind. Der findes en lang række sammensætninger med ordet *isuma*, for eksempel *isumagaa* som betyder sørger for eller tager sig af ham eller det, har det i tankerne, det er hans mening. Af betydningen sørger for, tager sig af er dannet nyere konstruktioner, der dækker moderne begreber, for eksempel *isumaginninneq* socialt arbejde, og *isumaginninnermut pisortaqarfik* socialdirektoratet.

Isumarujuppoq er psykisk syg 'syg i sindet'.

Tarneq oversættes sjæl, *tarnikut pissuseq* sjælens væremåde eller psyken. Et gammelt udtryk, som ikke bruges mere er *tarningarpoq* mister sin sjæl, hans ånd udfarer, udgiver sin ånd, eller bliver overmåde forskrækket, så ånden må forgå ham. Som et nyere ord har vi *tarnikut napparsimasoq* - psykisk syg eller syg i sjælen. Mens psykiater hedder *tarnip napaataanut nakorsaq* eller *tarnikkut napaatinut nakorsaq* - læge for sjælens sygdomme.

Begrebet samvittighed udtrykkes *tarnip nalunngissusia* - det sjælen ved, eller mere moderne: *nalunneqatiginnissut* noget i retning af middel til at vide i fællesskab.

En tvangsforestilling udtrykkes *erqarsaat anigorneq ajornartoq*, dvs en tanke, det ikke er muligt at undslippe. Hørehallucinationer *tusaqgoorneq*, men det samme udtryk bruges også om at høre for sit indre øre, for eksempel en melodi, man ikke kan slippe af med. Synshallucination benævnes *takorroorneq*, mens *takorruugaq* er en åbenbaring.

4.3.3. Eskimoisk sygdomsforståelse

Eskimoerne skelnede ikke mellem fysisk og psykisk sygdom. Sygdom opstod ved sjælevandring; en sjæl kunne blive røvet ved hekseri eller selv forlade den pågældende, for eksempel ved tabubrud. En hjemløs sjæl kunne også besætte et menneske. Emnet er behandlet i arbejde nr. 1, p. 15. Åndemaneren, *angakkok*, kunne kommunikere med den åndelige verden til hjælp for samfundet og den enkelte syge. Modstykke til den gode *angakkok* (flertal *angakkut*) var *ilisiitsok*, heksen, der også beherskede åndelige kræfter, men udnyttede sine evner i det skjulte til egen fordel og for at skade andre. Både *angakkut* og *ilisiitsut* kunne være af begge køn, om end der er langt flest beretninger om mandlige *angakkut*. Om forholdet mellem *angakkoks* samfundsstøttende magi og *ilisiitsoks* nedbrydende hekseri se p. 21 om Carpenters iagttagelser fra Southhampton Island i Canada.

Årsag til sygdom kunne være hekseri, tabubrud eller måske fandt man ingen årsag. Knud Rasmussen (1929) refererer detaljeret om en helbredelse, hvor sygdommen var forårsaget af tabubrud. Først da alle overtrædelser var kommet frem i lyset, og tilhørerne havde kommenteret dem og var gået i en slags forbøn for den syge, kom hun sig. Denne og andre beretninger leder tanken hen på Freuds katarsisbegreb, dog med den forskel, at behandlingen hos eskimoerne var en sag, der angik alle. Det har i øvrigt været en almen opfattelse helt op til vor tid, at ingen overtrædelse af de almindelige leveregler er så alvorlig som den at forsøge at skjule, at man har gjort noget forkert.

4.4. Psykiske lidelser

4.4.1. Psykiske lidelser i det traditionelle førkoloniale eskimosamfund

Dette emne er behandlet i arbejde nr. 1.

Kolonisationen af Grønland indledtes med Hans Egedes ankomst til Håbets ø uden for den nuværende hovedstad, Nuuk, i 1721. Men der medgik det meste af det 18. århundrede før hele Vestgrønland var koloniseret og befolkningen døbt. For Østgrønland og Thuleområdet begyndte kolonisationen først henholdsvis i slutningen af det 19. århundrede og begyndelsen af det 20. Der er altså tale om en gradvis overgang fra traditionel eskimoisk livsform til livet i de kristne kolonier i Vestgrønland, mens traditionen i Østgrønland og Thuleområdet har været levende helt op til vor tid.

4.4.1.1. Sygdomsbeskrivelser

De beskrivelser vi har af psykiske forstyrrelser kommer fra sagn eller er set gennem kolonisatorers, missionærers og antropologers briller. Kun i enkelte tilfælde indeholder disse beskrivelser elementer, der peger i retning af nutidige diagnostiske kategorier. Først efter midten af det 19. århundrede begynder der at komme lægelige beretninger, der beskriver og tolker den bizarre adfærd i overensstemmelse med den tids medicinske sygdomsopfattelse.

Ved at beskæftige sig med en fremmedartet kultur som den eskimoiske bliver man mindet om, at for at bedømme en handling som afvigende, må man kende den sammenhæng, hvori den er foretaget og de normer, der har styret den. I arbejde nr. 1, p. 14 omtales pligten til i det traditionelle

samfund om nødvendigt at bistå en syg eller gammel til at begå selvmord, hvis han ikke selv var i stand til det. Der er omtalt sådanne eksempler på aktiv dødshjælp, som under de givne omstændigheder forekommer os humane, men også dengang må der have været tilfælde, hvor problemstillingen ikke var så enkel. Blodhævn, altså mord ifølge vore begreber, kunne være en pligt, noget en ganske almindelig, psykisk normal mand måtte påtage sig af respekt for en myrdet slægtning. Men det betyder ikke, at alle drab var tilladte. Der var regler, der skulle overholdes, og netop brud på disse regler giver os en indgangsvinkel til spørgsmålet psykiske afvigelser i det traditionelle samfund. Jeg refererer til historien om Isimmardik (arbejde nr. 1, p. 14). Isimmardik var en historisk kendt person fra tiden omkring kolonisationen af Østgrønland. Han begik drab ud fra et muligvis accepteret motiv - han mente drabsofferet havde forhekset hans et årige søn, så han døde - men han brød de uskrevne regler ved at begå drabet under en sangkamp. Altså uforudsigeligt, utilregneligt. Han begik siden adskillige drab uden klart eller accepteret motiv. Pointen i opfattelsen af tilstanden som sindssyg er ikke selve det, at han begik mange drab, men at de ikke var vel begrundede, og at han begik tabubrud ved at dræbe en mand under en sangkamp. Hans adfærd var i det hele uforudsigelig, og han var i perioder "ude af sig selv".

De eskimoiske sagn har mange beretninger om bizar adfærd, som for os leder tanken hen på sindssygdom, for eksempel det p. 10 refererede sagn om de to venner, der var ude af sig selv af længsel efter hinanden.

4.4.1.2. Kulturbundne syndromer

er behandlet i arbejde nr. 1. Diskussionen vedrørende kulturbundne syndromer har især gået på, om de tvangfrit kan indpasses i vort nutidige diagnosesystem, eller de udelukkende må opfattes i deres egen sammenhæng.

Nangiarneq, kajakangst eller kajaksvimmelhed (arbejde nr. 1, p. 19-20) er et velbeskrevet sygdomsbillede: angst med ledsagende autonome symptomer, der optræder specielt når kajakroeren er uden landkending, i havblik, når horisonten forsvinder. Bertelsen (1940) giver en malende sygdomsbeskrivelse fra kolonitidens Grønland. Fænomenet, der ikke er beskrevet fra andre eskimoområder end Grønland, har påkaldt sig stor interesse siden midten af det 19. århundrede, ikke mindst blandt danske læger. Mange teorier om ætiologien har været fremsat fra for megen kaffe og tobak til epilepsi og coitus interruptus (Bertelsen 1940). Gussow (1960) fremsætter den teori, at tilstanden er beslægtet med den angst, piloter kan opleve, når de mister orienteringen, og han når frem til, at det væsentlige er en tilstand af sensorisk deprivation. Hansen (1994) har gennemgået litteraturen nøje og sat den i relation til den medicinske diskurs, der har været gældende i de forskellige perioder. Han når frem til, at der kan være tale om en i og for sig ikke patologisk reaktion på sensorisk deprivation, men at der ofte vil være en dybere liggende forstyrrelse, som ifølge den grønlandske opfattelse af tilstanden skyldes hekseri.

Bertelsens grundige kliniske beskrivelser gør det muligt tvangfrit at rubricere *nangiarneq* eller kajakangst som en situativ fobi i ICD10 (F40.2). I arbejde nr. 1 fremsættes den hypotese, at den voldsomme stigning i forekomsten i slutningen af det 19. århundrede og begyndelsen af det 20. må ses i sammenhæng med den sociokulturelle situation: Mens den eskimoiske kultur gav klare retningslinjer for beskyttelse mod onde kræfter bl.a. i form af amuletter, så betød omvendelsen til kristendommen, at magien tabte sin kraft. Det banede vejen for hekseriet og er således foreneligt med Hansens iagttagelser, at fænomenet er tolket som hekseri (Hansen 1994). Dette er dog langt fra en generel opfattelse. En rundspørge blandt fødselshjælperne i Umanak distrikt i 1969 af daværende distriktslæge Poul Helge Alsbirk (personlig meddelelse) gav som resultat, at fænomenet kajakangst stadig var velkendt. Fødselshjælperne kunne alle udpege en række fangere,

som var ramt af tilstande. Der var imidlertid ingen dramatik i det. De blev hverken opfattet som syge eller forheksede. Med 15% af potentielle fangere ramt, som anført af Bertelsen, ville samfundet vel være præget af en generel mistillid og se hekse alle vegne, hvilket samfundsbeskrivelserne fra kolonitiden ikke giver holdepunkt for. I Canada har Carpenter (1953) beskrevet stigende frygt for hekseri blandt Aivilik eskimoerne. Jagt på hekse kunne ikke dateres længere tilbage end 1930'erne, altså efter at ændrede samfundsforhold havde skabt frygt for undergang. Der var mangel på fangst og et stigende antal tuberkulose-tilfælde. Heksefrygten var ikke et 'normalt' eskimoisk fænomen. Den var en filosofi, der var udtryk for stor usikkerhed i interpersonelle relationer og som øgede den sociale disintegration. Den kulminerede i 1950, da magien var blevet et fortidsminde. Heksefrygten dominerede nu både tænkning og adfærd hos alle indfødte. Kort efter aftog heksefrygten for snart at forsvinde. Det skete ifl. Carpenter som resultat af forbedrede økonomiske og sociale forhold. Og den katolske missions aktiviteter betød nye ritualer til reduktion af frygt, herunder skriftestolen, hvis betydning blev bekræftet. Jfr behandling af sygdom forårsaget af tabubrud p. 13.

Pibloktoq (arbejde nr. 1, p. 17-18) er det polareskimoiske navn for en mental forstyrrelse, der under fælles betegnelsen arktisk hysteri træffes blandt mange circumpolare folk under forskellige navne. *Pibloktoq* er først omtalt af admiral Peary (1910) i bogen om hans mange forsøg på at finde nordpolen i perioden 1891-1909. Han så forstyrrelsen næsten udelukkende hos kvinder, akut indsættende anfald af voldsom motorisk aktivitet, skrig og andre udtryk for voldsom affekt. Tilstanden kunne vare fra få minutter til timer (cit. efter Foulks 1972). Den første psykiatriske publikation om emnet (Brill 1913) bygger på mundtlige beretninger af en af ekspeditionsdeltagerne, MacMillan. Gussow (1960) tilføjer en række sygehistorier meddelt af Knud Rasmussens søn, Niels fra 1939 - 45 og i øvrigt refererer han meget grundigt de tidligere beskrivelser og tolkninger af tilfældene. Gussow konkluderer i enighed med Brill, MacMillan og Peary, at det drejer sig om tilfælde af hysteri. De problemer, der er omtalt fra Peary's ekspeditioner, er sorg over fraværende eller døde pårørende, frygt for fremtiden, for at blive forladt, udstødt. Brill understreger savnet af kærlighed som et vigtigt motiv, helt svarende til baggrunden for mange hysteriske reaktioner i datidens Europa. Under sit 14 måneders ophold i Thule distrikt 1950/51 så Malaury ingen tilfælde af *pibloktoq*, men begrebet var velkendt. I bogen "De sidste konger i Thule" (Malaury 1979), refererer han en ældre Thuleeskimo, Iminas opfattelse af *pibloktoq* eller *perlderortoq*, som det også kaldes. Alle mennesker er mere eller mindre modtagelige for *perlderorneq*, men især unge mennesker og kvinder. Hverken børn eller gamle rammes. Man kan møde det på alle årstider, men hyppigere om efteråret end om vinteren. Det er "livsbyrden", der er årsag til tilfældene. Når et ungt menneske begynder at tænke over livet og på det, der venter, eksploderer det. *Perlerorneq* kæmper for at komme ud for enhver pris, for at få luft, for at få råbt de overskydende følelser ud med sine lungers fulde kraft uden at blive fordømt at bopladsen, der lurer på én. For når man er besat af *perlerorneq* og er ude af sig selv, kan man ikke dømmes af andre. *Perlerorneq* er at have ondt ved livet. En anden eskimo fortalte ham, at man ikke længere så så alvorlige tilfælde "og i øvrigt har disse hysteriske anfald aldrig slået nogen ihjel, i al fald så vidt jeg ved".

I 1972 publicerede Foulks en undersøgelse fra Alaska af 10 patienter, 6 mænd og 4 kvinder med et adfærdsmønster, som lignede det tidligere beskrevne for *pibloktoq* eller arktisk hysteri, som han konsekvent betegner det. Det fremgår ikke, hvorvidt Alaskaeskimoerne har anvendt udtrykket *pibloktoq* eller har haft andre navne for tilfældene. Hvor tidligere undersøgelser udelukkende satte fokus på (social)psykologiske mekanismer for udløsning af tilstanden, så anlagde Foulks en bredere bio-psyko-kulturel synsvinkel. Han gennemførte grundige undersøgelser af de 10 patienter.

ter, sygehistorie, psykologisk testning, legemlige undersøgelser inklusiv blodtryksmåling, hæmoglobin, calciumindhold i serum, elektroencefalografi mv (Foulks 1972). Konklusionen på denne undersøgelse var, at selv om der på overfladen var fælles træk i de beskrevne "anfald", så var det meget forskellige patologiske forhold, som lå til grund for anfaldene, fra svær tunghørhed, skizofrenilignende træk og epilepsi til omsorgssvigt og incest. Alt i alt forekommer Foulks gruppe at være en langt mere inhomogen gruppe end de fra Thule beskrevne, som tilsyneladende var normalt fungerende mellem anfaldene. 7 af Foulks patienter havde haft anfald fra barndommen; heraf havde tre epilepsi dokumenteret ved EEG forandringer (petit mal og temporallapsepilepsi), mens to havde skizofrenilignende træk. Den ene havde altid været indadvendt og mente sig nu forfulgt af Gud. En ung pige havde været udsat for svær omsorgssvigt som barn, seksuelt misbrugt af faderen som 13 årig og senere udsat for flere voldtægter. De fleste havde svært ved at leve op til de roller, der forventedes af dem, de blev drillet og blev skamfulde. Der var ingen mulighed for at gemme sig. Det dissociative anfald var en form for psykologisk 'time out' (Foulks 1972). En teori om at calciummangel kunne være en udløsende faktor blev ikke bekræftet. I 1985 foreslog Landy (1985) at nogle tilfælde af pibloktoq kunne skyldes A vitaminforgiftning. Artiklen indeholder en oversigt over sygdomsbilledet og de tidligere undersøgelser. Men hypotesen er rent spekulativ. Det var i øvrigt almen viden blandt eskimoer, at lever fra isbjørne og hajer var giftig, således at man undgik sådanne spiser.

Qivittoq fjeldgænger. (*qivinneq* - det at gå til fjelds), er beskrevet i arbejde nr. 1, p. 18-19. Ordet *qivippoq* kendes allerede ved kolonisationen. I Poul Egedes ordbog oversættes det "bliver vred, tager noget ilde op, reyser eller rømmer bort af vrede" (cit efter Bertelsen 1940 p 177). Blandt canadiske eskimoer bruges ordet i betydningen 'bliver skuffet', men den fuldt elaborerede betydning, som findes i Vestgrønland kendes næppe fra andre eskimoområder, heller ikke Østgrønland og Thule. Ifølge Rink (1974) var *qivittoq* en mand, der forlod menneskene og levede ensomt i naturen, sædvanligvis i det indre af landet. Han opnåede en enorm adræthed, han blev en *nalussaerutoq*, 'ikke længere uvidende', lærte at forstå dyrenes sprog og fik viden om verdenssjøernes tilstand. Andre beretninger fortæller, at den der forlader menneskenes samfund ved at gå til fjelds, bliver omdannet til et udødeligt monster, som for altid vil være uden for det menneskelige fællesskab. Forhold, der førte til at en mand blev *qivittoq* kunne være uretfærdig behandling, eller bare at blive skældt ud af en slægtning eller husfælle, som herefter altid var i fare for at blive udsat for den flygtedes hævn. Ifølge Bertelsen stammer den ældste beretning om en *qivittoq* fra Hans Egedes søn Niels Egede, der i 1741 meddeler: "Den 29. December kom én Grønlænder fra Iisefjorden, han fortalte at for nogle dage siden var en grønlænder gået til fjelds, for at blive en eremit, siden hans kone elsket en anden mand" (cit. efter Bertelsen 1940). Da forfatteren af denne afhandling kom til Nuuk første gang i 1959 var forestillingen om *qivittut* ikke helt uddød. En dag løb en flok unge piger, elever på Dronning Ingrid's Sanatorium, rundt i stærk ophidselse fordi det forlød, at en ung mand var gået til fjelds og de frygtede, at han ville vende tilbage som *qivittoq*. En ældre kvinde blev indlagt fra en bygd i svær agiteret depression. Hun havde forsøgt at tage livet af sig ved at sætte ild til sin seng. På vej i motorbåd til hospitalet i Nuuk havde hun forsøgt at kaste sig i havet. Hun havde svære selvbeprejdelse, der centrerede sig om, at hun som yngre havde sat mad ud til en nevø, der var gået til fjelds som *qivittoq*.

Den eskimoiske forestillingsverden er fyldt med begreber, der fortæller om, hvad der oplevedes som farligt eller truende. Forestillingen om *qivittoq* må have tjent som en advarsel mod at bryde fællesskabet og på den anden side også have været et stærkt incitament til at behandle ens husfæller med respekt, jfr også det p. 22 omtalte spørgsmål fra Cornell Medical Index Health Questionnaire, "Do you have to be careful about what you say even with your friends?" som måtte udgå, fordi det blev besvaret positivt af næsten alle eskimoer, ikke på grund af mistænk-

somhed, men med tanken om ikke at såre en vens følelser (Chance & Foster 1962). I arbejde nr. 1, p. 12, er refereret en kommunefogeds udtalelser til den juridiske ekspedition i 1949, at man i omgangen med hinanden på det lille sted altid var bange for at nogen "skal føle sig for ringe og for dårlige til at være sammen med andre".

4.4.2. Psykiske lidelser i kolonitidens Grønland

Ved Kolonitiden forstår jeg tiden fra koloniseringen og kristningen af befolkningen var gennemført indtil grundlovsændringen i 1953, hvor Grønland blev "en ligeberettiget del af det danske rige" og en omfattende moderniseringsproces sat ind.

Tabel 1 viser en oversigt over de væsentlige epidemiologiske undersøgelser vedrørende psykiske lidelser i Grønland fra kolonitiden til vore dage Den mest omfattende beskrivelse af sundheds- og sygdomsforhold i Grønland før 2. Verdenskrig er Alfred Bertelsens 4 binds værk "Grønlandsk medicinsk Statistik og Nosografi. Undersøgelser og erfaringer fra 30 års Lægevirksomhed i Grønland" publiceret i årene 1935 - 1943. Bind 1 (Bertelsen 1935) indeholder en detaljeret befolkningsstatistik fra 1901-30, der giver et mangefacetteret billede af tilværelsen på den tid. Arbejdet støtter sig både til Bertelsens egne undersøgelser og righoldige litteraturreferencer. Bind 2 (Bertelsen 1937) behandler sundheds-vilkårene i almindelighed, herunder boligforhold, hygiejne, vandforsyning, kønsliv, omsorgen for syge m.m. I bind 3 (Bertelsen 1940) gennemgås det almindelige sygdomsbillede og heraf handler de 25 sider om psykiske lidelser (p178-202). Dette afsnit rummer minutiøse beskrivelser af visse sygdomsbilleder, især *nangiarneq*, kajakangst og nogle akutte psykoser. Men desuden indeholder den beskrivelser af eskimoernes psyke og deres psykiske reaktioner, der betegnes barnlige, uansvarlige, levende i nuet, havende svært ved at sætte nyt i gang og ved virkelig at fordybe sig i et foreliggende emne. Disse beskrivelser forekommer særdeles værdiladede og mangler forsøg på at sætte fænomenerne i sammenhæng med de pågældendes livssituation. Et afsnit om sygdomsforhold hos danske i Grønland viser en anderledes indlevelsessevne og forståelse for den indvirkning, livsvilkårene har på psyken. Bind 4 (Bertelsen 1943) er helt reserveret til akutte infektionssygdomme, et godt billede på omfanget af infektionssygdommene på den tid og deres betydning for vægtningen af lægens opgaver. Med de ovennævnte forbehold om etnocentricitet i beskrivelserne af psykiske forhold, som nok afspejler en udbredt holdning til indfødte i kolonitiden, så indeholder arbejdet en rigdom af faktiske oplysninger og en meget fyldig, i dag helt uvurderlig gennemgang af den indtil da foreliggende litteratur om sygdoms- og sundhedsforholdene fra midten af det 19. århundrede og frem til ca. 1930.

Tabel 1. Oversigt over epidemiologiske undersøgelser i Grønland *)

Undersøgelsesår	Første filter		Andet filter		Tredje filter		Fjerde filter	
	Niveau 1 befolkningsundersøgelser	Niveau 2 patienter i primær sundhedstjeneste	Niveau 3 af egen læge erkendt psykisk lidelse	Niveau 4 amb psykiatrisk speciallæge/ indlagt lokalt sygehus	Niveau 5 indlagt psykiatrisk hospitalsafdeling			
1890-1930			Hrolv (1927). Sygdoms-forhold i Upernavik 1925. Bertelsen (1935, 37, 40, 43). Grønlands Befolknings demografi og Nosografi ca 1890-1930					
1948-74	Ehrström (1951) Neuroser og psykosomatiske tilstande i Umanak 1948/49			Kromann&Green (1980). Incidens af behandlet psykose Upernavik. sygehus 1950-74				
1970-83		Bjerregaard&Bjerregaard (1985). Sygdoms-og kontaktmønstret 1979/80 blandt Upernavik bys befolkning		Lyng (1976). Prævalens af kendt psykisk lidelse i 3 områder i Syd-og Vestgrønland 1970.	Køster et al. (1986) Overførsler til Danmark af psykiatriske patienter 1979-83			
1980-91		Jørgensen et al. (1984). Ulykkes-og voldsskader behandlet på grønlandske sygehuse nov-dec 1983			Lyng et al. (1999). Regisrerus af all førsteindl 1974-93 Engberg (1991). Tvangsindlæggelser i Danmark, Grønland og Færøerne 1984-88 Lyng&Jacobsen (1995). Skizofreni blandt alle førsteindl 1980-83 Lyng (1997) 7 års follow-up af 289 første-indlæggelser 1980-83. Lyng et al (1999). Affective lidelser blandt førsteindl 1980-83.			
1991-94	Bjerregaard et al. (1995-). Den grønlandske sundhedsprofil. En befolkningssurvey 1991. Pedersen M. (1997). Grønlandske skolebørns sundhedsadfærd 1994							

*) Opdelt efter undersøgelsesniveau (Goldberg & Huxley 1992).

Befolkningens holdning til og behandling af svært forstyrrede sindslidende har optaget missionærer (Glahn 1921) og sundhedspersonale (West 1948, Nyland 1994, Bichel 1925) og er behandlet i arbejde nr. 1, p. 15 og p. 20. Den kristne opfattelse af liv og død som tilhørende Gud kolliderede med den eskimoiske, at den sindssyge ikke længere hørte til blandt menneskene. Frygt for de 'besatte' medførte at de enten blev slået ihjel eller efterladt ude af stand til at overleve uden hjælp. Men netop de spredte indberetninger af enkelttilfælde kunne tyde på, at det ikke var en hyppig foreteelse.

Vedrørende forekomsten af psykiske lidelser anfører Hrolv (1927) på grundlag af et kartotek over hele befolkningen i Upernavik distrikt opgjort per 31/12 1925, ialt 1132 personer, at én mand har en recidiverende psykose (forvirringsform), mens '9 fangere er så kajaksvimle, at de ganske må afholde sig fra denne fangstmetode. Desuden findes flere i mindre grad kajaksvimle'. Han fandt i alt 3 voksne åndssvage, den ene med epilepsi samt yderligere én lidende af epilepsi. Den første systematiske befolkningsundersøgelse blev udført i slutningen af kolonitiden af den finske forsker M.Ch. Ehrström i Umanak i vinteren 1948-49 (Ehrström 1951a, 1951b). Han ville undersøge forekomsten af neuroser og psykosomatiske forstyrrelser, allergi, mavesår, galdeblæresygdomme, hypertension, arteriosklerose, lungeemfysem, og reumatiske lidelser, de såkaldte 'civilisationssygdomme', som netop dengang påkaldte sig megen interesse. I Umanak fandt han et velegnet studieområde beboet både af grønlandere, som havde været under påvirkning af vestlig civilisation og en mere traditionel eskimoisk fangerbefolkning.

Undersøgelsen er refereret i arbejde nr. 1, p. 22. Det er i øvrigt den første, der har sat fokus på kontakten mellem dansk og grønlandsk livsform. Men fundet svarer meget godt til Foulks' senere (p. 23) refererede undersøgelse fra Alaska, hvor han fandt en høj forekomst af psykosomatiske tilstande hos Indianerne i Sydvestalaska, den indfødte gruppe, der havde den største kontakt med hvide (Foulks 1972).

4.4.3. Psykiske lidelser i Grønland i nyere tid - fra grundlovsændringen i 1953 til omkring 1980

Indtil Danmarks besættelse 9. april 1940 var Grønland et lukket land. Al kontakt med omverdenen gik igennem Grønlands styrelse i København, hvis administration havde karakter af beskyttende formynderi. Ved besættelsen blev kontakten med moderlandet afbrudt, og en ny epoke begyndte med orientering mod Canada og USA. Export af kryolit fra Ivigtut gav den økonomiske basis for import af et hidtil ukendt sortiment af varer via kataloger fra de store varehuse. Mens man hidtil havde måttet nøjes med spækلامper, fordi Grønlands Styrelse fandt det for farligt at overlade petroleumslamper til grønlanderne, så kom der nu lys over landet med petromax lamper og mange andre goder. Efter krigens afslutning og genetablering af kontakten mellem Danmark og Grønland var det ikke muligt at stille uret tilbage. Den grønlandske befolkning gav ikke frivilligt afkald på de opnåede goder. Med den gradvise åbning af landet, som blev definitiv ved grundlovsændringen i 1953 blev det klart, at der var brug for reformer. Sundhedstilstanden var dårlig med høj dødelighed af tuberkulose og akutte infektionssygdomme. Se litteraturoversigt af Bjerregaard (1991).

Moderniseringen, som nu tog fart, og dens konsekvenser for det psykiske helbred er behandlet i arbejde nr. 1, p. 22ff. Der skete store ændringer i befolkningsdemografien. Dels blev der i stigende omfang importeret dansk arbejdskraft til de nye arbejdsopgaver, først og fremmest enlige

mænd, dels opstår der i den grønlandske befolkning et stigende fødselsoverskud, betinget af såvel nedgang i børnedødeligheden som stigning i fødselstallet (Bjerregaard 1991). I begyndelsen af 1960erne var omtrent halvdelen af den grønlandske befolkning under 14 år. Samtidig ændredes familiens struktur og opgaver (Lyng 1995a). Flere enlige, udearbejdende kvinder med børn fik problemer med børneopdragelsen. Vuggestuer og børnehaver blev introduceret.

Hvad angår det psykiske helbred, forekom der et iøjnefaldende stort antal følelsesmæssige reaktioner i form af stigende forekomst af selvmord og selvmordsforsøg, vold og drab. (Se afsnit om selvmord p 59 og om retspsykiatri p 70).

Med stadig mere omfattende pengeøkonomi og lettere adgang til spiritus steg alkoholforbruget til ca 22 l ren alkohol per person over 15 år i 1980erne. Alkoholproblemerne i denne periode er gennemgået i arbejde nr. 1, p. 26-28. De kan ses både som en følge af de store samfundsændringer og som årsag til mange af de problemer, de medførte. Den grønlandske ædruelighedskommission, nedsat af landsrådet, foranstaltede i 1970 en undersøgelse af storforbrug af alkohol, sociale problemer, alkoholisme og psykiske lidelser i tre områder af Vestgrønland. Hovedundersøgelsen blev tilrettelagt og forestået af Leif Sølling (1970), mens personoplysninger om alkoholisme og (andre) psykiske lidelser blev indsamlet og behandlet af Lyng (1971). Det blev således muligt at kombinere oplysninger om husstande med oplysninger om de enkelte individer i husstandene. Undersøgelsen viste, at 10% af de 767 husstande havde mindst ét medlem med af sundhedsvæsenet kendt alkoholisme. I 65% af disse husstande var der også mindst én med velbeskrevet psykisk lidelse (bortset fra alkoholisme), ligesom husstandene var præget af svære sociale og socialmedicinske problemer, herunder omsorgssvigt, vold etc. 27% af de 767 husstande havde mindst et medlem, som var storforbruger af alkohol uden tegn på alkoholisme. I disse husstande var der langt færre sociale problemer, men dog flere end i husstande uden storforbrug af alkohol. Undersøgelsen tydede altså på et stærkt sammenfald af alkoholproblemer og andre psykiske lidelser. Undersøgelsen er oprindeligt beskrevet i to stencilerede bilag til Den grønlandske ædruelighedskommissions afsluttende betænkning, Delbetænkning II, 1970, og er uddybet i Søllings senere magisterkonferens, Alkoholforbruget i Grønland (Sølling 1974). Den psykiatriske del er publiceret af Lyng (1976). Prævalensen af psykiske lidelser, kendt af sundhedsvæsenet, fremgår af tabel 2.

Kromann & Green (1980) har analyseret forekomsten af en række kroniske sygdomme i Upernavik, Nordvest Grønland, heriblandt skizofreni, manio-depressiv psykose og reaktiv psykose, hvor diagnosen er stillet første gang i perioden 1950-74. Undersøgelsesperioden blev delt op i to, 1954-62 og 1963-74 og de to perioder blev sammenlignet, idet befolkningens alderssammensætning i den sidste periode blev anvendt som standard. I hele perioden fandt de i alt 10 tilfælde af psykose, 5 mænd og 5 kvinder, hvoraf de 3 mænd og alle 5 kvinder fik psykosediagnosen i sidste undersøgelsesperiode. Med Fremmings (1947) incidensrater for hele Danmark som reference forventede man 8 tilfælde af de nævnte psykoser i hele undersøgelsesperioden. Forfatterne anfører, at øgningen i forekomst af indlæggelseskrævende psykoser formentlig er misvisende, eftersom psykiatrisk konsulenttjeneste kun har været etableret fra 1969. Med den meget sporadiske kontakt med psykiater også i den sidste undersøgelsesperiode er det dog tvivlsomt, om denne tolkning holder stik. Men det er sandsynligt, at kun en begrænset del af de psykiatriske patienter indlægges og diagnosticeres, bl a pga sprogproblemerne.

Tabel 2. Psykiske lidelser blandt 1965 grønlandere med bopæl i Vestgrønland, 15 år og ældre, 1970.

Psykosser	26
Organiske	7
Skizofreni	7
Manio-depressive	9
Usikker art	3
Neuroser	30
Personlighedsforstyrrelser	39
Ikke-psykotiske, organisk betingede forstyrrelser (epilepsi mv.)	11
Oligofreni	10
Alkoholisme og problemdrikkeri uden anden psykiatrisk diagnose	73
Alkoholisme og problemdrikkeri sekundært til anden diagnose	52
I alt	199

Kilde: Lyng (1976).

4.4.4. Psykiske lidelser blandt inuit i Canada og Alaska

Det kulturelle og genetiske slægtskab mellem inuit i Alaska, Canada og Grønland og samtidig de forskellige samfundsmæssige forhold gør det interessant at sammenligne forholdene i de forskellige områder.

Hverken i Canada eller Alaska har eskimoerne haft en lang stabil kolonitid, før moderniseringen satte ind efter 2. verdenskrig. Samtlige arbejder om psykiske forstyrrelser, der er refereret i den ovennævnte bibliografi (Fortuine et al. 1993), er publiceret efter 1950. Fra Canada har Teichert (1954) publiceret tre tilfælde af kronisk psykose hos eskimokvinder fra Southhampton Island i Canada. Sygehistorierne er beskrevet både på grundlag af pårørendes oplysninger, beretninger fra sindssygehospitalet, hvor de blev indlagt, og forfatterens personlige møde med patienterne. Alle kan ubesværet indpasses i en traditionel skizofrenidiagnose og er refereret i afsnittet om skizofreni, p. 34.

Undersøgelsen skete i et samarbejde med antropologen Carpenter, som satte det psykiske klima på stedet og de refererede sygehistorier ind i en ramme af samfundsændringer. De store ændringer af samfundet havde medført tab af den traditionelle magiske kraft til at kontrollere angst og stress, og samtidig en voldsom udvikling af hekseri og frygt for hekseri (Carpenter 1953). Men allerede få år senere var heksefrygten stærkt på retur, samtidig med at forholdene forbedredes både økonomisk og socialt. Den katolske mission blev aktiv med nye ritualer til mindskelse af frygt og samtidig bekræftede den betydningen af syndsbevidsthed, hvorved et spinkelt bånd til den traditionelle kultur blev fastholdt, jfr den tidligere (p. 13) omtalte helbredelse ved *angakkoks* mellemkomst, når den syge tilstod et tabubrud som årsag til sygdommen.

Hellon (1970) har gennemgået journalerne for alle førsteindlæggelser af indfødte på Alberta psykiatriske hospital i Edmonton fra åbningen i 1923 til april 1963. For hver indfødt udtog han den

næstfølgende hvide patient til sammenligning. Den således dannede kohorte bestod af 312 indfødte og 315 hvide Canadiere. Af de indfødte var 25 personer eskimoer, 168 indianere og 119 metis (blandinger). Fra journalerne blev udtrukket demografiske og kliniske data. Der var betydelige forskelle i fordelingen af diagnoser mellem grupperne. Eskimoerne adskilte sig fra alle andre ved flere affektive psykoser, mens de indfødte under et havde flere med personlighedsforstyrrelser end de hvide patienter. Han fokuserede herefter på tab af impuls kontrol målt ved voldelig adfærd, promiskuitet, kriminalitet og personlighedsforstyrrelse, og satte det i relation til grad af akkulturation, som blev målt ved 1) sprog 2) uddannelse og 3) beskæftigelse. Personlighedsforstyrrelse, promiskuøs adfærd og kriminalitet korrelerede med mindst ét af de anvendte mål for akkulturation, mens voldelig adfærd ikke havde en sådan sammenhæng. De patienter, som havde vrangforestillinger, hvis indhold stammede fra den oprindelige kultur, havde ikke mindre voldelig adfærd end resten. Eskimoerne havde færrest tegn på akkulturation og færrest med kriminalitet og promiskuitet, men langt flest med voldelig adfærd (60% af alle inuit imod 30% af øvrige indfødte og 16% af hvide).

I 1960 gennemførte Chance & Foster (1962) en spørgeskemaundersøgelse af det psykiske helbred hos den voksne befolkning på Barter Island, en tidligere meget isoleret beliggende boplads på nordøstkysten af Alaska. Barter Island gennemgik meget store og hurtige ændringer i 1950erne som resultat af kontakt og samarbejde med hvide på en nærliggende DEW Line radar varslingsstation. 91% af befolkningen over 17 år, i alt 31 mænd og 22 kvinder deltog i undersøgelsen, som bestod i, at 3 trænedede eskimoer præsenterede Cornell Medical Index Health Questionnaire CMI. CMI består af 195 spørgsmål, opdelt i 18 sektioner, hvoraf de 12 vedrører legemlige symptomer og 6 spørgsmål om stemning og følelser. Et enkelt spørgsmål - "Do you have to be careful about what you say even with your friends?" - måtte udgå, fordi det blev besvaret positivt af næsten alle eskimoer, ikke på grund af mistænksomhed, men med tanken om ikke at såre en vens følelser. Svarene blev sammenlignet med resultaterne af undersøgelser blandt 1) en udvalgt gruppe beboere i New York, 2) en gruppe neurotiske patienter, indlagt på psykiatrisk afdeling og 3) en gruppe ambulante psykiatriske patienter. Svarmønsteret blandt mændene på Barter Island lignede svarene fra New Yorker mændene, mens kvinderne fra Barter Island placerede sig mellem de indlagte og de ambulante kvindelige psykiatriske patienter. Der var langt større forskel mellem mænd og kvinder på Barter Island end i nogen af de øvrige grupper. Der var ingen forskel mellem de forskellige aldersgrupper, men befolkningen på Barter Island var relativt ung, i gennemsnit 29 år, og kun 3 var ældre end 50 år. Forfatterne gør rede for, at mænd og kvinder har haft meget forskellige muligheder for at forholde sig til de store samfundsændringer, idet mændene har haft megen kontakt med hvide og mange muligheder for at vinde respekt og anerkendelse gennem deres arbejde i den hvide mands verden, mens kvindernes traditionelt prestigefyldte aktiviteter som skindbearbejdning og -syning, fangst-tilberedning har været aftagende under de ændrede forhold, og de har ikke haft kontakt med de hvide. Det betyder, at kvinderne har haft svært ved at forstå, hvilken rolle, der forventes af dem under de ændrede samfundsforhold. Med dette in mente finder forfatterne, at de påviste store forskelle i svarmønsteret hos de to køn kan dække over reelle forskelle i deres tilpasning til omgivelser i hurtig forvandling.

Ser man på de enkelte symptomgrupper, så svarer mange kvinder ja på spørgsmål om træthed og utilstrækkelighedsfølelse og depression, mens hverken mænd eller kvinder har haft problemer med angst. Chance's hovedkonklusion kan udtrykkes således. Der skal være kongruens mellem kulturelle mål og mulighederne for at opnå dem. Han finder sammenhæng mellem på den ene side emotionel instabilitet og psykisk lidelse, på den anden side inkongruens mellem kulturelle mål og mulighederne for at opnå dem.

Chance (1966) har givet en indføring i Nordalaskas eskimoers kultur og historie som ramme for undersøgelserne af det psykiske helbred hos 60ernes eskimoer. I sin seneste bog fra 1990 'Inupiat and Arctic Alaska' finder Chance situationen betydeligt mere kompliceret end tidligere. Der er store begrænsninger i jagtretten. Man kan ikke klare sig uden pengeøkonomi. Den sociale ulighed er stigende, og den traditionelle deling af føden etc. fungerer kun under særlige omstændigheder. Han meddeler ingen data vedrørende psykiske lidelser eller psykosociale problemer.

Foulks (1972) har gennemgået journalerne for alle de indfødte patienter, der i 1968 blev behandlet for en psykisk lidelse ved Public Field Hospitals i Alaska. Hele den indfødte befolkning talte 55.200 og 432 indfødte sv. t. 783 per 100.000 blev i løbet af året behandlet under indlæggelse eller i psykiatrisk ambulatorium for en psykisk lidelse, heraf 12,5% for depression. Blandt de eskimoiske folk, inuit og yuit, udgjorde depressionerne hhv 23% og 21% af alle behandlede psykiske lidelser, sv t hhv 127 og 200 per 100.000 af befolkningerne. Opdelt på størrelse af hjemstedet viste det sig, at især de store bygder, med 900-2500 indbyggere, havde høj forekomst af depression. 18% af alle patienter kom fra store bygder, men blandt dem med depressioner var det 66%. Det var især eskimoer, der boede i de store bygder. Foulks mener, at denne sammenhæng kan forklares ud fra, at tilværelsen i de store bygder adskiller sig fra den i små bebyggelser på flere måder: Mens de små bygder på undersøgelsestidspunktet stadig levede på traditionel måde af fangst og fiskeri, så var de store bygder i langt mere kontakt med vestlig livsform. Her boede for mange mennesker samlet, til at de kunne leve af fangst. De blev afhængige af pengeøkonomien, som var blevet tilført af den hvide befolkning, repræsentanter for regering, handel etc. Mens den sociale kontrol i de små traditionelle samfund var helt uformel, styret af at alle besøgte hinanden hver dag og så hvad der gik for sig, så var denne form for kontrol ikke længere mulig. Man måtte holde sig til fastlagte regler, og myndigheder begyndte at kontrollere overholdelsen af disse regler, hvoraf nogle var fremmede for befolkningen. Hvis man ikke klarede at overholde reglerne, faldt selvfølelsen, man følte sig skyldig, og skyld og depression er nært forbundne. Over for dette stod, stadig ifølge Foulks, overtrædelse af de traditionelle skikke i det traditionelle samfund som noget, der blev kendt af alle, man blev drillet, kunne ikke gemme sig, kun flygte fra skamfølelsen på det psykologiske plan ved hjælp af hysteriske symptomer, dissociation, glemsel. En anden vigtig side af forskellen mellem store og små samfund er, at i det lille samfund er der flere kilder til at føle sig noget værd. Det drejer sig både om en informel, men effektiv social kontrol og om, at man hører til i det fælles liv, bliver set og værdsat, når man gør det rigtige.

I en undersøgelse fra Keewatin, North West Territories i Canada, sætter Rodgers (1974) fokus på sammenhængen mellem den indre stabilitet i et samfund og forekomsten af manifesterede psykiske symptomer og problemer. To bygder med helt overvejende eskimoiske befolkninger og ret ens vilkår, hvad angår befolkningssammensætning, skoleforhold, fangstforhold mv, følges i perioden 1967-72, og antallet af henvisninger til den rejsende psykiatriske service registreres. Ved undersøgelsens begyndelse var det ene samfund præget af mismod, TB var udbredt, og der var stor sygdomsfrygt. Folk var uden initiativer. Selv rensdyrene, som i sæsonen fandtes i rigt mål, blev ikke jagede. Der var stor vrede over manglerne ved samfundet, man følte sig under forbandelse, og der var hvert år mange henvisninger til psykiateren. Men efter at de offentlige ledere havde givet op og var rejst, lykkedes det en ny, men meget erfaren administrator og nogle skolefolk at vende udviklingen og få befolkningen inddraget i en række aktiviteter til gavn for samfundet, lige fra anlæggelse af en ny landingsbane med frivillig arbejdskraft til at gennemføre effektiv forebyggelse og behandling af tuberkulosen. Det psykiske klima blev stærkt forbedret og henvisningerne til psykiater aftog til 1/3 af de tidligere i takt med, at befolkningen tog aktiv del i og fik medansvar for udviklingen af deres samfund.

I det andet samfund var der som udgangspunkt næsten ingen psykiatriske henvisninger og et tilsyneladende harmonisk samfund. Men man var helt uforberedt på en række konsekvenser af den begyndende modernisering, som nu viste sig. Tilbud om uddannelsesprogrammer medførte, at en del unge rejste hjemmefra en periode, og når de vendte hjem, var der sjældent arbejde, så de kunne udnytte det, de havde lært. Samtidig var de begyndt at drikke alkohol og opførte sig derefter. Der opstod mange problemer, der blev tolket som udslag af onde kræfter, og allehånde rygter gjorde tilværelsen utryg. I denne periode voksede antallet af psykiatriske henvisninger markant. Men senere lykkedes det gennem en administrativ ændring, der gav befolkningen lokalt selvstyre, således at de tidligere administrative embeder nu kun havde rådgivende funktioner, at få genskabt en fællesskabsfølelse og et samarbejde omkring problemløsninger, hvorefter de psykiatriske henvisninger også her aftog.

Det konkluderes, at en gruppe, der har særlig risiko for psykiske forstyrrelser ikke behøver præsentere åbenbare symptomer, så længe deres 'økosystem' er relativt stabilt. Omvendt vil forstyrrelserne blive manifesterede, hvis der kommer ubalance i samfundet.

I det ene samfund var der fast psykiaterbesøg, mens det andet kun fik besøg efter anmodning. Det er således ikke relevant at sammenligne henvisningsraterne i de to områder. Men svingningerne inden for det enkelte område skete uden ændring i adgangen til at blive henvist. Der er ikke anført noget om karakteren af de tilstande, der medførte henvisning. Men undersøgelsen minder os om, at sammenhængen mellem psykisk helbred og sociale forhold bliver særligt tydelig i samfund under hurtig social forandring.

I Canada gør Boag (1970) situationen op på følgende måde: Mens kontakten mellem indfødte og hvide før og under 2. verdenskrig mest bestod i vareudveksling, hvorved de indfødte fik ny teknologi, som de indpassede i deres egen kultur, så er der siden 1950 sket så massive ændringer, at de indfødte er under betydeligt stress. Der er stigende fokusering på disse ændringers indvirkning på det psykiske helbred, hvilket bl.a. har medført, at blandt de 10 canadiske universiteter, der driver forskning i arktis, har de tre fjerdedele programmer for mental health undersøgelser. De hidtidige undersøgelser er dog præget af manglende systematik, ligesom public health statistikker er meget mangelfulde. Boags artikel indeholder ingen originale iagttagelser, men på baggrund af især socialantropologers rapporter fastslår han, at der er stigende tegn på psykosocial belastning, alkoholisme, kriminalitet, brudte familier som resultat af sammenbrud af den traditionelle kultur og akkulturationsstress.

Et af de af Boag omtalte mental health programmer indgik i Killam projektet ved Memorial University of Newfoundland fra 1969. Mest betydning for forståelsen af sammenhængen mellem kultur og psykisk helbred fik Jean Briggs' undersøgelser af emotioner, socialisering, mv, omtalt i indledningen og behandlet i arbejde nr. 1 (Briggs 1970, 1985, 1990, 1992, 1994, 1995, 1998). I 1995 behandler hun emnet, hvordan moderniseringen, specielt ved flytning fra en lille boplads til en by, har haft negativ indflydelse på de tidligere (p. 11) beskrevne mønstre for sammenknytning af bopladsfællerne. Hvor følsomhed over for kritik, frygt for at blive ladet i stikken, gjorde folk utilbøjelige til at indtage særstandpunkter og stå alene over for andre, fungerede det tilsyneladende efter hensigten i det helt lille og isolerede samfund. Men i den større by var det svært at opfylde andres forventninger og undgå kritik. Kravene var ofte i modstrid med hinanden; der opstod onde cirkler af destruktivitet, blandt andet med det resultat, at det blev meget svært både for forældre og børn at skabe og opretholde den følelse af selvagtelse, der er nødvendig for at klare

belastningerne også i det moderne komplicerede sociale liv. Men det drejer sig om samfund i stadig forandring. Briggs så også nye strategier udvikles til varetagelse af de mellem menneskelige og samfundsmæssige problemer.

Også som en del af Killam projektet har Sampath (1974, 1982) undersøgt befolkningen i en øst-canadisk eskimobygd, en undersøgelse, der omfattede 97% af alle over 15 år, i alt 214 personer. Probanderne udfyldte et spørgeskema, Health Opinion Survey (HOS), og uden at han kendte resultatet heraf, foretog forfatteren et *mental status interview* af de samme 214 personer, ud fra hvilket han registrerede psykiatriske diagnoser. Der var god overensstemmelse med HOS fundene, som blev rubriceret i fire grupper *severe, moderate, mild and minimal sickness*, og de psykiatriske diagnoser. Ingen i gruppen *minimal sickness* fik en psykiatrisk diagnose, mens alle i gruppen *severe* også fik en psykiatrisk diagnose. I gruppen *moderate* fik halvdelen en psykiatrisk diagnose, mens det var tilfældet for 1/3 i gruppen *mild sickness*. I alt fandt Sampath, at 37% af de undersøgte opfyldte kriterierne for en DSM-III psykiatrisk diagnose, sv t en prævalensrate på 373/1000. Han konkluderede, at de fleste psykiske lidelser kendt i vestlige samfund også findes i de nutidige eskimoiske, at prævalensraterne er høje, og at ætiologien kan findes i moderniseringsprocesserne (Sampath 1974). O'Neil (1989) stiller en række kritiske spørgsmål til undersøgelsen: Hvorledes har anvendelsen af tolk indvirket på den diagnostiske proces? Er der tale om sammenblanding af symptomer på lettere kroniske somatiske sygdomstilstande med psykiske lidelser? Men vigtigst: Er der tale om kulturelt uegnede diagnoser? Specielt hvad angår personlighedsdiagnoser, er det så tænkeligt, at den eskimoiske personlighedsopfattelse er så forskellig fra den vestlige verdens, at inddelingen i personlighedsafvigelser ikke har nogen mening? Kort sagt, er det, Sampath diagnosticerer som personlighedsafvigelse, når det kommer til stykket, persons evne til at være en adækvat eskimo? Denne diskussion bringer også Bertelsens tidligere refererede beskrivelse af den eskimoiske psyke som en mere primitiv mennesketype svarende til visse nutidige psykopatiformer i erindring. Netop i befolkningsundersøgelser, hvor hele spørgsmålet om sygdom og behov for behandling ikke indgår i undersøgelsen, er det ekstra problematisk, specielt i en anden kultur, at anvende diagnoser, der er udviklet ud fra behandlingssituationer.

I 1979 konkluderede Kraus & Buffler (1979) på basis af sygdoms- og vitalstatistikker fra Alaska Indian Health Service, Alaska Institute of Psychiatry and Alaska Community Mental Health Services, at "Alaska natives experience a steadily increasing burden of mental illness, alcohol abuse and social disorder, far exceeding that of other American populations, such as Alaskan non-natives, American Indians and other minority groups". En del af statistikken skelner mellem de forskellige indfødte grupper, heriblandt to eskimogrupper, yupik og inupiat. Der er forskelle mellem grupperne, men tendensen er den samme: øget forekomst af drab, selvmord og alkoholbetinget død fra midt i 60'erne. Og selv om adgangen til psykiatriske behandlingsinstitutioner var vanskelig for disse grupper, steg antallet af behandlede patienter år for år og oversteg langt raten for behandlede ikke-indfødte patienter. Forfatterne anser problemet psykisk helbred for et væsentligt anliggende; den overordnede model for prioritering af folkesundhed og sundhedstjenestesevice bør revideres, da den ikke tager fat på problemerne vedrørende adfærdsforstyrrelser og voldelig død.

4.5. Grønland efter 1980

I 1979 fik Grønland Hjemmestyre, i første omgang med ansvar for sociale anliggender, skole og uddannelse. Sundhedsvæsenet var fortsat et dansk anliggende indtil 1992, hvor det overgik til det grønlandske hjemmestyre.

De følgende undersøgelser er opdelt i niveau for undersøgelsen i henhold til Goldberg & Huxley's (1992) model for "pathways to care", refereret p 7.

4.5.1. Befolkningsundersøgelser

4.5.1.1. Den grønlandske sundhedsprofil

Den grønlandske sundhedsprofilundersøgelse er en landsdækkende interviewundersøgelse, hvis formål er at beskrive den grønlandske befolknings helbred, som det opleves af befolkningen selv, og at relatere sundhed og sygdom til levevilkår, hverdagsliv og brug af sundhedsvæsenet. Der er altså tale om selvrapporterede data. Dataindsamlingen blev gennemført i 1993-94. I alt 1728 af en stikprøve på 3025 voksne fra hele Grønland deltog i undersøgelsen. Bortfaldet skyldtes for en del, at det ikke lykkedes interviewererne at få kontakt med alle udtrukne personer. Svarprocenten blandt dem, der blev kontaktet, var ca. 70%

Undersøgelsens resultater er beskrevet i en række temarapporter. "Sygdom og helbred i Grønland" (Bjerregaard et al. 1997) beskriver både fysisk og psykisk sygdom og visse sammenhænge imellem dem. Alkoholforbrug er behandlet i temarapporten "Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland" (Bjerregaard et al. 1995), samt i rapporten "Familie, børn og sundhed i Grønland" (Curtis et al. 1997), hvori en række forhold under opvæksten ligeledes er analyseret. Rapporterne er overskueligt stillet op og rummer en række væsentlige informationer til belysning af folkesundheden i dagens Grønland. Blandt resultaterne skal anføres:

Godt en fjerdedel af alle voksne i et bredt udsnit af den grønlandske befolkning har i en 14 dages periode haft psykiske symptomer, især i form af nedtrykthed, depression, ulykkelighed, men en del også angst og nervøsitet. M/K ratio 1: 1,8. Forekomsten var stigende med alderen, især blandt kvinderne. 6% af mændene og 18% af kvinderne havde på et eller andet tidspunkt været behandlet for "dårlige nerver", men kun 0,6% af mændene og 0,9% af kvinderne angav at have en langvarig psykisk lidelse. 13% af mændene og 19% af kvinderne havde haft alvorlige selvmordstanker, flest i alderen 18-24 år. For de yngre var der en tæt sammenhæng mellem psykiske symptomer og selvmordstanker.

I spørgeskemaet indgik Goldbergs General Health Questionnaire med 12 spørgsmål (Goldberg & Williams 1988). Med anvendelse af skæringspunkt ved 2 positive svar på de 12 spørgsmål kunne 35% af deltagerne betegnes som psykisk sårbare, heraf flest kvinder og flest unge, samt ældre over 50 år. En sammenligning med besvarelserne af spørgsmålene vedrørende psykiske gener gav til resultat, at 24% af dem, der ikke havde tegn på psykisk lidelse, blev betegnet som psykisk sårbare ved GHQ-12, mens det gjaldt 68% af dem med psykiske gener og 68% af en gruppe ambulante psykiatriske patienter.

Blandt de interviewede angav 0,5% af mændene og 0,8% af kvinderne at have en langvarig psykisk sygdom. De diagnoser, der blev angivet, var uspecifikke, og det er sandsynligt, at personer med svære sindslidelser ikke er blevet interviewet. Men hvor mange sindslidende, der er gemt blandt dem, det ikke lykkedes at kontakte, samt blandt de 30%, der fik indbydelsen, men ikke mødte op, vides ikke.

I beskrivelsen af alkoholforbrug opereres med to former for alkoholproblemer: Rusdrikkere og storforbrug. Med de anvendte definitioner var 19% af deltagerne rusdrikkere og 17% storforbrugere. 11% var både storforbrugere og rusdrikkere, mens 15% kun var en af delene. Den anvendte definition på storforbrug 16 genstande om ugen, er lavt sat i forhold til den danske sundhedsstyrelses rekommandationer vedrørende ikke-skadeligt forbrug for raske, ikke-gravide. Imidlertid

tyder resultaterne på en vis underrapportering af forbruget. Det gennemsnitlige rapporterede forbrug var for mænd 9,7 og for kvinder 4,9 genstande per uge. Det officielt rapporterede gennemsnitlige forbrug målt ved salget var i 1993/94 13 l ren alkohol per år per person over 15 år. Det svarer til ca 18 genstande om ugen. (Grønland 1997)

Både rusdrikkeri og storforbrug var 3 gange så hyppigt blandt mænd som blandt kvinder. Det gennemsnitlige forbrug var lidt lavere for danskere end grønlændere. Der var også færre danske rusdrikkere, men til gengæld flere med storforbrug. Der var statistisk signifikant sammenhæng mellem rusdrikkeri og en række sociale problemer, som skænderi i familien, svært ved at møde på arbejde, mistet arbejde, manglet penge, kommet til skade eller skadet andre ved uheld eller ved slagsmål. Også storforbrug havde sammenhæng med flere af de nævnte problemer, dog knapt så udtalt. Men omvendt var ca. 10% af deltagerne rusdrikkere eller storforbrugere uden at have svaret ja til de anførte problemer. Skænderi i familien var også et problem for 16,5% af dem, der hverken var storforbrugere eller rusdrikkere.

Vedrørende forhold under opvæksten, så afspejler analyserne de store samfundsændringer, der er sket siden 2. Verdenskrig. 70% af dem, der er født før 1930, er født på bygder, mens det kun gælder 26% af dem, der er født efter 1970. Forekomst af alkoholproblemer og seksuel vold i barndommen er rapporteret med stigende hyppighed af de yngre fødselsårge. Selvmordstanker forekom især hyppigt i disse grupper.

Rapporterne indeholder desuden mange oplysninger om fysisk helbred, om levevilkår, etnicitet, sprog, uddannelse, boligforhold, kost, tobak og hash. I rapporten Sygdom og helbred i Grønland (Bjerregaard et al. 1997) er betydningen af psykisk og fysisk sygdom og symptomer for det selvvaluerede helbred nærmere analyseret. Både for mænd og kvinder giver langvarig fysisk sygdom oftere oplevelsen af at have et dårligt helbred end psykiske symptomer uden fysisk sygdom, men det er især kombinationen af fysisk og psykisk lidelse, der resulterer i dårligt selvvalueret helbred.

4.5.1.2. Interviewundersøgelse af grønlandske skolebørn

I en spørgeskemaundersøgelse (Pedersen 1997) er skoleelevers oplevelse af deres fysiske og psykiske sundhed behandlet. Undersøgelsen er del af et internationalt projekt "WHO Health Behavior in School-Aged Children" (HBSC), men indeholder også specielle grønlandsrelevante emner. I alt 2999 skolebørn, 11 - 17 år gamle, der gik i 6.-11. Klasse, deltog i undersøgelsen. Af særlig interesse for denne oversigt er afsnittet om psykosocial tilpasning. 39% følte sig meget sunde, 63% rimeligt sunde og 8% følte sig ikke ret sunde. De, der følte sig meget sunde, følte sig også mere selvsikre, mindre ensomme og mindre hjælpeløse. 18% af alle svarede ja til spørgsmålet, om de nogensinde havde tænkt alvorligt på at begå selvmord. Blandt de 16-årige piger svarede 37% bekræftende og blandt de 16 årige drenge 25%, mens tallet blandt 11 årige var hhv 10% af pigerne og 5% af drengene. Der var sammenhæng mellem det ikke at føle sig særligt sund og have (haft) selvmordstanker.

6,7% svarede ja til spørgsmålet, om de nogensinde var blevet tvunget til sex. Heraf angav 40% at det var kæresten, 9,6% faderen, 6,1% moderen, 6,7% plejefar og 18,5% et andet familiemedlem. Det var især pigerne, der var blevet tvunget til sex, og andelen var stigende med alderen, således angav 2,9% af 11 årige piger og 35% af de 17 årige, at de var blevet tvunget til sex. De elever, der havde været tvunget til sex havde en 2-3 gange større sandsynlighed for at have haft selvmordstanker end de elever, der ikke havde været tvunget til sex.

I den internationale sammenligning springer nogle forhold i øjnene: De grønlandske skolebørn angav sig oftere under forventningspres end de danske børn i Grønland, men også end danske børn i Danmark. Forældrenes interesse for at komme på skolen var den laveste i hele den internationale undersøgelse, i hvert fald ifølge børnenes opfattelse. I sundhedsprofilen havde forældrene en betydeligt mere positiv opfattelse af deres egen interesse for at følge med i børnenes skolegang og støtte dem. Af alle 24 lande følte de grønlandske børn sig oftest mobbede, ligesom de selv ofte deltog i mobning.

4.5.2. Patienter i den primære sundhedstjeneste. Sygdomsmønstret målt ved kontakter til sundhedsvæsenet

Bjerregaard & Bjerregaard (1985) har undersøgt sygdomsmønstret for alle, der kontaktede sundhedsvæsenet i Upernavik i løbet af et år i 1979/80. Det drejer sig om 2673 kontakter fra de i alt 836 indbyggere i byen. Sammenlignet med en undersøgelse omfattende almen praksis i Århus (Nordentoft & Reeslev 1979) var der ingen forskel i kontaktrater for psykoser (antal ikke angivet), men tre gange færre kontakter i Upernavik på grund af ikke-psykotiske psykiske lidelser. Kontakt på grund af alkoholafhængighed var sjældnere i Upernavik end i Århus. Derimod var kontaktraten på grund af ulykkestilfælde næsten dobbelt så høj i Upernavik som i Århus. Imidlertid var kun få af de kontakter, som på en eller anden måde havde sammenhæng med alkoholbrug, blevet grupperet som sådan, og en eventuel sammenhæng mellem de mange ulykker og alkohol var ikke blevet undersøgt, således som det er tilfældet med den følgende undersøgelse.

Jørgensen et al. (1984) har foretaget en registrering af alle ulykkes- og voldsskader, der blev behandlet på de grønlandske sygehuse i november og december 1983, og sammenlignede resultaterne med tilsvarende undersøgelser i en række danske byer, bl.a. Esbjerg. Blandt de 946 registrerede tilskadekomne udgjorde voldstilfælde 36%, langt de fleste både udøvere og ofre var grønlandere. Voldsudøvere var overvejende mænd, mens der var nogenlunde lige mange mænd og kvinder blandt ofrene. 1/3 af voldstilfældene skete i faste parforhold. I disse tilfælde var 78% af ofrene kvinder, begge parter berusede og volden foregik i hjemmet. I alt var 83% af voldsudøvere og 81% af volds ofre alkoholpåvirkede. Ved tilsvarende undersøgelser i Danmark udgjorde voldsskader 2,1 – 3,5% af alle skader. I sammenligning med Esbjerg, som havde det højeste antal voldsskader i Danmark, var der 8,5 gange så meget vold i Grønland. Vold mod kvinder var 20 gange så hyppig i Grønland som i Danmark. Undersøgelsen fandt sammenhæng mellem mandsrolle, spiritus og vold, forhold, der er i overensstemmelse med McClellands forskning om alkohols rusvirkninger (McClelland et al. 1972). En undersøgelse fra Danmarks Statistik (1990) viser i øvrigt høj korrelation mellem alkoholforbruget i Grønland det ene år og antallet af afgørelser i voldssager det følgende år.

4.5.3. Den psykiatriske hospitalsfunktion

Selv om den psykiatriske hospitalsfunktion ikke indgår som selvstændigt emne for afhandlingen, skal der gives en kort beskrivelse heraf for at sætte nogle af undersøgelsesresultaterne i perspektiv.

4.5.3.1. Organisation af psykiatrisk behandling

Det nuværende organisation af psykiatrisk behandling, som har været uændret siden 1980, er gennemgået af Lynge (1997:30). Det grønlandske sundhedsvæsen er opdelt i 17 sundhedsdistrikter med hver sit sygehus eller sundhedscenter, hvorfra betjeningen af befolkningen i byer og bygder udgår. Her behandles alle former for sygdomme, også psykiatriske, ambulante eller under

indlæggelse. Dronning Ingrid's Hospital er distriktssygehus for Nuuk, men samtidig centralsygehus for hele Grønland. Her findes en psykiatrisk sengeafdeling (herefter betegnet DIH/A1), oprettet 1980 med 24 senge, senere reduceret til 18, hvoraf 2 på sikrede stuer med mulighed for tilbageholdelse i kortere tid. Der er intet egentlig lukket afsnit. Ved særlige undersøgelses- og overvågningsbehov indlægges patienterne på psykiatrisk hospital i Danmark, enten Amtshospitalet i Vordingborg (AHV) eller Rigshospitalets psykiatriske afdeling (RH/O). Særlig farlige patienter (med sikkerhedsdekret eller dom til anbringelse i Sikringsanstalt) indlægges på den landsdækkende Sikringsanstalt i Nykøbing Sjælland. Retslige mentalobservationer kan foretages ambulat eller under indlæggelse på DIH/A1, men når sikkerhedsmæssige hensyn kræver indlæggelse i lukket afdeling, sker det på Amtshospitalet Nykøbing Sjællands retspsykiatriske afdeling (ANS) eller Sikringsanstalten. Tabel 3 viser det gennemsnitlige antal indlæggelser per år i perioden 1984-88 og Tabel 4 forbrug af sengedage i samme periode. Til sammenligning var senge-dagsforbruget i 1996 steget med 20% til 4307 på distriktssygehusene, faldet med 45% til 3479 på DIH/A1 og næsten uændret på Amtshospitalet i Vordingborg, dog med en vis reduktion efter 1996 (Direktoratet for Sundhed og Forskning 1998).

Tabel 3. Psykiatriske indlæggelser 1984-88.

	Gennemsnitligt antal per år
I Grønland	
Distriktssygehusene	470
Dr. Ingrid's Hospital/psyk.afd.	192
I Danmark	
Psykiatriske hospitaler	52
Sikringsanstalten	2

Kilde:Lynge (1997)

Tabel 4. årligt forbrug af senge 1984-88.

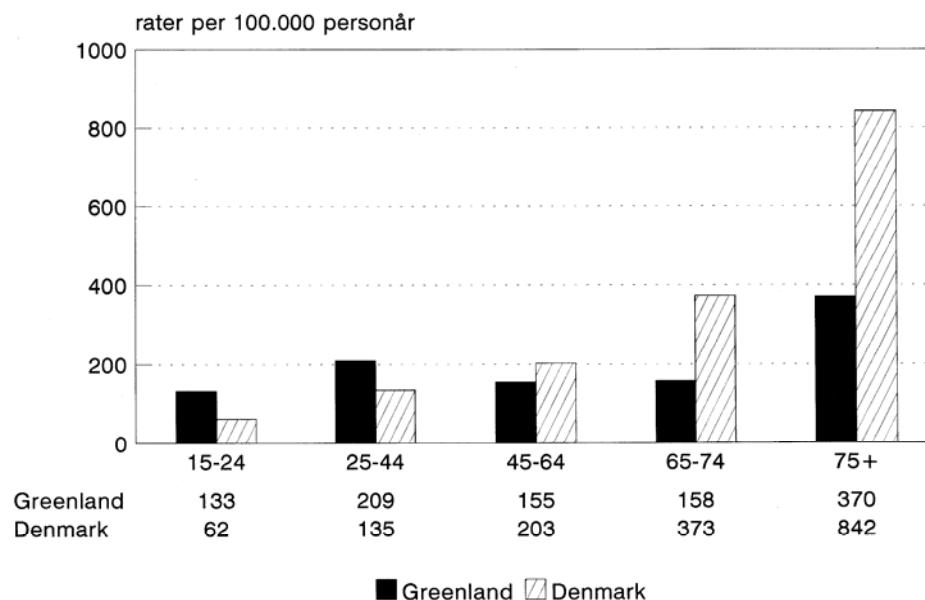
	Gennemsnitligt antal dage	Antal senge med 85% belægning
I Grønland		
Distriktssygehusene	3600	12
Dr. Ingrid's Hospital/psyk.afd.	6314	20
I Danmark		
Psykiatriske hospitaler	8076	26
Retspsykiatrisk afdeling	770	2
Sikringsanstalten	1452	5

Kilde: Lyng (1997)

Figur 1 illustrerer en række tværsnitsundersøgelser af belægningen på de psykiatriske sengeafdelinger. Relativt langt flere unge og færre ældre grønlændere end danskere opholder sig på psykiatriske sengeafdelinger på et givet tidspunkt.

Figur 1

Heldøgnspatienter på psykiatriske hospitaler og hospitalsafdelinger opdelt på aldersgrupper og hjemsted



Grønland: Heldøgnspatienter, gennemsnit af opgørelser 1/3 1980, 1/3 1981 and 19/3 1984.
Danmark: heldøgnspatienter på psykiatriske institutioner 24/2 1982.
Kilde: Lyng (1997: 62).

4.5.3.2. Overførsler af patienter fra Grønland til psykiatrisk hospital i Danmark 1978-82

Som led i en analyse af behovet for psykiatrisk service i Grønland har Køster et al. (1986) undersøgt alle overflytninger fra Grønland til psykiatrisk hospital i Danmark i årene 1978-82.

117 patienter, bosiddende i Grønland, blev indlagt på psykiatrisk hospital i Danmark med 147 indlæggelser i alt i undersøgelsesperioden. 31% af indlæggelserne var frivillige, 33% tvangsindlæggelser og 36% retslige, enten mentalobservation eller dom til anbringelse eller behandling på psykiatrisk hospital. Kvinderne udgjorde en femtedel af alle indlæggelser. Blandt de frivilligt indlagte var en del patienter fra baseområderne, som blev indlagt på grund af forbigående forstyrrelser. I øvrigt var de hyppigste diagnoser skizofreni og reaktiv psykose, for de retslige patienter personlighedsforstyrrelser. 90% af alle patienter var under 35 år. 89% af indlæggelserne påbegyndtes i lukket afdeling, men kun knapt halvdelen af det samlede sengedagsforbrug fandt sted i lukket afdeling. På opfølgningstidspunktet 1-6 år efter indlæggelsen var en tredjedel fortsat indlagt eller anbragt på institution i Danmark, 11 var døde.

Formålet med undersøgelsen var at få overblik over hvilke ressourcer, der var nødvendige for at undgå fremtidige overførsler af grønlandske patienter til Danmark. Med uændret indlæggelsesmønster ville behovet kunne dækkes med yderligere 14 senge, hvoraf halvdelen i lukket afsnit.

5. SÆRLIGE OMRÅDER, HERUNDER EGNE UNDERSØGELSER

5.1. Psykiske lidelser, deres forekomst og forløb i nutiden

I det følgende vil resultaterne af undersøgelse nr. 2 og delresultater af arbejde nr. 4 blive behandlet i afsnittet om skizofreni. På samme måde vil arbejde nr. 3 og delresultater af arbejde nr. 4 blive behandlet i afsnittet om affektive lidelser. Men først skal gives en beskrivelse af den kohorte, der har givet materiale til egne arbejder nr. 2, 3, 5 og 6 og af registerundersøgelsen, arbejde nr. 4, der har givet materiale til afsnittene om skizofreni, affektive lidelser og selvmord.

5.1.1. Kohorte af førsteindlæggelser 1980-83

En kohorte bestående af alle førsteindlæggelser i psykiatrisk hospital, hvad enten i Grønland eller Danmark 1980-83, af patienter bosiddende i Grønland, er udtrukket af Det Psykiatriske Centralregister i 1991 (Munk-Jørgensen & Mortensen 1997). Heraf er ved manuel gennemgang udtrukket de patienter, som var født af grønlandsk mor. Patienter, som havde været indlagt for en psykisk lidelse på Dronning Ingrid's Hospitals medicinske afdeling, før den psykiatriske afdeling blev etableret, og som på grundlag af beskrivelserne i den medicinske journal skønnedes at ville have været indlagt på den psykiatriske afdeling også ved den tidligere indlæggelse, såfremt afdelingen havde været oprettet på det tidspunkt, blev ekskluderet. Oplysning om bopæl på efterundersøgelsestidspunktet er indhentet fra Det centrale personregister i Danmark, som også omfatter grønlandere. Cpr. registret gav også information om eventuel dødsdato. Dødsattester er indhentet hos landslægen i Grønland, og for dem, der er døde i Danmark, hos Sundhedsstyrelsen. Oplysninger om patienternes tilstand ved efterundersøgelsen blev indhentet ved personlig, eventuelt telefonisk kontakt med nøglepersoner i de lokale sundheds- og socialvæsenere. For de retslige patienter desuden hos kriminalforsorgen og vedrørende eventuelt kriminelt recidiv hos Politimesteren i Grønland.

På grundlag af journalnotater er en lang række data registreret i skemaform. Dels oplysninger, der vedrører familie- og opvækstforhold, skolegang og uddannelse, dels symptomer og andre årsager til indlæggelsen, dels forhold under indlæggelsen og ved udskrivningen.

Status ved follow-up inkluderede oplysninger om a) symptomer den sidste måned, b) indlæggelse det sidste år, c) beskæftigelse det sidste år og d) sociale kontakter sidste måned (Strauss & Carpenter 1972). Den kliniske tilstand er desuden klassificeret i fem grupper svarende til opgørelsen af det danske materiale i WHO's internationale undersøgelse omfattende 10 industrialiserede lande og udviklingslande - DOSMD (Bertelsen et al. 1989).

Efterundersøgelsen fandt sted i perioden maj 1991 til juni 1992, således at undersøgelsesperioden er 7 til 12 år. For nogle data, som antal og varighed af indlæggelser, var det muligt at analysere materialet med en fælles undersøgelsesperiode på 7 år. Den statistiske behandling af data er beskrevet i afsnit 3.3 p. 6.

En personlig efterundersøgelse blev foretaget for dem, der havde fået diagnosen skizofreni eller manio-depressiv psykose ved mindst én indlæggelse. Resultatet af disse mere detaljerede undersøgelser er publiceret (Lyng & Jacobsen 1995, Lyng et al. 1999) og udgør dele af nærværende afhandling.

Analysen af det samlede materiale er publiceret af Lyng (1997). Den samlede kohorte bestod af 139 mænd og 150 kvinder. Sammenlignet med et materiale af alle danske førstegangsindlæggelser blev de grønlandske patienter indlagt i yngre alder, især gjaldt det for mændene. Tabel 5 viser en beregning af antallet af indlæggelser i de forskellige aldersgrupper, såfremt indlæggelsesmønstret havde været det samme som blandt danske patienter. I alt blev der i løbet af den 4 årige undersøgelsesperiode indlagt 9 flere mænd og 43 flere kvinder end forventet, men aldersfordelingen var også meget forskellig fra den danske. Således blev der indlagt 72 mænd under 25 år mod forventet 44, mens der blev indlagt 33 mænd blandt dem over 45 år mod forventet 52. Blandt kvinderne blev der indlagt 79 i aldersgruppen 20-34 år mod forventet 38.

Om den historisk prospektive undersøgelsesmetode:

Dens fordel er, at man får mulighed for hurtigt at samle information om sygdomsforløb. Men der er også ulemper. Data er ikke indsamlet med henblik på forskning, men udelukkende til kliniske formål. Der er ikke sket en systematisk ensartet udvælgelse af informationer. Det at en oplysning mangler for eksempel om bestemte symptomer, er ikke ensbetydende med, at de ikke er til stede. Informationsbias vedrørende anamnesticke oplysninger kan opstå ved glemsel, fortrængning eller fordrejning af erindringer og da formentlig afhængigt dels af patientens alder på tidspunktet for genkaldelse, dels karakteren af den psykiske lidelse. Vedrørende eventuel recall bias, se Robins (1985), refereret p. 57. Oplysninger på efterundersøgelsestidspunktet er derimod indhentet systematisk af samme to undersøgere, enten hos patienten selv (i de tilfælde, hvor der er foretaget PSE-10 undersøgelse) eller af forfatteren hos nøglepersoner i sundhedsvæsenet, socialvæsenet og kriminalforsorgen, hvorfor for eksempel oplysninger om uddannelse, arbejde, civilstand, børn, boligforhold mv må anses for at have god reliabilitet. Forfatteren var overlæge ved Dronning Ingrid's Hospitals psykiatriske afdeling i den periode, kohorten blev dannet, mens den anden undersøger og medforfatter til arbejde nr. 2, Jonna Jacobsen, var overlæge, da efterundersøgelsen fandt sted.

Vedrørende resultater henvises i øvrigt til afsnittene om skizofreni, p. 36, affektive lidelser, p. 48, opvækstvilkår og psykiske lidelser p. 55 og retspsykiatriske patienter, p. 70.

Tabel 5. Observeret antal førstegangsinlæggelser i Grønland og forventet antal, såfremt incidensraten var den samme som for hele Danmark

Alder	Incidensrate per 100.000 i Danmark	Befolkning i Grl.	Alle indlæggelser af grønlandere 1980-83		
			Obs.	Forventet	+/-
Mænd					
15-19	142	3215	33	18	+15
20-24	248	2601	39	26	+13
25-34	253	3347	34	34	0
35-44	253	2403	16	24	-8
45-54	199	1829	7	15	-8
55-64	147	1005	5	6	-1
65+	230	743	5	7	-2
Alle al- dersgr.	218	15143	139	130	+9
Kvinder					
15-19	116	2992	18	14	+4
20-24	157	2455	27	15	+12
25-34	193	3044	52	23	+29
35-44	214	2208	22	19	+3
45-54	219	1839	13	16	-3
55-64	175	1104	9	8	+1
65+	271	1064	9	12	-3
Alle al- dersgr.	205	14706	150	107	+43

Kilde: Lynge (1997:33)

5.1.2. Registerundersøgelse af førsteindlæggelser 1974-1993

Patienter født og bosiddende i Grønland, som blev indlagt for første gang i psykiatrisk hospital eller hospitalsafdeling i perioden 1974-93, blev udtrukket af Det Psykiatriske Centralregister (Munk-Jørgensen & Mortensen 1997) og udgjorde undersøgelsespopulationen. Alle indlæggelser indtil 1996 blev registreret. Diagnoser blev opgjort som 1) diagnosen ved 1. indlæggelse og 2) diagnosen ved mindst én indlæggelse. De sidstnævnte, "nogensinde - diagnoser", blev hierarkisk opdelt med organisk betingede psykoser øverst, dernæst skizofreni, manio-depressiv psykose,

reaktiv psykose, neurose, personlighedsforstyrrelse, alkoholisme, ikke-klassificerbar psykose, andet. Endelig blev der også beregnet rater for tilfælde, som, uanset de hierarkiske diagnoser, på noget tidspunkt havde fået en hoved- eller bidiagnose af alkoholisme eller andet misbrug. Til sammenligning blev tilsvarende rater beregnet for hele Danmarks befolkning. Befolkningen i Danmark 1981 blev anvendt som standardbefolkning.

Mortaliteten i undersøgelsespopulationen blev registreret på basis af oplysninger fra Sundhedsstyrelsen og DIKEs grønlandske dødsårsagsregister (Bjerregaard 1985a+b). Den statistiske behandling af data er beskrevet i afsnit 3.3, p. 6.

Vedrørende undersøgelsesmetoden

I modsætning til kohorteundersøgelsen var det i denne anonyme undersøgelse ikke muligt at inddrage andre kriterier for det at være grønlænder end fødested og bopæl. Moderens etnicitet var ikke oplyst. I arbejde nr. 4 er gjort rede for, at det næppe har påvirket resultatet, idet næsten alle danske børn, født i Grønland, flytter tilbage til Danmark sammen med forældrene inden voksenalderen.

Det var ikke muligt at korrigere for de indlæggelser, der blev registreret som førsteindlæggelser efter 1980, men hvor patienten også havde været indlagt for en psykisk lidelse på Dronning Ingrid's Hospital før den psykiatriske afdelings oprettelse i 1980. I kohorteundersøgelsen udgjorde de 7% af mændene og 19% af kvinderne i 1980-83, men formentlig langt færre i de følgende undersøgelsesperioder. Det betyder, at specielt i undersøgelsesperioden 1979-83 må incidensraterne forventes at være for høje, især for kvindernes vedkommende.

Resultaterne vedrørende skizofreni og manio-depressiv psykose er omtalt i de respektive afsnit. For alle diagnoser under et var incidensraterne lidt lavere for grønlandske mænd og lidt højere for grønlandske kvinder end for danske mænd og kvinder, men i det grønlandske materiale var der meget brede konfidensintervaller, så forskellen havde kun marginal statistisk signifikans på 5% niveau. (Arbejde nr. 4, figur 1 og 2). Derimod var der markante forskelle i aldersfordelingen af patienterne. De grønlandske rater var højere end de danske for mænd, yngre end 25 år og lavere for mænd over 35 år. For kvindernes vedkommende var forskellene knapt så udtalte, men der var signifikant højere rater for grønlandske end danske kvinder i aldersgruppen 24-34 år og lavere for dem over 65 år. (Arbejde nr. 4, Tabel 2).

Med hensyn til mortaliteten var der blandt de grønlandske psykiatriske patienter kun en moderat øget mortalitetsrisiko i forhold til normalbefolkningen. (Arbejde nr. 4, Tabel 3). Risikoen for at dø ved selvmord er behandlet i afsnittet herom p. 63.

5.1.3. Skizofreni

Formålet med denne del af afhandlingen er at undersøge skizofreni, som den præsenterer sig, diagnosticeres og forløber i den grønlandske befolkning.

Spørgsmålet om skizofrenis universalitet kan ikke umiddelbart besvares be- eller afkræftende. Uanset en subjektiv oplevelse af at have med én sygdom at gøre, så er der ikke et eneste symptom, som er *conditio sine qua non*, når diagnosen skal stilles. Der er tale om mange forskellige kombinationer af symptomer og adfærd, som indikerer diagnosen skizofreni. Alligevel kan man i alle samfund, hvor det er undersøgt, finde personer, hvis adfærd opfattes som bizar af omgivelserne, og som har en række symptomer, som kan genkendes fra samfund til samfund, og som kan indpasses i det sygdomsbillede, vi betegner skizofreni.

Forekomsten af skizofreni blandt eskimoer i den traditionelle kultur er ukendt. Sagnenes beretninger om, efter vor opfattelse, bizar adfærd indeholder ikke så detaljerede eller sammenhængende oplysninger om psykopatologiske forhold, at der er grundlag for at indplacere sagnfortællinger i nutidens diagnostiske system. Fra Grønland angiver Bertelsen (1940) efter 30 års lægning i landet i første tredjedel af det 20. århundrede "Af patienter med endogene sindssygdomme har jeg hyppigst truffet patienter med manio-depressiv psykose. *Schizophreni* (Bertelens kursivering) er i alt fald ikke almindelig".

Fra Southhampton Island i Canada foreligger der et arbejde af Teichert (1957), omtalt p 21, tre udførlige sygehistorier omhandlende inuitkvinder med detaljerede beskrivelser af skizofrene sygdomsbilleder, med hørehallucinationer, bizarre vrangforestillinger, inadækvat affekt, kataton uro etc. De tre refererede tilfælde, som daterer sig fra 1940'erne var de eneste i mands minde. Alle de syge havde været sære eller psykisk ustabile fra barndommen. I den periode, hvor de blev psykotiske, var samfundet præget af megen angst og social uro. For alle tre sygehistorier gælder, at befolkningen og de syge selv havde fælles begreber for forståelse af, hvorfor det gik dem så galt. Der var i to af tilfældene tale om hekseri som hævn for en synd begået af den syge selv eller en af hendes nu afdøde forældre.

Den ene kvinde blev psykotisk i forbindelse med sin første fødsel. Efter at barnet var forløst, mente hun, der stadig var noget tilbage i maven. En ældre kvinde blev tilkaldt og beroligede hende med, at det var livmoderen, der trak sig sammen. Men en nat vågnede hun og klagede over, at en ræv var sluppet ind i teltet og gøede. Ingen andre kunne høre eller se den. Kort efter fortalte hun, at den nu var inden i hende. Hun fik voldsomme smerter, og mente snart, at den var ved at fødes ad den naturlige vej, snart fik hun hår i munden og forsøgte at trække den ud gennem munden. Den ældre kvinde forklarede nu, at hendes tilstand skyldtes en alvorlig synd, hun havde begået og holdt skjult. Som barn havde hun boet alene med faderen, som var både forsømmelig og brutal over for hende. På et tidspunkt stjal hun et ræveskind fra en nabo for at dække over, at hundene havde ødelagt et af faderens skind, mens hun var alene hjemme. Naboen havde ikke kommenteret tyveriet, men ladet som ingen ting. Hun tilstod nu, men det var for sent. Den som skindet var stjålet fra, var nemlig ikke i stand til at tilbagekalde hævn. Hans nu afdøde onkel havde givet ham en hjælpeånd, som stadig var styret af den afdøde, og som fuldførte sin hævn. Patientens tilstand blev stadig mere forstyrret og efter nogle måneder blev hun indlagt på et psykiatrisk hospital langt fra hjemmet, hvor tilstanden var præget af kataton uro, aggressivitet og hallucinationer på hørelsen. Hun døde 7 år efter indlæggelsen af tuberkuløs meningitis.

Murphy (1976) har fra en feltundersøgelse i 1954 blandt yupik eskimoer på en ø i Beringshavet beskrevet et sygdomsbillede, af eskimoerne betegnet *nuthkavihak*, som refererer til "a complex pattern of behavioral processes of which the hallmark is conceived to be that something inside the person - the soul, the spirit, the mind - is out of order". Beskrivelser af, hvordan *nuthkavihak* manifesterer sig, omfatter fænomener som at tale med sig selv, råbe efter nogen ikke-eksisterende, tro at et barn eller manden er myrdet ved heksekraft, selv om ingen andre tror det, tro man selv er et dyr, nægte at spise, fordi man tror det vil slå én ihjel, nægte at tale, løbe væk, gemme sig på sære steder, lave sære grimasser, drikke urin, blive stærk og voldsom, slå hunde ihjel, true mennesker. Disse tilstandsbeskrivelser blev givet af informanter på grundlag af 4 tilfælde af *nuthkavihak* i løbet af de foregående 15 år blandt en befolkning på 499 personer, suppleret med 6 sygehistorier vedrørende eskimoer tilhørende en nabobefolkning. Foruden disse, af befolkningen opfattet som klare, sygdomstilfælde fandt Murphy (1976) også en del personer med et eller flere af de ovennævnte symptomer, der klarede sig socialt tilfredsstillende og ikke blev betragtet som syge af deres bofæller.

Fra Grønland foreligger kun de tidligere (p 20) omtalte undersøgelser, hhv fra 1950-1974 fra Upernavik (Kromann & Green 1980) og 1970 fra Vestgrønland (Lyng 1976). Kromann & Green fandt i alt 10 patienter indlagt for psykose, heraf 2 patienter med skizofreni i løbet af 21210 personår, sv t en årlig incidensrate på 9,4 per 100.000. I en undersøgelse i 1970 af forekomsten af psykiske lidelser i tre områder i Vestgrønland fandt Lyng (1976) 7 med af sundhedsvæsenet kendt skizofreni og 9 med manio-depressiv psykose blandt de 1965 personer over 15 år, som var omfattet af undersøgelsen. Det svarer til en skizofreniprævalens på 3,6 per 1000 15+ år. Med Weinbergs korte beregningsmetode var sygdomsrisikoestimatet for skizofreni (risikoperiode 15-40 år) 0,8%

Spørgsmålet om skizofrenis universalitet og om muligheden for at foretage sammenlignende undersøgelser i forskellige lande var et hovedanliggende i WHO's International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS (WHO 1973). Denne undersøgelse viste, at sammenlignelige syndromer af skizofreni og andre funktionelle psykoser forekom i alle de lande, som deltog i undersøgelsen, ligesom det diagnostiske instrument, Present State Examination (Wing 1970), kunne administreres på tilfredsstillende måde i alle de kulturer, der indgik i undersøgelsen. Men det er ikke ensbetydende med, at forskellige epidemiologiske undersøgelser uden videre er sammenlignelige. Brockington et al. (1978) har sammenlignet forskellige definitioner på skizofreni, som har været anvendt i forskningen, og fandt, at ved at anvende 10 forskellige definitioner af skizofreni på en kohorte af 119 psykotiske patienter var der en variation fra 3 til 45 ud af de 119 patienter, som opfyldte de forskellige definitioner. Ved en sammenligning mellem de forskelligt definerede "skizofrenipopulationer"s konkordans og evne til at forudsige forløb blev de i stand til at anviserationelle valg af definitioner og fravælge for snævre eller for løse definitioner. De konkluderede "schizophrenia is an imperfect construct, and the criteria by which it can be validated are also imperfect. – the concept of schizophrenia has such a grip on the minds of psychiatrists that it's worth trying to sharpen its outlines by any means available. Operational definitions are a step in the right direction". Og da de ætiologiske forhold ikke er afklarede, anbefaler forfatterne at lade forløb indgå i validering af diagnoserne. Den seneste udgave af WHO's sygdomsklassifikation, ICD-10, vil antagelig med sine operationaliserede diagnoser give et bedre grundlag for sammenlignende undersøgelser fra forskellige områder, men hvorvidt vi derved kommer et mere validt skizofrenibegreb nærmere, er uafklaret.

WHO's undersøgelse omfattende 10 industrialiserede lande og udviklingslande med anvendelse af sammenlignelige målemetoder "Determinants of the Outcome of Severe Mental Disorders" eller DOSMD (Jablensky et al 1992) konkluderede, at med en snæver afgrænsning af skizofrenibegrebet var incidensen af behandlede, men ikke nødvendigt hospitaliserede tilfælde af skizofreni, nogenlunde ens i de ti undersøgte områder, 0,7 – 1,4 per 10.000 i aldersgruppen 15-54 år og sygdomsrisikoen 0,26-0,54%.

Egne undersøgelser

Arbejde nr. 2 er en undersøgelse af skizofreni blandt nutidige grønlandske patienter indlagt i psykiatrisk hospital. Undersøgelsesmetode og materiale for den samlede kohorte er gennemgået p. 31: En konsekutiv gruppe af førsteindlæggelser 1980-83 i psykiatrisk hospital eller hospitalsafdeling af patienter født af grønlandsk mor og med fast bopæl i Grønland 1991 danner grundlaget for undersøgelsen; deres senere indlæggelser er registreret, og alle, der ved mindst én indlæggelse har fået udskrivningsdiagnosen skizofreni (ICD-8: 295), udgør denne undersøgelsespopulation. Ud over anvendelsen af hospitalernes udskrivningsdiagnoser til diagnosticering er alle, der var i live ved efterundersøgelsen, opsporet og forsøgt kontaktet med henblik på en personlig

efterundersøgelse med SCAN, Present State Examination 10th version (WHO 1992). Spørgsmålene blev stillet på dansk og oversat til grønlandsk af en tolk med mange års erfaring i tolkning af psykiatriske undersøgelser og samtaler. I de tilfælde (de fleste undersøgelser), hvor patienten var delvist dansksproget, fik han således mulighed for at forholde sig til spørgsmålene på begge sprog, ligesom kontrolspørgsmål minimerede muligheden for misforståelser. Begge forfattere til arbejde nr. 2 deltog i SCANundersøgelserne. Reliabiliteten mellem de to undersøgere søgtes styrket ved, at de dels deltog i samme træningskursus, dels skiftevis var udspørgere og bisiddere i en tredjedel af de i alt 33 PSE-10 undersøgelser, hvoraf de 9 tilhørte den manio-depressive gruppe.

En ICD-10 diagnose er udarbejdet ved hjælp af et WHO CATEGO program. Den anvendte version af PSE-10 er senere revideret flere gange, og den anvendte version af CATEGO programmet er ikke længere tilgængelig. Men de opnåede ICD-10 diagnoser er i overensstemmelse med en manuel gennemgang af ratingdata.

De patienter i den oprindelige kohorte, der ikke på noget tidspunkt havde fået en skizofrenidiagnose, og som i lighed med skizofrenigruppen var under 34 år ved 1. indlæggelse, blev anvendt til en case-control sammenligning, både hvad angår en række forhold før første indlæggelse og tilstanden ved efterundersøgelsen. Desuden blev skizofrenigruppen analyseret for prognostiske faktorer for patienternes tilstand ved efterundersøgelsen.

Resultater

24 mænd og 13 kvinder opfyldte indgangskriterierne. De udgjorde 17% af mændene og 9% af kvinderne i den samlede kohorte af førstegangsinlæggelser. Studiets design gør det muligt at beregne hospitaliseringsincidens på tre forskellige måder:

- a) årlig incidensrate for diagnosen skizofreni ved 1. indlæggelse,
- b) årlig incidensrate for skizofreni ved mindst én indlæggelse, hvor diagnosen føres tilbage til tidspunktet for 1. indlæggelse i incidensberegningen.,
- c) årlig incidensrate beregnet på baggrund af det antal probander, der diagnosticeres som lidende af skizofreni på efterundersøgelsestidspunktet ført tilbage til tidspunktet for 1. indlæggelse i incidensberegningen.

Resultatet af disse tre opgørelsesmåder med 95% sikkerhedsinterval ved Poisson fordeling af de fundne værdier fremgår af tabel 2 i arbejde nr. 2.

På efterundersøgelsestidspunktet var 6 patienter døde, alle mænd. Af de 31 i live deltog 24 i personlig efterundersøgelse med SCAN. Blandt disse 24 patienter fik 16 en ICD-10 diagnose F20 (skizofreni), mens 5 patienter ikke fik nogen diagnose. De var symptomfri ved efterundersøgelsen, 3 af dem dog under stabil antipsykotisk behandling. For de resterende 3 patienter var diagnoserne på grundlag af SCAN Present State Examination F29 (uspecificeret ikke-organisk psykose), F10.10 (alkoholmisbrug), F06.3 (organisk affektiv sindslidelse). Sidstnævnte patient blev opereret for et cerebralt aneurysme efter første indlæggelse og havde herefter ingen psykotiske episoder.

Exempler på sygehistorier:

Sygehistorie nr. 1. Mand indlagt første gang 18 år gl. Forældre døde, før han var 1 år. Bortadopteret og opvokset som næst yngst i hjem uden særlige problemer. Han var sent udviklet, gik først 5 år gammel. Altid indesluttet, uden kammerater, talte med fantasivæsen og legede med opdigtede ting. Efter at han havde været udsat for et overfald 14 år gl.,

begyndte han at vise aggressive tendenser ovre for adoptivforældrene. 18 år gammel tvangsinlagt, som værende til fare for andre, på dansk psykiatrisk hospital. Var klart psykotisk, fortalte blandt andet, at han havde været åndemaner siden et års alderen. Efter 3 mdr. udskrevet til hjemmet, men de følgende år genindlagt med stadig kortere interval og ved efterundersøgelsen 9 år efter 1. indlæggelse er han langtidsindlagt på dansk psykiatrisk hospital.

Her har han til stadighed bizarre vrangforstillinger: Gud har bevirket, at han kan trylle. Gud trådte på ham, så han blev dræbt, men bagefter blev han genoplivet. Han kan bevandre hele rummet og tage til andre planeter. Han har dræbt Gud ved tankeoverføring. Nogen forfølger ham. Det bliver nødvendigt at dræbe dem. Det er den eneste måde han kan blive rask på. Mennesker kan skifte køn uden at vide det. Han er ofte seksuelt opstemt og meget generende i hospitalets fritidsafsnit. Han klager over, at han ikke var med til moderens begravelse som etårig. Personer, der udgav sig for hans familie, fik ham til at lade være. Han mener sig forhekset, så han er blevet dum. Mener sig uretfærdigt beskyldt for seksuel omgang med hunde. Han behandles med depotneuroleptikum uden indvendinger og uden tegn på bivirkninger. Han henvender sig spontant både til personale og medptt, men sidder ofte uvirksomt hen. Han er fortsat ind imellem umotiveret råbende, rastløs, virker da fjendtlig, talen uforståelig.

Efterundersøgelse med PSE-10. ICD-10 diagnose F20.3 udifferentieret (blandet) skizofreni. ICD-8 follow-up diagnose 295.39 schizophrenia paranoides.

Sygehistorie nr. 2. Mand indlagt første gang 21 år gl. Faderen begik selvmord under depression, da pt. var 20 år gammel. Moderen herefter indlagt adskillige gange for depressioner i forbindelse med alkoholmisbrug. Pt. havde en tilsyneladende normal opvækst med skolegang til 11. klasse. Derefter uddannelse i anden by, afbrudt efter 3 mdr., efter at han var blevet stukket med en kniv af en anden elev. Ved indlæggelsen klart psykotisk. Giver udtryk for, at naboer lur på ham og banker på væggen. Nogen siger 'lort' og 'din idiot'. Han bedres under psykofarmakabehandling, men får recidiv i forbindelse med, at han ikke passer medicineringen. Genindlægges med svær angst, syns-og hørehallucinationer, ind imellem meget splittet. Tror personalet vil myrde ham. Begynder at tale om, at han blev syg efter faderens død. Han og faderen elskede hinanden, og der var aldrig konflikter imellem dem. Tilstanden er stærkt svingende, indimellem meget vredladet, truer personalet med kniv. Indimellem grinende.

Han har styringsoplevelser: Han dirigerer andre 'udefra', og stemmer dirigerer ham selv, for eksempel til at spytte det franskbrød ud, han er i færd med at spise. Går amok og smadrer et vindue, fordi stemmerne beordrede det. Bizarre vrangforestillinger: Gud dør snart og så skal han overtage hans plads. Forinden skal han have djævelen drevet ud, hvilket foregår ved at han gentagne gange drikker en mundfuld vand og spytter voldsomt. Moderen er udstyret med en penis. Vedvarende hallucinationer med vrangforestillinger: stemmer fortæller ham, at han er gravid, homoseksuel, morder, og at han har misbrugt et barn. Senere hallucinationer på lugtesansen, formentlig også synshallucinationer: Tror djævelen sidder og lur på hans seng, råber til sengen. Adspurgt bekræfter han tankepåvirkning, andre kan læse hans tanker, tanker er taget fra ham, og fremmede tanker er puttet ind i ham.

Efterundersøgelse med PSE-10. ICD-10 diagnose F 20.0 paranoid skizofreni. ICD-8 follow-up diagnose 295.39 paranoid skizofreni.

Sygehistorie nr. 3. Kvinde indlagt 1. gang DIH/A1 30 år gl. for psykose af usikker ætiologi.
Pt. giver udtryk for, at hun har været anderledes end andre mennesker fra fødslen og blev sig det bevidst som 3-4 årig. Moderen blev indlagt for tuberkulose i Danmark netop i denne periode. Hun blev anbragt i pleje hos slægtninge, hvor hun husker i hvert fald én episode, hvor plejefaderen var fuld og talte alt for meget, mens plejemoderen havde det skidt og græd. "Så kom Gud som en eksplosion og tog mit hjerte". Siden har hun måttet leve med Gud, som ofte tager hendes hjerte eller skifter det ud med et fremmed.

Efter konfirmationen havde hun først arbejde i hjembyen, men fortsatte så på kostskole i Grønland og senere på efterskole og handelsskole i Danmark. Hun blev ansat i en lokal butik og flyttede 27 år gl. i egen lejlighed. Herefter ændrede hun tilsyneladende karakter, blev promiskuøs og blev fyret 30 år gl. på grund af druk. Indlagt på lokale sygehus, hvor hun fik et krampeanfald. Neurologisk udredning på Rigshospitalet viste intet abnormt. Hjemme igen turde hun ikke være alene, men flyttede ind hos forældrene, nu svært forstyrret, angst, lukkede sig inde, smed maden ud, talte om bakterier og gift og blev indlagt første gang i psykiatrisk afdeling i svært psykotisk tilstand. Havde mange ekspansive forestillinger. Skulle giftes med grev Dracula og med Jesus himself. Klagede over at slim kom ud af tænderne. Hun havde store problemer med kvinderollen, mente hun skulle opereres om til en lille pige (4 år), at hun skulle opereres i brysterne, spurgte hvad man mente om hendes overskæg etc.

Igennem flere år er patienten snart indlagt, snart hjemme, hvor hun lever under elendige forhold, kan ikke administrere sin tilværelse og vil ikke lade sig styre. Hun fortæller, at hun i hele barndommen og ungdommen har følt et stort savn efter sine forældre, har grædt når hun var alene, har altid følt sig fremmed over for dem. En erfaren psykoterapeut får mulighed for at indgå i behandlingen, hvorefter der kommer mere struktur på tilværelsen; hun får skabt kontakt til moderen, og selv om de står meget fremmede over for hinanden, lykkes det at opnå en vis gensidig forståelse mellem dem. Et halvt år før efterundersøgelsen var patienten ved at indebrænde i forbindelse med en overdosis medicin, hvorefter hun ophørte med behandling, så vidt oplyst uden at tilstanden er væsentligt ændret.

Patienten gennemfører PSE-10 uden vanskeligheder. Hun forekommer velbegavet og fortæller åbent om sit liv. Hun føler sig fortsat anderledes, en fremmed, og hendes største ønske er "at blive et menneske med egen hjerne her på jorden". Hun hører til stadighed stemmer, de taler både om hende og med hende, undertiden ser hun også dem, stemmerne tilhører. De bevæger sig, men rører hende ikke Hun hører også andre lyde, som musik, og mærker lugte, hun betragter som drilleri. Hun kan også selv udsende lugte, der ikke er naturlige. Adspurgt om seksualliv siger hun, at det er hende forbudt. Da hun var 19 gav HAN (Gud) hende fladlus, fordi hun var så liderlig. Som 17 årig var hun udsat for et groft tilfælde af voldtægt i Danmark. I samtalerne med terapeuten er hun jævnligt vendt tilbage til denne skræmmende oplevelse. Hun drikker mindre end før, men siger at kun under alkoholpåvirkning kan hun tale 'ud af munden' med andre mennesker, ellers er hun isoleret. I forbindelse med efterundersøgelsen anmoder patienten om at genoptage den psykofarmakologiske behandling.

ICD-10 diagnose F20.0 paranoid skizofreni. ICD-8 follow-up diagnose 295.39 paranoid skizofreni

Diagnostisk stabilitet

Som anført af Munk-Jørgensen (1995) er der mange faktorer, der indgår i begrebet diagnostisk stabilitet. Diagnosticeringens reliabilitet henviser til det forhold, at flere undersøgere på samme tid eller samme undersøger med korte tidsintervaller får samme resultat af deres undersøgelser.

Men reliabiliteten siger i princippet intet om validiteten af den opnåede diagnose. Vi kan kun fastslå validiteten endegyldigt når der foreligger en "gylden standard" for en sygdomstilstand, og det er som anført i indledningen til dette afsnit ikke tilfældet for skizofreni. Men efter at have konstateret, at "noget" er måleligt, at reliabiliteten er tilfredsstillende, er næste skridt at undersøge, hvorledes det forholder sig med den diagnostiske konsistens, om diagnosticeringen af den enkelte patient eller patientgruppe, er stabil over en længere tidsperiode. To forskellige forhold påvirker dette:

For det første sygdomsbilledets stabilitet: Er sygdomsbilledet så stabilt over tid, at skizofrenien under forudsætning af en kvalificeret bedømmelse kan genkendes fra første indlæggelse, eller kan det ske, at sygdommen udvikler sig fra en ukarakteristisk begyndelse til mere veldefinerede symptomer. En tredje situation ville være, såfremt en patient kunne blive indlagt for flere af hinanden helt uafhængige sygdomsbilleder, for eksempel en depressiv tilstand eller en angstneurose, som er helt uden sammenhæng med en senere skizofreni.

Dernæst: Har psykiatrien over alt og til alle tider samme syn på hvilke sygdomsbilleder, der indgår i begrebet skizofreni; hvorledes afgrænser vi sygdommen? Opererer vi med et snævert eller et bredere skizofrenibegreb? Disse forhold må der gøres rede for, når vi sammenligner resultater af undersøgelser fra forskellige områder og tider.

Opgørelsesmåde

I den i arbejde nr. 2 anvendte opgørelsesmåde betragtes skizofrenien som en sygdom eller et syndrom såvel med karakteristiske som helt ukarakteristiske symptomer, men hvor det ukarakteristiske sygdomsbillede betragtes som skizofreniens begyndelsessymptomer, når og hvis der på et senere tidspunkt udvikles karakteristiske symptomer. Det vil sige, at hvis en patient indlægges kortvarigt for en affektreaktion og først på et senere tidspunkt udvikler typiske skizofrenisymptomer, medtages også den første indlæggelse i den samlede beskrivelse af sygdomsbilledet. Der er altså med dette sygdomsbegreb tale om, at en vis diagnostisk forsinkelse i nogle tilfælde vil være uundgåelig. Begrebet diagnostisk instabilitet udsiger blot, at diagnosen ændres i forløbet, men tager ikke stilling til, om det skyldes manglende præcision eller forskellige holdninger hos de diagnosticerende psykiatere, eller om der er tale om en diagnostisk forsinkelse på grundlag af sygdomsbilledets udvikling.

Den anvendte opgørelsesmåde har fulgt Munk-Jørgensen et al.s (1986, 1989, 1991) undersøgelser af en dansk hospitalspopulation, således at sammenligning med de danske opgørelser er mulig. Desuden har resultaterne af WHO's undersøgelse omfattende skizofreniforekomst og forløb i 10 lande (Jablensky 1992) været sat i relation til resultaterne fra Grønland. I WHO's undersøgelse bestod grundmaterialet af patienter, der i en afgrænset periode henvendte sig første gang til relevante institutioner i de undersøgte områder. De pågældende skulle inden for de seneste 3 måneder have haft klart psykotiske symptomer og ikke tidligere have været behandlet med psyko-farmaka. Det var ikke nogen betingelse, at de blev indlagt i psykiatrisk hospital eller afdeling. De gennemgik grundige diagnostiske vurderinger, både kliniske beskrivelser med Present State Examination (PSE) (Wing et al. 1974), interviews med nøglepersoner og patient i form af Psychiatric and Personal History Schedule (PPHS) og gennemgang af alt tilgængeligt journalmateriale om patienten. I løbet af en toårs periode blev det med en række kriterier afgjort, hvorvidt og hvorledes patienterne skulle indgå i den endelige undersøgelsespopulation. Der er altså tale om en anden inklusionsmetode til udvælgelse end den grønlandske (og Munk-Jørgensen et al.s (1986, 89, 91) danske), som tillod inklusion af patienter, som først flere år senere havde fået en skizofrenidiagnose. Men i WHO undersøgelsen var diagnosticeringsprocedurerne ved inklusio-

nen i undersøgelsen betydeligt mere indgående og systematiske, end det sædvanligvis er tilfældet, når det drejer sig om en rutinemæssig udskrivningsdiagnose, hvorfor reliabiliteten af inklusionsdiagnosen i WHO undersøgelsen må forventes højere end af førsteindlæggelsesdiagnosen i det grønlandske (og Munk-Jørgensens danske) materiale.

Såfremt der er skizofrene patienter i Grønland, der behandles på det lokale distriktssygehus, men aldrig bliver indlagt, vil de fundne tal være for lave i forhold til WHO projektet. Det er dog forfatterens skøn, at en patient med alvorlig og længerevarende psykose kun undtagelsesvist bliver behandlet udelukkende på det lokale sygehus. Det andet problem, om patienterne overhovedet henvender sig til sundhedsvæsenet, gælder såvel de danske undersøgelser som WHO undersøgelsen og den grønlandske undersøgelse.

Vi ved meget lidt om den proces, der begynder med, at en patient oplever fænomener, vi betegner som psykiatriske og som eventuelt fortsætter med anvendelsen af en psykiatrisk behandlingsservice. Link & Dohrenwend (1980) angiver på basis af 21 epidemiologiske undersøgelser omfattende befolkninger på fra 257 til 1.124.676 individer, at fra 7,8% til 52% (medianværdi 26,7%) af dem, der opfyldte diagnostiske kriterier for en psykiatrisk diagnose, havde søgt det psykiatriske behandlingssystem. Blandt dem med en psykosediagnose havde 50-85%, medianværdi 59,7%, søgt psykiatrisk behandling på et eller andet tidspunkt. For skizofreni alene drejede det sig om 50 - 100%, median værdi 83%. Altså jo alvorligere sygdom, jo mere sandsynligt finder patienten (med eller uden omgivelsernes bistand) vej til psykiatrisk behandling.

Tabel 6. Årlige incidensrater og livstidsrisikoestimer for skizofreni.

	Årlig første kontakt eller incidensrate/10.000 15-54 år			Livstidsrisiko (%)		
	M	K	M+K	M	K	M+K
WHO's 10 landes undersøgelse*)						
Århus	1.8	1.3	1.6	0.68	0.51	0.59
Chandigarh/rural	3.7	4.8	4.2	1.48	2.03	1.72
Chandigarh/urban	3.4	3.5	3.5	1.04	1.21	1.10
Moskva	2.5	3.1	2.8	1.08	1.17	1.13
Den grønlandske kohorte af 1. Indlæggelser 1980-83**)	4.5	2.6	3.6	1.16	0.71	0.94
Registerundersøgelsen 1979-93***) Grønland	3.6	1.1	2.4	1.0	0.3	0.7
Registerundersøgelsen 1979-93 ***). Grønlandske rater direkte alderskorr. til Danmarks bef. 1979-93.						
Grønland	2.8	0.9				
Danmark	1.7	1.0		0.6	0.4	0.5

*) Jablensky et al 1992. Kun resultaterne for klinisk skizofrenidiagnose og/eller den brede Catego definition (S, P, O) er anført. Århus repræsenterer de laveste værdier i WHO undersøgelsen, Chandigarh de højeste.

***) Lyng&Jacobsen 1995. Diagnosen skizofreni ved mindst én udskrivning.

****) Lyng et al. 1999. Diagnosen skizofreni ved mindst én udskrivning efter eksklusion af organisk cerebrale sygdomme.

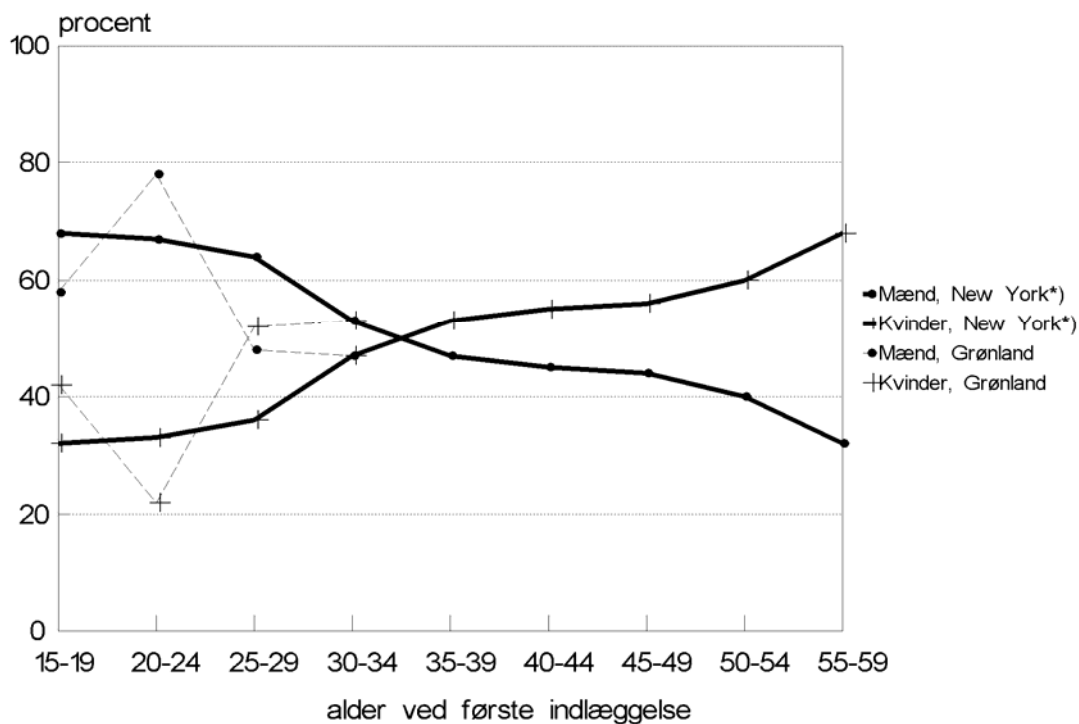
Hospitaliseringsincidens. Sammenligning af resultater.

Tabel 6 viser nogle af resultaterne af WHO undersøgelsen DOSMD (Jablensky et al. 1992) og den grønlandske undersøgelse. Incidensraterne i den grønlandske undersøgelse er omregnet til baggrundsbefolkning 15-54 år for at være sammenlignelige med WHO undersøgelsens angivelser. Grønland havde de højeste incidensrater for mænd blandt alle undersøgte lande, mens de grønlandske kvinder ikke adskilte sig fra gennemsnittet af kvinder i de øvrige lande. Derimod var der ikke større forskelle i livstidsrisiko mellem Grønland og de andre lande. Det har sammenhæng med, at de grønlandske patienter indlægges første gang i yngre alder. Ingen af patienterne, hverken mænd eller kvinder var ældre end 33 år ved første indlæggelse og gennemsnitsalderen var 22 år, ens for begge køn, imod 27,4 år for mænd og 33,7 år for kvinder i en dansk undersøgelse (Munk-Jørgensen 1986). I WHO undersøgelsen var 21% (8-43%) af patienterne mere end 34 år ved første henvendelse.

M/K ratio i Grønland var 1,8, i WHO undersøgelsen 1,2, men med store variationer mellem landene (0,5-2,0) og mellem aldersgrupper (15-24 år 1,6, 45-54 år 0,5). I Grønland var M/K ratio

også højest blandt de yngste (15-24 år 2,2, 25-34 år 0,9). Den store overvægt af mænd er således i overensstemmelse med forholdet for samme aldersgrupper i andre lande. Men i Grønland var der som anført ingen, der blev indlagt første gang efter 34 års alderen. I en undersøgelse fra New York (Rosenthal 1970) var M/K ratio også høj i de yngre aldersgrupper, men for dem, der blev indlagt efter 35 års alderen, var kønsratio omvendt, hvilket 'rettede op' på den høje M/K ratio (figur 2)

Figur 2. Kønsratio (%) blandt hospitaliseringsincidente skizofrenipatienter i forskellige aldersgrupper



*kilde Rosenthal (1970:104)

I arbejde nr. 2 har vi diskuteret mulige fejlkilder for den høje M/K ratio og de 'manglende' ældre patienter. Da alle aldersgrupper er inkluderet i det oprindelige udtræk af førsteindlæggelser, kan der ikke være tale om forhåndseksklusion af ældre patienter. En gennemgang af alle cases giver heller ikke mistanke om, at ældre skizofrene patienter er rubriceret under andre diagnoser. Derimod var der enkelte yngre, alle under 34 år, som under en anden diagnostisk tradition kunne henføres til skizofrenierne.

Mest tvivl kunne der være om, hvorvidt nogle kvinder var emigreret fra Grønland, før en skizofreni brød ud og krævede indlæggelse. Arbejde nr. 4 er en undersøgelse på anonymiserede registerdata, omfattende førstegangsinlæggelser af patienter med fødested og bopæl i Grønland 1974-93. I perioden 1979-83 er der registreret én indlæggelse af en mand, men ingen kvinder med diagnosen skizofreni nogensinde, hvor fødestedet var Grønland, men bopælen Danmark, hvilket taler imod, at der 'mangler' ældre patienter i kohorten på grund af emigration til Danmark.

Årsagen til, at skizofrenipatienterne i arbejde nr. 2 blev henvist til psykiatrisk sygehus, var i 27% vold eller trusler om vold (de retspsykiatriske indlæggelser er ikke medregnet), samme andel som for udviklingslandene i WHO undersøgelsen, mens kun 11% af patienterne fra industrilandene havde udvist vold eller trusler herom. I Grønland havde 3% haft selvmordsforsøg umiddelbart før indlæggelsen, mens det gjaldt 6% af patienterne fra udviklingslandene og 10% fra de industrialiserede lande.

I arbejde nr. 4, registerundersøgelsen, er førsteindlæggelsesrater for patienter født og bosat i Grønland sammenlignet med førsteindlæggelsesrater for patienter fra hele Danmark. Alderskorrektion er foretaget med Danmarks befolkning 1981 som standard. Selv om det før 1980 kun var muligt at indlægge patienter fra Grønland på psykiatriske hospitaler i Danmark, og de totale førsteindlæggelsesrater for mænd fra Grønland kun var en tredjedel af de tilsvarende danske, så var førsteindlæggelsesraterne for skizofreni ens for mænd i Grønland og Danmark. I løbet af de følgende perioder steg den til mere end det dobbelte for grønlandske mænd, mens den i samme periode var faldende for danske mænd (arbejde nr. 4, figur 1 og 3). Derimod er der næppe signifikante forskelle mellem indlæggelsesraterne for danske og grønlandske kvinder efter 1979, hverken for alle diagnoser under ét eller for skizofreni alene. (Arbejde nr. 4, fig 2 og 4).

Tabel 7 viser aldersopdelte incidensrater for skizofreni for hele undersøgelsesperioden sammenlagt. I aldersgruppen 15 - 24 år havde grønlandske mænd signifikant højere incidensrater end danske mænd, mens der ikke var signifikante forskelle mellem grønlandske og danske kvinder.

Tabel 7. Registerundersøgelsen. Nogensinde skizofreni. Aldersopdelte rater per 100.000, for første indlæggelse 1979-93

Alder ved 1. Indl. Mænd	Grønland		Danmark	
	r	(95% c.i.)	r	(95% c.i.)
15-19	57	(35-87)	22	(20-24)
20-24	85	(59-118)	39	(37-42)
25-34	27	(16-43)	22	(20-23)
35-44	5	(1-18)	7	(7-8)
45-54	3	(0-19)	3	(2-3)
55+	0		1	(1-1)
Kvinder				
15-19	17	(6-37)	12	(11-13)
20-24	23	(11-45)	19	(17-20)
25-34	10	(4-22)	12	(11-13)
35-44	3	(0-15)	6	(6-7)
45-54	0		3	(3-4)
55+	0		1	(1-2)

Sygdomsforløb

Der er altså for de grønlandske mænds vedkommende tale om en høj hospitaliseringsincidens for skizofreni, et forhold som står i kontrast til Bertelsens erfaringer fra begyndelsen af det 20. århundrede. Ikke alene er incidensraterne høje, men forløbet af tiden efter første indlæggelse og patienternes tilstand ved efterundersøgelsen indikerer, at det drejer sig helt overvejende om meget alvorlige tilstande, både klinisk og socialt. Således var 5 mænd døde ved selvmord 7 år efter første indlæggelse. I arbejde nr. 2 er gjort rede for omstændighederne.

Men også blandt dem, der var i live ved efterundersøgelsen, viser en række data, at for langt de fleste har den psykiske lidelse haft alvorlige følger for deres liv, mindst lige så alvorlige som for de danske patienter. I gennemsnit tilbragte de grønlandske patienter 20% af de første 7 år efter 1. indlæggelse som indlagt på psykiatrisk hospital. Af de danske patienter tilbragte mændene 19,7% og kvinderne 16,0% på psykiatrisk hospital (Munk-Jørgensen 1986). Den kliniske tilstand ved follow-up var også helt sammenlignelig med det danske materiale, og betydeligt flere var præget af en svært kronisk tilstand i Grønland end i WHO undersøgelsens udviklingslande. De høje incidensrater, specielt for mænd, kan altså ikke forklares med, at undersøgelsen omfattede mindre alvorlige eller mindre behandlingskrævende tilfælde i Grønland end i Danmark.

Karakteristika, der adskiller kohortens skizofrenipatienter fra de ikke-skizofrene patienter

I undersøgelsen, arbejde nr. 2, p. 416 er redegjort for en række signifikante forskelle mellem de to grupper. I skizofrenigruppen var der oftere andre familiemedlemmer med psykoser, patienterne var oftere født i vintermånederne (december - februar), de var oftere ugifte, havde sjældnere haft betalt arbejde før første indlæggelse. Flere af dem havde haft symptomer mere end en må-

ned før første indlæggelse, og endelig var indlæggelsen sjældnere forårsaget af selvmordsforsøg end for de ikke-skizofrene.

De mange vinterfødsler blandt skizofrene patienter er et velkendt fænomen (Torrey et al. 1997). Ud over den i arbejde nr. 2 foretagne sammenligning med alle ikke-skizofrene patienter i samme aldersgruppe (Odds ratio 2,6, 95% c.i. 1,2-5,5) viste en sammenligning med fødselsmåned for hele befolkningen, født i de samme år som de skizofrene patienter, samme tendens. Odds ratio for at være født i dec. - jan. fandtes her 2,38 (95% c.i. 1,18-4,76).

Hvorfor er prognosen for skizofreni blandt grønlandske patienter så dårlig?

Forsøg på at udrede forhold i patienternes liv før første indlæggelse af betydning for tilstanden ved efterundersøgelsen gav ikke svar på dette spørgsmål. Eneste markante fund var, at 7 gange så mange af dem, som klarede sig godt ved efterundersøgelsen, havde haft betalt arbejde før første indlæggelse. Men tallene var små og nåede ikke 5% signifikans.

Undersøgelsen giver ikke i sig selv grundlag for hypoteser vedrørende årsagerne til den tidlige debut og høje og muligvis i forhold til tiden før moderniseringen af Grønland stigende skizofreniforekomst blandt unge mænd. Vi konkluderede i arbejde nr. 2, at hvad angår skizofreniforekomst (ung alder ved 1. indlæggelse og flest mænd), ligner Grønland udviklingslandene i WHO's undersøgelse (Jablensky 1992), mens forløbet ligner det i de industrialiserede lande ved ofte at blive kronisk.

Flere i denne sammenhæng interessante fund er publiceret efter afslutningen af arbejde nr. 2: Undersøgelser fra Camberwell (Takei et al. 1998) viste øget skizofrenirisiko for immigranter af Afro Caribisk oprindelse. Der var ikke tegn på øget incidens på hjemstedet i Caribien. Tilsvarende undersøgelser fra Holland (Selten et al. 1997) har vist, at også immigranter fra Surinam og fra de hollandske Antiller havde øget skizofrenirisiko. Der var her tale om, at halvdelen af befolkningen emigrerede samtidig, således at en hypotese om at det især var særligt sårbare, skizofrenitruede, der var emigreret, kunne afvises. En anden undersøgelse fra London, Camberwell (Hutchinson et al. 1996) konkluderede, at søskende til skizofrene anden generations indvandrere havde firedobbelte risiko for at få skizofreni i sammenligning med søskende til hvide skizofrene patienter, mens forældrene, som altså var førstegenerationsindvandrere, ikke havde øget risiko for skizofreni sammenlignet med de hvide patienters forældre.

Endelig har en ny dansk registerundersøgelse (Mortensen et al. 1999) af en befolkningsbaseret kohorte af personer født af dansk mor vist, at sammenlignet med risikoen for at udvikle skizofreni, såfremt man var født på landet i Danmark, var den 2,4 gange forhøjet for dem, der var født i København, 3,7 gange forhøjet for dem, der var født i Grønland, samt 3,5 gange forhøjet for dem, der var født i udlandet. Hvis faderen var ukendt, var risikoen for at udvikle skizofreni fordoblet. Selv om skizofreni hos en af forældrene eller en søskende for den enkelte var forbundet med den højeste relative risiko for at få skizofreni, så forklarede fødestedet og fødselsårstid langt flere tilfælde i befolkningen som helhed.

En fælles hypotese til forklaring af høj forekomst af skizofreni blandt dem, der er født om vinteren, unge grønlandske mænd født og bosat i Grønland, Caribiske immigranter i London, Surinam'ske i Holland, danskere født i Grønland eller i udlandet og danskere født i København er ikke iøjnespringende. Teorier har været fremsat om, at de caribiske immigrantmødre i London kunne have været udsat for infektioner, der var ukendte i hjemlandet (Wessely et al. 1991). Denne infektionsteori forklarer dog næppe de høje rater eller den tidlige sygdomsdebut hos grønlandske mænd. Ud over at en biologisk betinget sårbarhed må formodes at have andel i udviklin-

gen af skizofreni, så leder disse resultater også til at interessere sig for fælles træk i opvækstforholdene.

Et fælles træk for børn af immigranter, børn af grønlændere i Grønland, børn af danskere født i Grønland eller udlandet og måske børn af storbyforældre er, at de er vokset op under forhold, der formentlig har været meget forskellige fra deres forældres. Det må forventes at påvirke forældrenes evne til at bibringe deres børn social og kulturel kompetence til at blive integreret i det samfund, de skal leve i som unge og voksne. Og her kommer særligt drengene i vanskeligheder, idet piger trods ændrede livsvilkår stadig vil kunne lære meget af deres mødre om opgaver i hjemmet, ikke mindst om omsorgsfunktioner over for små børn. Tidligere har adskillige undersøgelser påvist høj skizofreniforekomst i de laveste socialklasser, bl. a. Hollingshead & Redlich (1958). Selv om der ikke kan sættes lighedstegn mellem det at vokse op i en lav socialklasse med at vokse op under store samfundsændringer, så kan det være relevant at inddrage socialiseringsaspektet i begge tilfælde. Kohn (1976) har foreslået følgende hypotese til forståelse af sammenhængen mellem lav socialklasse og skizofreniforekomst: En nedsat evne til at forholde sig til problematiske og stressende situationer må antages sammen med genetisk sårbarhed og et højt stressniveau at øge risikoen for udvikling af skizofreni. Hvis vi applicerer denne tankegang på et samfund under stærk forandring som det grønlandske, så vil der her være krav om i meget stor udstrækning at forholde sig til nye opgaver, hidtil ukendte problemer og valgmuligheder, og her i særlig høj grad for mændene, som i det moderne liv ofte ikke kan bygge på traditionelle og tidligere anerkendte problemløsningsmåder.

Hvis denne teori holder stik, må også andre, ikke-skizofrenidisponerede unge grønlændere med overvægt af mænd vise tegn på psykiske vanskeligheder. Specielt må forholdene i opvæksthjemmet have betydning for den enkeltes udvikling af kompetence til at klare tilværelsens belastninger. Det fremgår af undersøgelserne vedrørende opvækstforhold (se p. 55), at unge psykiatriske patienter under ét meget hyppigt har haft problemer i opvæksthjemmet. I særlig grad gælder det patienter med personlighedsforstyrrelser. Desuden har unge mænd en meget høj selvmordsfrekvens (se p. 59) og høj forekomst af kriminalitet forbundet med psykisk afvigelse (p. 70).

5.1.4. Affektive lidelser

Formålet med denne del af afhandlingen er at undersøge affektive lidelser, som de præsenterer sig, diagnosticeres og forløber i den grønlandske befolkning.

Affektive lidelser omfatter tilstande med primær forskydning af stemningslejet med eller uden andre symptomer. Afgrænsningen af de affektive lidelser, som den kommer til udtryk i WHO's internationale sygdomsklassifikationer, er undergået væsentlige ændringer i den periode, afhandlingen har været under udarbejdelse. Indtil 1993, det vil sige mens dataindsamlingen fandt sted, var WHO's International Classification of Diseases version 8, ICD-8, (WHO 1968) gældende.

Den indeholder følgende fire kategorier af affektive lidelser:

296.xx manio-depressiv psykose

298.xx reaktiv psykose, exaltativ og depressiv form

300.49 depressiv neurose

301.19 affektiv personlighedsforstyrrelse.

Denne i princippet ætiologiske inddeling danner grundlag for de diagnostiske grupperinger i arbejde nr. 3 og 4. Manio-depressiv psykose inddeles i henhold til den aktuelle sygdomsfase i involutionsmelankoli, manisk fase, depressiv fase eller blandingstilstand. Ved vurdering af forekomst og forløb er det dog hensigtsmæssigt at inddele sygdomsbillederne i de unipolare, som udelukkende har depressive faser og de bipolare, som har både depressive og maniske faser og eventuelt blandingstilstande. I dette arbejde er inddelingen i uni- og bipolare former anvendt, således at de unipolare former udelukkende har depressive faser, mens de bipolare har haft mindst én manisk fase, før diagnosen kan stilles.

I 1994 overgik Danmark (og dermed Grønland) til den seneste version af WHO's internationale sygdomsklassifikation, ICD-10, som på afgørende måde har brudt med ICD-8s opbygning (WHO 1994).

De affektive sindslidelser inddeles nu efter operationelle kriterier for sygdomssymptomer og forløb.

Tidligere undersøgelser i Grønland

Bertelsens (1940) tidligere (p 35) citerede udsagn på baggrund af 30 års lægegerning i Grønland. "Af Patienter med endogene Sindssygdomme har jeg hyppigst truffet Patienter med manio-depressiv Psykose - - -" er også relevant i denne sammenhæng.

I Ehrströms (1949) tidligere, p. 19, refererede undersøgelse af prævalensen af psykiske og psykosomatiske lidelser blandt befolkningen i Umanak by og alle bygder blev symptomet depression registreret i 5 tilfælde blandt 1063 personer over 6 år. Derimod var hysteri og psykosomatiske symptomer ikke ualmindelige. Ingen psykosetilfælde blev registreret.

Kromann & Green (1980), omtalt p. 20, fandt i perioden 1950-74 blandt alle indlæggelser på sygehuset i Upernavik 2 patienter med skizofreni, 5 med manio-depressiv psykose og 3 reaktiv psykose. Det vil sige, at halvdelen af alle "funktionelle" psykoser blev henført til den manio-depressive gruppe. Tilsvarende fandtes i en prævalensundersøgelse (Lynge 1976), omtalt p 20, foretaget i 1970 blandt 1965 personer over 15 år i Vestgrønland, 26 personer med af sundhedsvæsenet kendt psykose, heraf 7 med organisk betinget psykose, 7 med skizofreni, 9 manio-depressive og 3 med psykose af usikker art, altså lidt flere tilfælde af manio-depressiv psykose end skizofreni.

Egne undersøgelser

Arbejde nr. 3 er en undersøgelse af affektive lidelser i den samme kohorte, som leverede materiale til skizofreniundersøgelsen. Kohorten er beskrevet p. 31 ff. Efter at patienter, der ved mindst én indlæggelse havde fået diagnosen skizofreni eller organisk betinget psykose, var blevet ekskluderet, udgjorde de patienter, der ved mindst én indlæggelse havde fået en affektiv diagnose, undersøgelsespopulationen. Det affektive spektrum er analyseret ved hjælp af udskrivningsdiagnoserne, dels fra første indlæggelse, dels fra eventuelle senere indlæggelser. En overall diagnose er fastlagt som

den diagnose, der rangerer højest i et hierarki af diagnoser fra manio-depressiv psykose, reaktiv affektiv psykose, depressiv neurose og nederst i hierarkiet affektiv personlighedsforstyrrelse.

Ved efterundersøgelsen er patienterne vurderet med samme instrumenter som den samlede kohorte (p. 31), suppleret med personlig efterundersøgelse som beskrevet for skizofreniundersøgelsen (p. 37). 9 patienter tilhørende den manio-depressive gruppe deltog i den personlige efterundersøgelse.

Efter fastlæggelse af kriterier for klinisk og socialt outcome blev bivariat association mellem en række prædiktive variabler og outcome variabler undersøgt, dels for hver af de fire diagnosegrupper, dels for alle affektive diagnoser under ét.

På grund af den korte undersøgelsesperiode og de små tal blev undersøgelsen, specielt hvad angår manio-depressiv psykose, suppleret med arbejde nr. 4, en registerundersøgelse, hvis formål var over en 20 års periode at undersøge såvel rater for førsteindlæggelse i psykiatrisk hospital eller hospitalsafdeling, som mortaliteten i den samme hospitalspopulation, og sammenligne resultaterne med tilsvarende data for danske psykiatriske patienter.

Arbejde nr. 4 er udelukkende baseret på anonymiserede data udtrukket af Det Psykiatriske Centralregister (Munk-Jørgensen & Mortensen 1997). Undersøgelsens metode er beskrevet p. 33. i afsnittet "Registerundersøgelse af førsteindlæggelser 1974-93".

Resultater

Arbejde nr. 3: Gruppen af affektive lidelser bestod af 20 mænd og 50 kvinder, hhv 14% og 33% af den samlede kohorte. Heraf fik 4 mænd og 12 kvinder overall diagnosen manio-depressive psykose.

De ICD-10 diagnoser, som blev resultat af PSE-10 ratings, fremgår af Tabel 2 i arbejde nr. 3. Af de ni patienter med manio-depressiv overall diagnose, som deltog i interviewundersøgelsen, fik 6 diagnosen bipolar affektiv sindslidelse, hhv i remission, p.t. af lettere eller moderat grad, p.t. svær depression med psykotiske symptomer og p.t. mani med stemnings-inkongruente psykotiske symptomer. Disse 6 havde alle ICD-8 overall diagnosen manio-depressiv psykose, bipolar form. Samme diagnose havde den patient, som var symptomfri ved undersøgelsen og derfor ikke fik nogen ICD-10 diagnose. 2 patienter fik ICD-10 diagnosen tilbagevendende (periodisk) depression, den ene p.t. af moderat grad, non-melankoliform, den anden p.t. i remission. Begge havde ICD-8 overall diagnosen manio-depressiv diagnose, unipolar form. For den enes vedkommende (sygehistorie nr. 6) afspejledes betydelig diagnostisk usikkerhed deri, at patienten ved forskellige udskrivninger ud over obs for endogen depression fik forskellige affektive diagnoser, så som reaktiv depressiv psykose, depressiv neurose og affektiv personlighedsforstyrrelse.

Sygehistorier

Sygehistorie nr. 4. Kvinde født i ægteskab med 10 søskende under fattige, men angiveligt harmoniske forhold. Gift 26 år gl, 3 børn født da hun var 22, 25 og 32 år gl., ægtefællen far til de to yngste. Efter sidste fødsel ambulantly behandlet for depression. Mistrives i ægteskabet, flytter med yngste barn for at indlede separation. Herunder indlagt første gang 33 år gl under diagnosen reaktiv eksaltativ psykose. Ved indlæggelsen svært agiteret med ekspansive religiøse vrangforestillinger. 38 år gl indlagt i daghospital, 39 og 41 år gl døgnindlagt, alle tre indlæggelser under diagnosen manio-depressiv psykose, dels uspecificeret, dels manisk fase. Ægteskabet genoptaget efter første indlæggelse. Hun mener selv, den ægteskabelige disharmoni er en væsentlig faktor i de psykotiske reaktioner, mens ægtefællen giver udtryk for, at han kører træt af hendes ustabile psykiske tilstand. Efter en længere familierapi bedres forståelsen imellem dem, men seneste sygdomsperiode opstår herefter.

De psykotiske episoder indledt med manglende søvn, stigende aktivitetsniveau, urealistiske planer om at starte store virksomheder, skrive bøger etc., gældsstiftelse; efterhånden svært forstyrret adfærd, vredladen, truende, ind imellem livlige, ofte uindfølelige ordassociationer. Kortvarigt bevidsthedsplumret; grådlabil med voldsomme affektudbrud.

PSE-10 rating foretages under den seneste indlæggelse, efter at pt har været i behandling med neuroleptika en måneds tid og er i bedring. Hun koopererer godt, virker nogenlunde samlet og har i hvert fald delvis erindring og indsigt i de tidligere psykotiske oplevelser. Således fortæller hun, at hun af og til har hørt stemmer, der taler til hende, som om de var virkelige. Således var det moderens stemme, der advarede hende mod medicin i en periode, hvor hun var medicinvægende.

ICD-10 diagnose: F31.21 Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. mani med stemningsinkongruente psykotiske symptomer.

Sygehistorie nr. 5. 19 årig mand født og opvokset i ægteskab. Moderen manio-depressiv psykose med adskillige depressive episoder. Efter 9 års skolegang uddannet koksmath som første led i en ønsket uddannelse til skibskok. 17 år gl kortvarig psykotisk tilstand, som ikke medførte indlæggelse. 19 år gl indlagt i akut psykotisk tilstand fra båd, hvor han havde hyre. Havde røget en del hash forud for denne indlæggelse. Under indl overvejende løftet stemning, øget selvfølelse med storhedsforestillinger, men også kortvarigt depressiv og hæmmet. Udskrivningsdiagnose ekscitativ reaktiv psykose. 6 år senere atter akut psykose, frivilligt indlagt. Herunder urolig, rastløs, usamlet, med bizarre megalomane forestillinger. For eksempel kan han tale med tingene omkring ham, dørene svarer ham. Alt er i orden, "Regan, Gorbattjov og Jonathan Motzfeldt har haft møde og ordnet verdenssituationen, så fredsplanen er lykkedes". Patienten indlægges frivilligt i psykiatrisk afdeling, hvorfra han udskrives en måned senere til fortsat ambulans behandling på det lokale sygehus. En måned efter udskrivelsen trist, deprimeret, træt, værst om morgenen, lidt bedre om aftenen. Har suicidal tanker og er bange for at føre disse ud i livet. Han afviser tilbud om indlæggelse. 12 dage senere begår han alvorligt og voldsomt selvmordsforsøg ved at skære sig i venstre håndled, hvorved flere sener overskæres. Ved samme lejlighed skærer han sig i brystet med 6-7 tværgående snit. Han koopererer ved den kirurgiske behandling af skaderne, og få dage senere giver han udtryk for, at han fortryder suicidalforsøget, samt anfører, at han ikke mere er sindssyg, nu kun deprimeret. Overflyttes frivilligt til psykiatrisk afdeling, hvor han behandles med tricyclisk antidepressivum i 5 uger og udskrives til fortsat ambulans behandling. Udskrivningsdiagnosen nu reaktiv depression, men dog med obs for endogen depression. Ved follow-up er tilstanden nogenlunde stabil under ambulans psykofarmakabehandling. Han er uarbejdsdygtig pga nedsat funktion af venstre hånd og fingre efter læsionen 3 år tidligere. Der foretages PSE-10. Han er velkooperende.

ICD-10 diagnose: F 31.7 Bipolar affektiv sindslidelse, p.t. i remission.

Sygehistorie nr. 6. 25 årig kvinde opvokset under skiftende, svært problemfyldte forhold. Moderen døde da hun var 6, faderen da hun var 12 år, hvorefter hun blev bortadopteret. Formentlig seksuelt misbrugt som barn. Indlagt 1. gang under diagnosen reaktiv depression. Hun var psykomotorisk noget hæmmet, dårlig søvn, nedsat appetit, lav selvfølelse. Kontakten svag med pludselige affektudbrud. Behandling med tricyclisk antidepressivum og neuroleptika uden sikker effekt, men klar bedring efter NCE behandling. Bedres alt i alt under indlæggelsen, men efter udskrivelse til hjembyen er tilstanden ustabil de følgende år. Hun har ingen nære pårørende. Hun genindlægges 6 gange under nogenlunde uændret sygdomsbillede. Diagnoserne skiftende, reaktiv psykose, affektiv personlighedsforstyrrelse, depressiv neurose, samt obs for endogen depression. Efter at være flyttet i bofællesskab med socialpædagogisk bistand stabiliseres tilstanden. Hun får arbejde Ved follow-up foretages PSE-10: ICD-10 diagnose: F 33.4 F 40. Periodisk depression p.t. i remission samt fobisk angsttilstand.

Sygehistorie nr. 7. 29 årig kvinde, opvokset hos enlig mor, mormor og moster under upåfaldende forhold. Moderen bortrejst på uddannelse da hun var 2-5 år gl. Ingen nærmere kontakt med biologisk far. 12 år gl skoleophold i Danmark. Uddannet socialpædagog, vellidt, velfungerende indtil 26 års alderen, hvor hun indlægges for middelsvær depression, der er begyndt få måneder tidligere. Ved indlæggelsen forekommer hun middelsvært deprimeret, men har selv svært ved at mærke sine følelser. Hun har svært ved at koncentrere sig, synes ikke, hun slår til. Ind imellem rastløs, nedsat søvnbehov, har vage forestillinger om, at andre vil hende ondt. Under behandling med tricyclisk antidepressivum og neurolepticum bedres tilstanden, om end hun ikke er helt i habitualtilstanden ved udskrivningen. Hun fortsætter ambulante behandling på det lokale sygehus. Men tilstanden bliver ikke på noget tidspunkt helt tilfredsstillende. Hun bor alene i egen lejlighed, forsøger at genoptage arbejdet som socialpædagog, men magter det ikke. Hun genindlægges flere gange under samme diagnose som ved første indlæggelse: endogen depression. Tre år efter første indlæggelse, og 3 måneder efter sidste udskrivning begår hun selvmord, omstændighederne ikke oplyst.

Hospitaliseringsincidens. Sammenligning af resultater

De årlige hospitaliseringsincidensrater for affektive lidelser er i arbejde nr. 3 angivet for diagnosen ved 1. indlæggelse og for diagnosen nogensinde og fremgår af artiklens tabel 3. Den grønlandske befolkning 15 år og ældre i 1982 er anvendt som denominator. Til sammenligning med resultaterne fra Svendsens (1994) registerundersøgelse omfattende hele Danmark viser sidste kolonne i denne tabel de rater, der er resultat af direkte aldersstandardisering med den danske befolkning 1991 som standard. I nærværende sammenfatnings Tabel 8 sammenlignes de grønlandske og danske rater for manio-depressiv psykose. 66% af de grønlandske mænd og 33% af kvinderne fik diagnosen stillet ved første undersøgelse, mens det gjaldt 80% af patienterne i den danske undersøgelse.

Tabel 8. Manio-depressiv psykose. Førsteindlæggelsesrater per 100.000 personer 15+ år

Undersøgelse	Diagnosen ved 1. indl		Diagnosen ved mindst én indl					
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder				
Grønland Kohorten 1980-83	r (95% c.i.) 3.3 (0.4-11.9)	r (95% c.i.) 6.8 (1.9-17.4)	r (95% c.i.) 6.6 (1.8-16.9)	r (95% c.i.) 20.4 (10.5-35.6)				
Kohorten, aldersst. sv. t us. Danmark 1971 – 93	2.8	5.8	4.4	20.6				
Danmark 1971 – 93 *)	1971 22.2	1993 13.1	1971 33.1	1993 24.5	1971 26.6**	1993 15.7**	1971 39.7**	1993 29.4**

*) Kilde: Svendsen (1997)

***) rate for diagnosen ved første indl. multipliceret med 1.2 (Svendsen 1997)

Tabel 9. Registerundersøgelsen. Første indlæggelse 1979-93. Nogensinde manio-depressiv psykose

	Mænd			Kvinder		
	r/100.000, 15 år+ (95% c.i.)			r/100.000, 15 år+ (95% c.i.)		
Fødested og Bopæl Grønland	1979-83 7.2 (3.13-16.6)	1984-88 3.9 (1.4-10.9)	1989-93 6.1 (2.5-15.1)	1979-83 29.6 (16-54.7)	1984-88 21 (11-40.3)	1989-93 10.1 (5-20.1)
Hele Danmark	19.5 (18.6-20.4)	14.8 (14-15.5)	12.9 (12.3-13.6)	34.7 (33.6-35.8)	27.5 (26.5-28.5)	23.5 (22.6-24.4)

De store forskelle i incidensrater mellem grønlandske og danske patienter genfindes til dels i arbejde nr. 4, her illustreret ved Tabel 9. Danske mænd havde signifikant højere rater end grønlandske mænd, mens forskellen for kvinderne kun var signifikant i perioden 1989-93. Raterne for 1979-83 i registerundersøgelsen var højere end raterne for kohorten fra 1980-83.

De to opgørelser er dog ikke helt sammenlignelige. Dels er definitionen "grønlander" ikke identisk. I kohorteundersøgelsen er de inkluderede grønlandere personer med grønlandsk mor og med bopæl i Grønland. I registerundersøgelsen er inkluderet personer født og bosiddende i Grønland. I praksis dækkede de to definitioner dog samme persongruppe, idet ingen af de personer, der indgik i kohorten, var født i Grønland af dansk mor. Imidlertid var det ikke muligt i registerundersøgelsen at foretage korrektion for de "falske" førsteindlæggelser, som det er sket i den personidentificerbare population i arbejde nr. 3.

Forholdet mellem uni- og bipolare former (1:3 for mænd og 1:2 for kvinder) er det omvendte af Svendsens (1994) danske (hhv. 3:1 for mænd og 5:1 for kvinder). For mændenes vedkommende findes forskellen alene i de meget lave rater for unipolare depressive tilfælde, mens forskellen for kvinderne både ligger i lavere rater for unipolare og højere rater for bipolare tilfælde.

Hvad angår de relativt få unipolare manio-depressive tilfælde, så diskuteres i arbejde nr. 3, om det skyldes fejl diagnoser, om de i stedet registreres som reaktive depressive psykoser. En anden mulighed er, at de registreres som depressive neuroser. En sammenligning af forholdet mellem

raterne for manio-depressiv psykose (uni+bipolar) og reaktiv depressiv og eksaltativ psykose viser for grønlandske mænd 0,5, for grønlandske kvinder 1,2. I Svendsens (1997) undersøgelse var de tilsvarende rater for danske mænd 1,3, for kvinder 1,7, altså flere manio-depressive end reaktive psykoser. Tilsvarende var der i den danske undersøgelse 3 gange så mange manio-depressive psykoser som depressive neuroser blandt mænd og 2,4 gange så mange blandt kvinder. Omvendt var ratio mellem raterne for manio-depressiv psykose og depressiv neurose i det grønlandske materiale 0,67 for mænd og 0,57 for kvinder, altså både diagnoserne reaktive affektive psykoser og depressive neuroser blev relativt hyppigere stillet blandt indlagte grønlandske psykiatriske patienter end blandt danske, hvilket kunne tale for, at der har været tilbageholdenhed med at stille diagnosen endogen depression blandt grønlandske indlagte patienter. Andre mulige årsager til de lave incidensrater, omtalt i arbejde nr. 3, er, at endogent depressive patienter behandles på lokalt sygehus eller slet ikke behandles.

Med tanke på, at ICD-10 ikke skelner mellem endogene og reaktive depressioner, er også beregnet rater for unipolare depressive og reaktive depressive psykoser tilsammen. De få patienter med diagnosen reaktiv eksitativ psykose ved første indlæggelse blev alle genindlagt, og diagnoserne ændret til bipolar manio-depressiv psykose ved en senere indlæggelse. Overall diagnosen reaktiv affektiv psykose indeholder således udelukkende depressive tilfælde. Med unipolare og reaktive depressive psykoser sammenlagt får vi følgende incidensrater per 100.000 personer 15 år og ældre for overall diagnoser: bipolare 5,0 og 13,6 for hhv mænd og kvinder; unipolare og øvrige depressive 9,9 og 23,8 for hhv mænd og kvinder. Altså en unipolar:bipolar ratio, der nærmer sig 2:1. Men dette forrykker ikke billedet i forhold til Svendsens tal, idet en tilføjelse af de reaktive depressive også her ville øge den uni/bipolare ratio.

De bipolare former er nogenlunde lige hyppige blandt mænd i Grønland og Danmark, mens de grønlandske kvinder har dobbelt så høje aldersstandardiserede incidensrater som de danske kvinder, hhv. 10,8 og 4 per 100.000 personer, 15 år og ældre.

Om undersøgelsens niveau

Ved udelukkende at undersøge hospitalspopulationer sættes fokus på de mest syge eller dem med mest afvigende adfærd. Link & Dohrenwend (1980), refereret i afsnittet om skizofreni p. 41, fandt ved en sammenlignende undersøgelse mellem forskellige stater i USA, at jo alvorligere en lidelse, det drejede sig om, jo større andel af dem, der led af sygdommen, blev indlagt. For skizofreni drejede det sig om 80 - 100% Men ved andre tilstande var der langt større spredning i hvor stor en andel af de identificerede patienter, der blev indlagt.

Diagnostisk hierarki

En rangordning af de psykiatriske diagnoser, som anvendt her, gør os i stand til at håndtere de mange skiftende diagnoser i en longitudinel undersøgelse. Men den forudsætter, at kategoriopdelingen er indiskutabel. Såfremt en patient får diagnosen skizofreni ved én indlæggelse, så anses han for at lide af skizofreni også ved eventuelle tidligere og senere indlæggelser. I arbejde nr. 3 var der 2 patienter, begge kvinder, der i løbet af undersøgelsesperioden fik såvel diagnosen skizofreni som manio-depressiv psykose. Begge kom således til at tilhøre skizofrenikohorten. Ved SCAN undersøgelsen var begge symptomfri og fik dermed ingen diagnoser. Imidlertid var den ene patient under ret massiv neuroleptikabehandling og havde haft flere psykotiske episoder med svært forstyrret adfærd og bizarre vrangforestillinger, hvorfor skizofrenidiagnosen forekommer relevant, mens den anden patient havde haft flere træk tilhørende det affektive spektrum.

Tabel 10. Grønlands og Danmarks befolkning, 15 år og derover, 1981, 1986 og 1991. Procentuel fordeling på aldersgrupper.

Aldersgruppe	MÆND						KVINDER					
	Grønland			Danmark			Grønland			Danmark		
	1981	1986	1991	1981	1986	1991	1981	1986	1991	1981	1986	1991
15-19	21	17	9	10	10	9	21	16	9	10	9	8
20-24	17	18	15	10	10	10	16	18	15	9	9	9
25-34	22	26	31	20	19	19	20	24	30	18	17	17
35-44	16	16	18	18	20	19	15	15	17	17	18	17
45-54	13	12	13	14	14	16	13	12	12	13	13	14
55+	12	12	13	29	28	27	15	15	17	34	34	34
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Alderskorrektion og aldersfordeling

Aldersfordelingen i den danske og den grønlandske befolkning er meget forskellig, men også aldersfordelingen i den grønlandske befolkning er undergået og undergår stadig store ændringer. Tabel 10 viser den procentuelle sammensætning af befolkningen over 15 år i den periode, som registerundersøgelsen omfatter. I løbet af 10 år er andelen af 15-19 årige mere end halveret i Grønland, så de nu udgør 9%, det samme som i Danmark. Derimod er der stadig langt færre ældre i Grønland - 13% af mændene og 17% af kvinderne er over 55 år, imod hhv 28 og 34 % i Danmark. Det er derfor en forudsætning for at foretage sammenligninger af rater, at der foretages en aldersstandardisering af materialet. Det er i registerundersøgelsen sket som direkte aldersstandardisering til den danske befolkning 1991. Disse rateincidenser giver mulighed for at sammenligne rater både over tid og imellem de to befolkningsgrupper. Imidlertid mister vi på denne måde information om alderssammensætningen af patientpopulationerne. Tabel 11 viser aldersopdelte incidensrater for manio-depressiv psykose for grønlandske sammenlignet med danske mænd og kvinder. Tallene er små og 95% sikkerhedsgrænser brede, så der er ingen signifikante forskelle mellem de grønlandske og danske rater. Der er dog klar tendens til lave rater hos ældre grønlændere sammenlignet med danskere.

Tabel 11. Registerundersøgelsen. Nogensinde maniodepressiv psykose. Aldersopdelte rater per 100.000, for første indlæggelse 1979-93

Alder ved 1. indl. Mænd	Grønland		Danmark	
	r	(95% c.i.)	r	(95% c.i.)
15-19	8	(2-24)	6	(5-6)
20-24	5	(1-18)	9	(8-10)
25-34	8	(3-18)	12	(11-12)
35-44	7	(2-22)	17	(16-18)
45-54	14	(4-35)	25	(23-26)
55-64	5	(0-31)	28	(27-29)
65+	0	0	29	(28-31)
<hr/>			<hr/>	
Kvinder			27	(26-29)
15-19	9	(2-25)	8	(7-9)
20-24	13	(4-30)	14	(13-16)
25-34	17	(8-31)	20	(19-21)
35-44	19	(8-40)	27	(26-28)
45-54	35	(17-65)	39	(37-41)
55-64	20	(6-52)	50	(48-52)
65+	24	(6-61)	52	(50-54)

Forløb

Det kliniske og sociale forløb (hhv. Tabel 4 og 5 i arbejde nr. 3) taler ikke for, at den grønlandske kohorte bestod af lettere, mere forbigående tilfælde end i tilsvarende undersøgelser. Således havde 44% af de grønlandske patienter med manio-depressiv psykose enten residualsymptomer eller svært invalideret tilstand ved efterundersøgelsen 7 - 12 år efter første indlæggelse. Deister & Marneros (1993) fandt blandt 106 patienter med affektiv psykose og en observationstid på 10-56 år, at 36% havde vedvarende ændringer, "residualtilstande". Omvendt var 38% af de grønlandske patienter symptomfri ved efterundersøgelsen (2/3 havde haft tilbagefald). Sammenlignet hermed fandt Goldberg et al (1995) i en undersøgelse omfattende 100 patienter med bipolar og 100 med unipolar affektiv lidelse, ikke nødvendigvis førsteindlæggelser, men unge patienter med gennemsnitsalder hhv 25.7 og 25.3 år, "-relatively free from the effects of long-term prior treatment", at 41%, ens for bi-og unipolære, var velfungerende efter 4,5 års observationstid.

5.1.5. Opvækstvilkår og psykiske lidelser

Udtrykket opvækstvilkår er så vagt, at det kan omfatte alle forhold vedrørende barnets omgivelser. I arbejde nr. 5 er dog kun behandlet en mindre del, nemlig forholdene, og her først og fremmest det emotionelle klima og en eventuel utilstrækkelig omsorg i psykiatriske patienters opvæksthjem. Undersøgelsen er en del af den samme historiske prospektive undersøgelse (jfr p. 31), der gav materiale til arbejde nr. 2 om skizofreni og arbejde nr. 3 om affektive lidelser. Arbejde nr. 5 omfatter hele kohorten af førstehospitaliserede psykiatriske patienter 1980-83, født af en grønlandsk mor og bosiddende i Grønland.

Data vedrørende forholdene i opvæksthjemmet blev uddraget af alle tilgængelige oplysninger fra journalerne. Dels data om strukturen, dvs om hjemmet, bestod af begge biologiske forældre, en af forældrene, pleje- eller adoptivforældre, eller om patienten var opvokset på institution i en længere periode (mindst et år), dels og uafhængigt heraf data om de emotionelle forhold i opvæksthjemmet, om der var alvorlige alkoholproblemer, om hjemmet var præget af disharmoni, om barnet havde været udsat for omsorgssvigt, om atmosfæren var præget af vold i hjemmet (ikke at patienten nødvendigvis selv havde været udsat for volden) eller om den pågældende havde været udsat for seksuelt misbrug i opvæksten. Hvis patienten havde boet flere steder i barndommen, var det stedet med de mest problematiske forhold, der blev registreret. Opvækstproblemerne blev herefter delt op i fire grupper: I gruppe 1 blev patienter uden problemer placeret. I gruppe 2 de patienter, der kun havde oplevet disharmoni, men ikke sværere problemer. I gruppe 3 tilfælde med omsorgssvigt, og endelig i gruppe 4 de alvorligste tilfælde med vold og/eller seksuelt misbrug. Uafhængigt heraf var registreret oplysninger om alkoholmisbrug i hjemmet.

De i skizofreniundersøgelsen, arbejde nr. 2, foretagne analyser af opvækstforholdene for skizofrenigruppen sammenlignet med de ikke-skizofrene patienter i samme aldersgrupper skal også refereres her.

Resultater

Blandt resultaterne af undersøgelsen skal anføres, at kun godt en tredjedel af de 15-19 årige og halvdelen af de 20-24 årige havde boet sammen med begge biologiske forældre hele barndommen (fig 1 i arbejde nr. 5) Blandt dem over 45 år var to tredjedel vokset op hos de biologiske forældre. Der var større forskel mellem aldersgrupperne i hyppighed af problemer i opvæksthjemmet. Ingen mænd og kun få kvinder ældre end 45 år rapporterede om alkoholproblemer eller omsorgssvigt i barndommen (Fig. 2 i arbejde nr. 5 viser forholdene for begge køn tilsammen). Andelen, fordelt på fødselsår, hos hvem alkoholproblemer og omsorgssvigt eller grovere problemer i hjemmet har præget opvæksten, fremgår af tabel 12, som ikke tidligere har været publiceret. Der er meget tæt sammenhæng mellem alkoholproblemer og andre problemer. Således havde omtrent 90% af dem, der havde været udsat for disharmoni eller direkte omsorgssvigt, også haft alkoholmisbrug i hjemmet. Og blandt de 39 opvokset med vold i hjemmet var der også registreret alkoholmisbrug i hjemmet hos de 38.

Tabel 12. Andelen (%) med alkoholproblemer og omsorgssvigt i opvæksthjemmet

Alder ved 1. Indlæggelse	MÆND		KVINDER	
	Alkoholproblemer i barndomshjem	disharmoni mv i barndomshjem	Alkoholproblemer i barndomshjem	disharmoni mv i barndomshjem
15-19	56 %	70 %	44 %	61 %
20-24	58 %	60 %	71 %	83 %
25-34	21 %	24 %	40 %	48 %
35-44	11 %	5 %	19 %	25 %
45+	0 %	0 %	3 %	14 %

Kilde: Lyng (1995b)

Tre mænd og 12 kvinder havde iflg journaloplysningerne været udsat for seksuelt misbrug under opvæksten. Mændene var alle yngre end 25 år og kvinderne yngre end 35 år ved 1. indlæggelse. Otte af disse 15 patienter var vokset op med alkoholmisbrug i hjemmet.

Tabel 1 i arbejde nr. 5 viser hvilke diagnoser, der hyppigst og sjældnest var forbundet med problemer i opvæksten. Hyppigst var det personlighedsforstyrrelser og sjældnest neuroser. For at sikre, at forskellen ikke blot skyldes aldersconfounding, fordi der var særligt mange med personlighedsforstyrrelser blandt de yngste patienter, viser fig 4 i arbejde nr. 5 en aldersopdelt sammenligning mellem forekomsten af problemer i opvæksten hos patienter med personlighedsforstyrrelser og alle andre diagnoser. I alle aldersgrupper havde de med personlighedsforstyrrelser oftere problemer i opvæksthjemmet end de øvrige diagnosegrupper under et.

Patienter med en skizofrenidiagnose adskilte sig ikke med hensyn til opvækstforhold fra de ikke-skizofrene i samme aldersgruppe. I begge grupper var ca halvdelen vokset op sammen med de biologiske forældre. Godt halvdelen havde haft problemer i opvæksthjemmet, hvad enten de hele barndommen havde boet hos de biologiske forældre eller ej. Det var ikke muligt med de anvendte metoder at klargøre, hvorvidt problemer i opvæksthjemmet havde haft betydning for sygdomsforløbet. Derimod var alderen ved første indlæggelse højere for de patienter, som var vokset op hos de biologiske forældre end for de øvrige, uanset om de tilhørte skizofrenigruppen eller ej. For skizofrenigruppen var gennemsnitsalderen ved 1. indlæggelse hhv. 23,5 og 19,7 år, for de ikke skizofrene i samme aldersgruppe var den hhv. 24,5 og 21,9 år.

Om undersøgelsesmetoden

I arbejde nr. 3 (jfr p. 32) er anført både fordele og ulemper ved den historisk prospektive metode. Væsentlige ulemper i denne undersøgelse er følgende:

De historiske data, der beskriver problemer i opvæksthjemmet, bygger ikke på operationelle definitioner af de pågældende forhold, men på subjektive opfattelser af, hvad der kan registreres som hhv alkoholmisbrug, disharmoni, omsorgssvigt og vold i hjemmet. Ydermere er de afhængige af erindring, eventuel subjektiv farvning. Robins et al. (1985) fandt dog ingen "recall bias" ved at sammenligne oplysninger om forholdene i barndomshjemmet fra to patientgrupper (hhv patienter med depression og alkoholisme) og en gruppe raske forsøgspersoner med matchede kontrolgrupper af søskende, der var nær på dem i alder. Der fandtes god overensstemmelse mellem oplysningerne fra på den ene side patientgrupper og kontrolgruppe og på den anden side deres respektive søskende. Der var heller ingen forskel på reliabiliteten af oplysninger mellem diagnosegrupperne, eller mellem om det drejede sig om patienter eller ej.

I denne undersøgelse er det ikke muligt at foretage en sådan reliabilitetsvurdering af oplysningerne, men det var denne forfatters indtryk, at der var betydelig konsensus mellem de lægelige og sociale oplysninger (eventuelt fra gamle ambulankort) og patientens og eventuelle pårørendes oplysninger.

Behandling af manglende data.

Der var mange patienter, for hvem der ikke forelå oplysninger om forholdene i opvæksten. Det gjaldt især ældre patienter.

Ud fra den antagelse, at manglende informationer intet siger om, hvorvidt der var problemer i opvæksthjemmet, er disse patienter udeladt i analyserne af sammenhæng mellem opvækstvilkår og former for psykisk lidelse. Derved bliver de uoplyste behandlet som om fordelingen af positive og negative cases her er af samme størrelse som i den gruppe, hvorom der foreligger oplysninger.

Som et forsøg på at vurdere, om opvækstforholdene for de psykiatriske patienter generelt afviger fra gennemsnitsbefolkningen, er der, som vist i arbejde nr. 5, figur 5, indføjet opvækstforholdene

for kontrolgruppen til en gruppe suicidalpatienter i en undersøgelse fra Nuuk i 1973 (Grove & Lyngé 1975). Denne kontrolgruppe bestod af kirurgiske patienter matchet for køn og alder med suicidalgruppen, så selv om der ikke er foretaget aldersstandardisering i denne sammenligning, består kontrolgruppen af unge mennesker (24% < 20 år, 95% < 40 år). Hvis kontrolgruppen er repræsentativ for forholdene i samfundet, kan man konkludere, at ikke alene de personlighedsforstyrrede, men også hele kohorten under ét har haft dårligere opvækstforhold end befolkningen som helhed.

Opvækstforholdene i befolkningen som helhed er i øvrigt behandlet i den grønlandske sundhedsprofilundersøgelse, omtalt p. 26. Blandt de personer, der var født i 1920erne oplyste under 5%, at der af og til var alkoholproblemer i hjemmet, mens det gjaldt omkring halvdelen af dem, der var født efter 1960. Også andelen, der ofte havde været udsat for alkoholproblemer, steg kraftigt, fra ingen i 1920erne til 10-15% efter 1960. Selv om data i sundhedsprofilundersøgelsen er tilvejebragt på anden måde end i arbejde nr. 5, så var alkoholproblemer i arbejde nr. 5 formentlig bedst sammenlignelige med det, der i sundhedsprofilen betegnes "ofte udsat for alkoholproblemer i hjemmet". I de samlede besvarelser var der stor kønsforskel, idet 5% af alle mænd og 10% af alle kvinder, der deltog i undersøgelsen, angav, at der ofte var problemer med alkohol i deres barndomshjem. Da sundhedsprofilens deltagere var en uselekeret gruppe, må denne kønsforskel afspejle forskellige opfattelser af, hvad der er alvorlige alkoholproblemer. Også blandt de psykiatriske patienter angav flere kvinder end mænd, at barndomshjemmet havde været præget af alkoholmisbrug. Her kan man ikke på forhånd udelukke en reel forskel, men resultaterne fra sundhedsprofilundersøgelsen taler for, at det også her drejer sig om forskellige subjektive vurderinger hos de to køn.

Alt i alt tyder undersøgelsen på, at en større del af de psykiatriske patienter end befolkningen som helhed har haft problematiske opvækstforhold. Især gælder det dem, der har fået en diagnose af personlighedsforstyrrelse.

5.2. Selvmord

5.2.1. Selvmord i traditionelle eskimosamfund

I arbejde nr. 1, p. 13-15, er behandlet forholdet til liv og død, herunder selvmord og drab i det traditionelle eskimosamfund. Der var regler for, hvornår drab var tilladt, ligesom selvmord var den enkeltes ret og i visse tilfælde pligt. Hyppigheden af selvmord i det traditionelle samfund kan vi kun gisne om. Det må formodes, at tallet var helt afhængigt af levevilkårene, under sult og sygdomsperioder antagelig højt, da det især var syge og gamle, der tog livet af sig for ikke at ligge de øvrige til byrde. Efter kolonisationen vandt kristendommens syn på liv og død som værende i Guds hænder indpas, og selvmord og drab blev en synd (arbejde nr. 1, p. 24).

5.2.2. Selvmord i kolonitiden

Selvmord i kolonitiden er behandlet af Bertelsen (1935). Han fandt en årlig selvmordsrate på 3-4 per 100.000 i perioden 1890 til 1930. De fleste selvmord skete i årets første kvartal. Alle de selvmord, han havde personligt kendskab til, var begået af sindssyge. Disse tal svarer til selvmordsforekomsten på Færøerne helt op til midten af 1970erne (Wang 1996). Også det færøske samfund var gennemsyret af kristendommens syn på livet som tilhørende Gud og selvmord en synd. Hvad angår validiteten af Bertelsens tal for selvmordsforekomsten, gør han selv opmærksom på, at i samfund med meget høj forekomst af ulykkesdødsfald, som det grønlandske, vil der være mulighed for også at tolke nogle selvmord som ulykkestilfælde, således at selvmordsraterne alt i

alt måske er noget højere. Imidlertid er der ingen større forskel i selvmordsraten mellem 1890-1903 og 1901-1930. Han finder også et klart og helt andet mønster i ulykkesdødsfaldene, som hænger sammen med årstid, erhvervsudøvelse og geografiske forhold. Således skete der en halvering af antallet af ulykkesdødsfald i forbindelse med omlægning fra kajakfangst til fiskeri. En del af kajakulykkerne synes at være udslag af risikoadfærd: Især unge mindre erfarne erhvervsudøvere omkom, og oftest som isolerede tilfælde. Hvis overraskende dårligt vejr el lign havde været årsagen, måtte man forvente, at flere omkom samtidig (Bertelsen 1935). Angivelse af dødsårsag mangler i en del tilfælde i kirkebøgerne. Men hele den 'sandhedskultur' (jfr p. 13), som prægede samfundet, gør det lidet sandsynligt, at der kan være tale om bevidst undladelse af oplysninger om selvmord.

5.2.3. Selvmord i nutiden

De store samfundsændringer efter 2. Verdenskrig medførte omfattende ændringer af befolkningens demografi og levevilkår (arbejde nr. 1, p. 24ff). Efterhånden skete der også en ændring af selvmordsmønstret, således at Grønland i dag står med en af verdens højeste rater for selvmord, især blandt unge mænd. Udviklingen af det nye selvmordsmønster skete nogenlunde samtidig i de forskellige eskimoområder i Canada, Alaska og Grønland. Ved Second International Symposium on Circumpolar Health i Oulu, Finland 1971 rapporterede Kraus (1971) om "Changing patterns of suicidal behavior in North Alaskan Eskimo". Gennemgang af alle selvmord blandt indfødte i Alaska fra 1950 - 70 viste et stabilt mønster indtil 1965, hvor antallet pluselig fordobledes, med yderligere stigning efter nogle år. Kraus skelner klart to forskellige mønstre for selvmord: det traditionelle hvor følgende var karakteristisk: det drejer sig om midaldrende eller ældre mænd med sygdom, alderdomssvækkelse, eller savn af en afdød pårørende som de almindeligste årsager til at begå selvmord. Selvmordet blev begået efter grundige overvejelser, undertiden drøftet med pårørende, og det var positivt bedømt i kulturen. Denne type selvmord var stærkt på retur, mens der nu opstod et nyt og helt anderledes mønster. Nu var det unge mennesker, der tog livet af sig. Motivet var ofte uklart, men indebar intense og ubærlige følelsetilstande, som panik, depression eller raseri. Selvmordshandlingen skete brat, som et anfald, uventet, uden varsel. Omgivelserne var skræmte, betragtede adfærden som afvigende, uforklarlig og chokerende.

Fra Canadas Northwest Territories rapporterede Rodgers (1982) om en udvikling meget lig den i Alaska, om end lidt tidsmæssigt forskudt. Indtil 1971 var selvmordsraten i Northwest Territories lig med eller lidt lavere end i resten af Canada. Men herefter steg raten og nåede det firedobbelte i 1978. Omregnet til rate per 100.000 var den 120 for mænd og 40 for kvinder i 15-24 års alderen. Prototypen på suicidium var en enlig mand, gerne familiens yndling, den mest lovende, som havde været borte fra hjemstedet i længere tid for at uddanne sig; men adskillelsen fra familien med de nære emotionelle bånd havde givet så stærk hjemvé, at han afbrød uddannelsen og rejste hjem. Her fik han nok arbejde, men ikke svarende til de tidlige forventninger. Han havde været én, man regnede med "ville klare det" i det ikke-indfødte samfund. Efter hjemkomsten oprettede han en facade af selvtilid og diskuterede ikke sin skuffelse og følelse af håbløshed med andre. Hans selvmord var uventet og rystende for familien. Rodgers (1991) argumenterer for, at selvmord kan være et tegn på forstyrrede og "stressede" samfund. Han citerer Tseng & McDermott (1981) for følgende. "...in some cases, a whole society may seem to lose its sense of direction or purpose; this may contribute to stress in its people. Individuals in that society often react to social stress with the manifestations of various emotion-related responses. Such as neurotic conditions, psychosomatic disorders, alcoholism, drug abuse, criminality and riots. Suicide is only one such manifestation". For egen regning tilføjer han "the tragic drama of suicide, espe-

cially of the young often distracts attention from these other parameters of disorganization. This may lead to a preoccupation with the problem of the suicide and away from the larger community problems which have instigated the suicidal and other violent behavior”.

I Grønland er dødsårsagsstatistikker offentliggjort i landslægens årsberetninger siden 1951. Mens selvmordsraten indtil 1930 som omtalt var meget lav, så var den i 1950erne og 1960erne let stigende, og fra begyndelsen af 1970erne blev stigningen brat (arbejde nr. 1, p. 23, Fig. 2). Den dramatiske stigning blev først bemærket i hovedstaden Nuuk, hvor der i 1972 blev registreret 7 tilfælde af selvmord, alle mænd (4% af grønlandske mænd 15+ år i Nuuk). Det følgende år var der 5 tilfælde, hvoraf 3 mænd og 2 kvinder. Grove & Lyng (1979) gennemførte efter en preliminær rapport i 1973 en case-control undersøgelse af suicidalhandlinger i Nuuk 1972/73. Årlige rater for fuldbyrdede selvmord i de to år tilsammen fremgår af Tabel 13.

Tabel 13. Selvmord i Nuuk 1972-73. *)

Aldersgrupper	Mænd	Kvinder	tilsammen
15-19	444	152	300
20-24	181	166	173
25-39	462	0	226
40+	119	0	54
15+ år	317	59	183

*) Den grønlandskfødte befolkning. Årlige rater per 100.000 i aldersgruppen. Udarbejdet på grundlag af Grove&Lyng (1979)

Hvis man ser alle selvmordshandlinger under ét, fuldbyrdede og ikke-fuldbyrdede, involverede de lige mange mænd og kvinder. Men for langt flere mænd førte selvmordshandlingen til døden. Metoderne var voldsommere og farligere. Der var en meget stærk sammenhæng både mellem at vokse op i et miljø præget af alkoholmisbrug, disharmoni og vold, selv at have alkoholproblemer og ustabil tilknytning til arbejdsmarkedet og det at begå en suicidalhandling, uanset om den førte til døden eller ej. 15 af de 36, som begik ikke-fuldbyrdede selvmordshandlinger i 1973 havde haft følelsesmæssige konflikter med nær pårørende, mens ingen af en kontrolgruppe, indlagt i samme periode på kirurgisk afdeling og matchet for alder og køn, angav sådanne problemer. I det oprindelige design forsøgte vi at sammenligne den del af selvmordsgruppen, som havde en diagnosticerbar psykisk lidelse med en kontrolgruppe af psykiatriske patienter, som aldrig havde begået suicidalhandlinger. Vi fandt ingen forskelle i opvækstforhold mellem de to grupper, men tallene var for små til statistisk behandling.

Bjerregaard & Johansen (1987) har anvendt begrebet tabte leveår (potential years of life lost, PYLL) på de grønlandske selvmord, og påviser, at selvmord er ansvarlig for 24% af alle tabte leveår før 65 års alderen for mænd og 16% for kvinder i perioden 1968-83. Det var den hyppigste dødsårsag for mænd i 1974-85, og den steg fra at være den 9ende til den 4de hyppigste blandt kvinder i samme periode. Thorslund & Misfeldt (1989) har sammenholdt dødsattester med politiets rapporter vedrørende unaturlig død og uklar døds måde og fandt, at den officielle selvmordsstatistik må betegnes som tilfredsstillende. Bjerregaard (1990) har analyseret geografiske variationer i forekomsten af selvmord i Grønland 1968-85 og sammenlignet med ændringer i

befolkningsstørrelse og med indkomstforhold. De områder, der havde den største befolkningstilvækst, havde også de højeste selvmordsrater, uanset befolkningens absolutte størrelse og indkomstforhold. De højeste selvmordsrater fandtes således i hovedstaden Nuuk og i Østgrønland, mens de laveste sås i de vestgrønlandske bygder, som alle på nær et enkelt område havde haft tilbagegang i befolkningstallet. Mens bygderne i syd havde indkomstforhold svarende til de vestgrønlandske byer, så var indkomsten i de nordvestgrønlandske bygder lige så lav som i Østgrønland. Men dette påvirkede tilsyneladende ikke selvmordsraterne, som både i de nordvest- og sydvestgrønlandske bygder var lige så lave som raterne for hele Danmark i 1980. Eventuelle ændringer i indkomstforholdene indgik ikke i analysen.

Fra Grønland har denne forfatter i flere publikationer (Lyng 1985, 1994, 1995c) beskæftiget sig med emnet fuldbyrdede selvmord i forsøg på at forstå det ud fra samfundsmæssige og psykologiske forhold. En gennemgang af alle kendte selvmord 1974-84 (Lyng 1985), i alt 318 tilfælde, belyst ved dødsattester og politirapporter, viste ligesom alle senere opgørelser, at de højeste rater for begge køn fandtes blandt 20-24 årige. I selve undersøgelsesperioden steg raterne for 20-24 årige mænd fra 150 per 100.000 til godt 500 per 100.000. For kvinderne lå de på ca 1/4 af mændenes rater. Der var meget store forskelle mellem de forskellige distrikter, højeste rater i Thuleområdet, Østgrønland og Nuuk, lavest i et par fangerdistrikter i Nordvestgrønland og en meget driftig fiskeriby i Vestgrønland. Går vi ned i de enkelte tilfælde, så fremgik det af politirapporterne, at i næsten halvdelen af tilfældene var det åbenbare problem et brudt parforhold. Det kunne være kulminationen på et langvarigt konfliktfyldt, ofte voldeligt forhold, som partneren nu definitivt havde gjort forbi, eller det kunne være et ganske kortvarigt forhold, som den suiciderede havde tillagt helt urealistisk høj værdi, ja i et tilfælde havde genstanden for den suicideredes kærlighed end ikke været klar over hans følelser for hende. Ud over afskedsbreve havde 3 personer efterladt båndoptagelser med afskedsord, det ene af dem sluttede med lyden af det dræbende skud. Mange afskedsbreve fortæller mere diffust om tilværelsesproblemer. De forstår hverken deres egen eller andres måde at leve på. Andre har helt detaljerede anvisninger for de efterladte med hensyn til fordeling af ejendele, tilrettelæggelse af begravelsen etc. Kun i ganske få tilfælde gav politirapporter eller sundhedsvæsenets oplysninger, der tydede på psykisk lidelse, som baggrund for selvmordet. En enkelt advarede mod at opkalde et barn efter ham, at det ikke skulle arve hans ulykkelige liv. Flere havde oplevet en nær slægtning dødsfald, måske et eller flere år tidligere. Selvmordet var forudgået af en langtrukken sorgreaktion, hvor den afdødes stemme havde kaldt på ham, og han havde følt et stærkt ønske om genforening. I nogle tilfælde var selvmordet afslutningen på en frygt for den afdødes indflydelse på ham.

De temaer, som har opfyldt de af de suiciderede, som har løftet sløret for deres tanker og følelser på selvmordstidspunktet, er altså ganske varierede. Selv om en stor del har været alkoholpåvirkede (tre fjerdedele af de tre fjerdedele for hvem, der forelå oplysninger, altså mindst over halvdelen af alle), så har alkohol næppe i sig selv været årsag til selvmordet. Alkohol indgår ofte i mønstret, i nogle tilfælde som en væsentlig faktor. Det gælder ikke mindst i de voldelige forliste parforhold. Det ser også ud til, at alkohol i mindre doser har fungeret som facilitator for et planlagt selvmord.

Thorslund (1992) har i sin disputats "Ungdomsselvmord og moderniseringsproblemer blandt inuit i Grønland" behandlet selvmordsproblemerne, dels ud fra teoretiske overvejelser, dels med udgangspunkt i en empirisk undersøgelse. De teoretiske overvejelser består i en omfattende gennemgang af sociologiske, psykologiske og antropologiske teorier og undersøgelser om emnet. Den empiriske undersøgelse omfatter dels en beskrivelse af 442 fuldbyrdede selvmord 1977-

1986, dels en sammenligning mellem de 15-29 årige i dette materiale og en kontrolgruppe udvalgt randomiseret blandt samtlige unge født i Grønland perioden 1957-82 og i live bosiddende i Grønland i april 1988.

På grundlag af analyser af de 442 suicidier fandt Thorslund i overensstemmelse med tidligere fund, at 20-24 årige mænd havde langt de højeste selvmordsrater (op til 6 per 1000 om året). Der var store forskelle mellem de enkelte distrikter. Upernavik, Qaanaq, Ittorqortormiit og Tassiilaq havde de højeste rater. Men i øvrigt fandt Thorslund både høj og lav selvmordsforekomst i såvel fangerdistrikter som mere industrialiserede områder.

En del af undersøgelsen omfatter de 15-29 årige, som begik suicidium i 1982-86, i alt 144 mænd og 40 kvinder. En kontrolgruppe bestående af et randomiseret udtræk af alle, der var bosiddende i Grønland april 1988 og født 1957-72, i alt 320 personer, fik tilsendt et spørgeskema, som blev besvaret og returneret af 154, sv t 49%. Antallet af danskfødte, 22 eller 14%, var nogenlunde repræsentativt for aldersgruppen. Analyserne omfattede kun de grønlandskfødte.

Thorslund drager en række konklusioner af analysen. Ofte drejer det sig om små tal i de enkelte grupper. Der er ikke foretaget nogen form for statistisk bearbejdelse af fundene, og kun i enkelte tilfælde er der taget forbehold for, at tallene er små. Den valgte metode, et postsendt spørgeskema, må antages at være helt fremmed for de fleste modtagere, men mest for de ikke boglige, dvs blandt andet fangere og fiskere. Spørgeskemaerne blev da som anført også kun besvaret af 49% af de adspurgte. Bortfaldsanalysen viser, at der er relativt færre besvarelser fra Vest- end Østgrønland. Men bortfaldsgruppens alder, køn og erhverv er ikke oplyst, ligesom der ikke er taget højde for, at aldersfordelingen inden for de 15-29 årige (i kontrolgruppen op til 31 årige) kan være forskellig. Og netop sammenligninger med hensyn til skolegang, erhverv, uddannelse, antal børn mm, kan være meget følsomme for selv mindre aldersforskelle. De mest holdbare konklusioner forekommer at være overvægt af enlige, både mænd og kvinder og overvægt af arbejdsløse, ligeledes både mænd og kvinder. For hele landet var arbejdsløsheden højest i jan.-april og lavest i juli-oktober, mens de arbejdsløse oftest begik selvmord i marts-august. Thorslund tolker det således, at det måske drejer sig om marginaliserede unge, der generelt ikke magter eller ønsker at arbejde, hverken med lønarbejde eller fiskeri. Størstedelen af selvmordene forekommer i de måneder, hvor jollefangst eller fiskeri lettest kan gennemføres.

Et andet problem ved denne form for analyser er, at man får et øjebliksbillede af fænomener, der udvikler sig over tid. Thorslunds konklusion: at de mest tilbagestående bygder er hårdest ramt, står i direkte modsætning til de tidligere fund, at selvmordsproblematikken først blev synlig i Nuuk, den by, hvor samfundsændringerne satte først ind og var mest omfattende. Dernæst steg den voldsomt i de senest koloniserede områder, som nok i løbet af kort tid har gennemgået de mest dybtgribende samfundsændringer af alle, blot lidt senere end Nuuk. Det må derfor være vigtigt, hvis man vil forstå selvmordene som udtryk for samfundsforhold, at følge udviklingen i de enkelte samfund over en tidsperiode.

Thorslund hævder, at *qivittoq* begrebet (jfr p. 16) må sidestilles med nutidens selvmord (se min kommentar hertil p. 64). Han anfører ligeledes, at selvmord er en accepteret handling i Grønland under henvisning til autonomibegrebet, det, at enhver har ret til selv at bestemme over sine handlinger. Men det er ikke det samme at acceptere retten til selvbestemmelse som at acceptere handlingen. Jeg mener, vi her har et eksempel på en tankegang, som er vanskelig at leve sig ind i for os vesterlændinge, beskrevet af Eckert & Newmark (1980) og omtalt i arbejde nr. 1, p. 12. Eskimoerne kunne rumme for os uforenelige modsætninger og følte sig ikke kaldet til at tage

stilling for eller imod, ej heller berettiget til eller i stand til at gribe ind. Vi har mange eksempler på, at en sådan holdning stadig er udbredt. Men derfor behøver sorgen og forskrækkelsen, over det, der er sket, ikke at være mindre.

5.2.4. Selvmord og psykisk lidelse

I Thorslunds materiale fra 1977-1986, i alt 403 selvmord, var der ifølge politirapporterne oplysning om psykiske problemer i 104 eller 26% af tilfældene. 9 af dem var diagnosticeret psykotiske, 23 neurotiske, yderligere 20 formodet neurotiske, mens 52 havde massive alkoholproblemer. Blandt de 15-29 årige var 1% psykotiske og 15% havde andre kendte psykiske problemer. I en dansk undersøgelse af selvmord blandt børn og unge under 30 år havde 25% været diagnosticerede som psykotiske og 46% som neurotiske i lettere eller sværere grad. (Krarup G et al. 1988). Thorslund ræsonnerer sig herefter frem til, at “- -de grønlandske selvmord er forskellige fra selvmord i de vestlige samfund, hvad angår psykiske forhold”. Imidlertid viser en gennemgang af tallene i de to undersøgelser, at den samlede årlige selvmordsrate blandt 15-29 årige på Fyn var 28/100.000 mænd og 9/100.000 kvinder. Heraf var 7/100.000 mænd og 2/100.000 kvinder psykotiske. I Grønland var den årlige rate for selvmord blandt 15-29 årige 363/100.000 mænd og 107/100.000 kvinder, det vil sige hhv 13 og 12 gange så høje rater som på Fyn. De af politiet registrerede 1% psykoser svarer til årligt 4/100.000 mænd og 1/100.000 kvinder, altså af samme størrelsesorden som de danske rater. På Fyn havde 40% ikke-psykotiske psykiske lidelser, i Grønland 12%. Men disse 12% svarer til 43/100.000 mænd og 12/100.000 kvinder, altså højere rater end for alle suiciderede på Fyn. Det må derfor være rigtigt at konkludere, at der foruden de erkendt psykisk lidende, som har endda højere selvmordsrater end i Danmark er der yderligere en stor gruppe, hvis psykiske forhold ikke er kortlagt, som begår selvmord i Grønland.

Men selvom der ikke er nogen høj forekomst af erkendt psykisk lidelse blandt dem, der begår selvmord i Grønland, så er der omvendt en høj forekomst af selvmord blandt patienter med psykisk lidelse.

Således begik 5 af 24 mænd med diagnosen skizofreni selvmord i løbet af 7 år efter deres første indlæggelse på en psykiatrisk afdeling (Lyng & Jacobsen 1995). Det svarer til en årlig selvmordsrate på næsten 3 procent i denne patientgruppe. Kun i et tilfælde skete selvmordet i svær psykotisk tilstand. De øvrige fire patienter begik selvmord, efter at behandling havde modereret eller fjernet de psykotiske symptomer, som en reaktion på et perspektiv på tilværelsen præget af håbløshed.

I arbejde nr. 5, registerundersøgelsen omfattende alle førsteindlæggelser 1974-93, var den relative dødsrisiko ved suicidium sammenlignet med risikoen i befolkningen for alle diagnoser under ét 3,04 for mænd og 3,70 for kvinder, mens den for hele Danmark var 11,80 for mænd og 12,83 for kvinder. I det grønlandske materiale kunne information om evt død ikke indhentes for 66 eller 6% af registerpopulationen på grund af manglende personnummer; desuden var der registreret en del med usikker døds måde, som kunne dreje sig om selvmord, således at en vis underregistrering er mulig. I den tidligere beskrevne personidentificerbare kohorte af førsteindlæggelse 1980-83 (Lyng 1997) begik 12 af 139 mænd og 4 af 150 kvinder selvmord inden 1991. Sammenlignet med antallet af selvmord i den almene befolkning i 1981-90 var den relative dødsrisiko 3,5 for mændene og 4,4 for kvinderne, altså hhv 13% og 17% højere end i registerundersøgelsen, men stadig langt lavere overdødelighed end i det danske materiale. Imidlertid er sammenligningsgrundlaget i det grønlandske materiale en meget høj forekomst af selvmord i den almene

befolkning, således at fundet ikke kan tages til indtægt for en lav selvmordsforekomst blandt grønlandske psykiatriske patienter.

5.2.5. Sammenfatning om selvmordsforskning i Grønland

I forskning om selvmord møder vi det dilemma, som i større eller mindre grad ligger i al psykiatrisk forskning: Det drejer sig om en på én gang dybt personlig individuel handling og en handling under stærk indflydelse af kulturelle og sociale kræfter. Der eksisterer ikke en universel menneskelig etik vedrørende selvmord. Vi har i den eskimoiske kultur et eksempel på et afklaret forhold til muligheden for at afslutte livet for egen hånd. Det betyder blandt andet, at en beslutning om at begå selvmord var anderledes entydig end det, vi kender i dag. I enkelte beretninger, hvor pårørende har forsøgt at tale en person fra at begå selvmord, har de kunnet udsætte det en kort periode, men kun til den pågældende ikke længere følte sig bundet af sit løfte. Intet i de beretninger, vi kender, tyder på, at selvmordet var udslag af vrede eller hævnfølelse over for efterladte. Som anført p. 62 har Thorslund set *qivittut* (fjeldgængere, omtalt p. 16) som eksempel på selvmord i gamle dage og dermed som udtryk for, at de moderne selvmord også bunder i traditionen. Men dels var *qivittoq* begrebet næppe kendt i andre eskimoområder end Vestgrønland, dels synes det også her at have udviklet sig og være blevet mere udbredt i kolonitiden, efter at kristendommen har medført en fokusering på det onde i mennesket og på det syndige i at begå selvmord. Den parallelle udvikling i selvmordsmønstret, uanset om *qivittoq*fænomenet har været kendt eller ej, taler også imod en sådan opfattelse.

En selvmordsforskning, der kan øge vor forståelse af fænomenerne, må rumme mange perspektiver. Den epidemiologiske forskning giver information om mønstret for forekomst, såvel over et tidsforløb i de enkelte samfund, som tværs over samfund og kulturer. Dette perspektiv har Bjerregaard (1990), som omtalt p. 60, anvendt på sammenligninger mellem forskellige områder i Grønland. Rodgers (1991) beskriver social kriseintervention med direkte virkning på selvmords"epidemier" i tre små samfund i Canada, et Athabascaindiansk og to eskimoiske. Durkheims (1968) analyser med udgangspunkt i samfundets struktur (arbejde nr. 1, p. 24-25) giver mening for os også i dag. Men analysen kan ikke standse her.

Det næste perspektiv fokuserer på faktorer, der gør den enkelte mere eller mindre robust. Bowlby's (1979) model for tilknytning og adskillelse og de følger, forstyrrelser af evnen til at skabe og bryde følelsesmæssige bånd kan have for den psykiske sundhed, er relevant for analyser af en række selvmordstilfælde, både i Grønland (Lyng 1985), Alaska (Kraus 1971, 1973) og Canada (Rodgers 1982). Der er både tale om ændrede vilkår for den tidlige socialisering (Briggs 1995) og om, at den moderne tilværelse stiller andre krav til evnen til at bære langvarig adskillelse, uden at de følelsesmæssige bånd brydes, end livet i fangersamfundet gjorde. Det fælles menneskelige behov for tilknytning har sin modpol i ensomheden. Sadler og Johnson (1980) (arbejde nr. 1, p. 25), beskriver ensomheden i fire dimensioner: personlig ensomhed eller mangel på en fortrolig, social ensomhed eller mangel på gruppetilhørsforhold, kulturel ensomhed, som både kan opleves, når man er fjernt fra sin egen kultur, og når denne kultur er i opløsning. Endelig kan ensomheden opleves i manglende kontakt med naturen, verdensaltet, med den religiøse dimension af tilværelsen; udtrykket kosmisk ensomhed har været anvendt. I arbejde nr. 1, p. 25 har jeg givet grønlandske eksempler på disse former for ensomhed.

Oven i disse følelsesmæssige aspekter af selvmordsproblematikken er der behov for at sætte fokus på selve handlingen. Hvor det traditionelle selvmord var præget af rolig værdighed, klart begrundet og alment accepteret, er det moderne selvmord, hverken klart i motiv eller med hensyn til beslutningen. Det er snarere præget en af voldsom aggressivitet eller af opgiven, udvejsløs-

hed, mangel på handlemuligheder over for problemerne. Det er da også først med det moderne selvmord, at også ufuldbyrdede selvmordsforsøg bliver en kendsgerning. I afsnittet om skizofreni (p. 46) fremsættes den hypotese, at såvel skizofreni som andre psykiske lidelser, foruden på grundlag af medfødte og samfundsmæssige forhold udvikles som følge af den enkeltes manglende kompetence til at klare tilværelsens udfordringer eller belastninger. I dette perspektiv er nogle af de kræfter, der er ansvarlige for de høje forekomster af skizofreni, beslægtede med dem, der er ansvarlige for de høje selvmordsforekomster, især blandt unge mænd. Forebyggelse må for begge fænomener sætte fokus på socialiseringsprocesser, på opbygning af social og kulturel kompetence, så de pågældende føler sig som en del af samfundet og på handlingskompetence til løsning af tilværelsesproblemer, ikke mindst problemer i forhold til andre mennesker.

5.3. Retspsykiatri

5.3.1. Lovgivning for Grønland vedr sindssyge personers hospitalsophold

Det lovmæssige grundlag for ufrivillig indlæggelse og behandling af sindssyge patienter i Grønland er den tidligere danske 'Lov om sindssyge personers hospitalsophold' med særlige bestemmelser for Grønland (Justitsministeriet 1981). Loven præciserer de pårørendes pligt til, i tilfælde af at patienten ikke selv søger behandling, og de skønner, at han er så sindslidende, at behandling er påkrævet, at tilkalde en læge. Der er to hovedbegrundelser for at tvangsindlægge en patient: han skal være sindssyg, og såfremt han modsætter sig en indlæggelse, skal en læge finde det uforsvarligt at undlade indlæggelse, fordi den syge enten 1) er til fare for sig selv og/eller andre, eller 2) såfremt lægen skønner, at udsigten til helbredelse væsentligt forringes, såfremt indlæggelse ikke finder sted. En tvangsindlæggelse på helbredsindikation skal godkendes af landslægen i Grønland.

Loven indeholder særlige bestemmelser, betinget af de geografiske og trafikale forhold i Grønland. Som første led i en tvangsindlæggelse kan patienten således tilbageholdes på det lokale sygehus eller et andet egnet sted, indtil de trafikale forhold gør det muligt at transportere ham. Til sikring af, at transporten kan foregå uden ulempe eller sikkerhedsrisiko for de øvrige passagerer, kan behandling med psykofarmaka påbegyndes før indlæggelsen. Såfremt en patient forlanger sig udskrevet, og den behandlende læge skønner det uforsvarligt, enten fordi patienten er til fare for sig selv og/eller andre eller fordi udskrivning væsentligt vil forringe udsigterne til helbredelse, skal udskrivning nægtes. Endvidere kan udskrivning nægtes, såfremt den vil antages at medføre væsentlig ulempe for patienten selv, og Justitsministeren tiltræder nægtelsen. I alle andre tilfælde skal et ønske om udskrivning efterkommes.

Bortset fra "ulempekriteriet" skal nægtelse af udskrivning kun forelægges for Justitsministeren, såfremt patienten eller hans pårørende forlanger det. Såfremt Justitsministeren tiltræder nægtelsen, kan spørgsmålet om lovligheden af tilbageholdelsen forelægges for retten.

5.3.2. Anvendelse af tvang ved indlæggelser af psykiatriske patienter i Grønland

I en opgørelse fra 1984-1988 sammenlignede Marianne Engberg forekomsten af tvangsindlæggelser i Grønland, Færøerne og Danmark. Korrigeret for alder og for de dobbeltregistreringer, som var resultat af, at patienter, som blev overflyttet til psykiatrisk hospital i Danmark inden for et døgn efter deres indlæggelse på DIH/A1 begge steder var registreret som tvangsindlæggelser, var raten for tvangsindlæggelser for mænd i Grønland 1,75 gange højere end i Danmark. For kvinder var tallet 1,2 gange højere. For unge mænd i alderen 15-24 år var risikoen for at blive tvangsindlagt 5 gange højere i Grønland og for de 25-34 årige dobbelt så høj som i Danmark.

Der kunne påvises en omvendt sammenhæng mellem antallet af psykiatriske senge og anvendelsen af tvangsindlæggelser i de tre områder (Engberg 1991).

Egne undersøgelser

I denne forfatters undersøgelse af anvendelse af tvang i henhold til sindssygelovgivningen indgår den kohorte, beskrevet p 31, af grønlændere med fast bopæl i Grønland, som blev indlagt første gang, hvad enten i psykiatrisk hospital i Grønland eller Danmark 1980-83. Kohorten blev fulgt i 7 år, og også alle senere indlæggelser blev analyseret. Det drejer sig om 289 patienter med i alt 684 indlæggelser i løbet af 7 år efter første dag af første indlæggelse, og forekomsten af tvangsindlæggelser var som følger:

1. indlæggelse skete ved tvang for 7 mænd og 2 kvinder, svarende til 5% af mændenes og 1% af kvindernes første indlæggelser, mens 28, eller 13% af mændenes og 24 eller 10% af kvindernes genindlæggelser er sket ved tvang. I alt er 18 af de 139 mænd (i alderen 17 - 30 år) og 10 af de 150 kvinder (20 - 39 år) blevet tvangsindlagt en eller flere gange. Således er 8% af alle indlæggelser, 10% af mændenes og 7% af kvindernes, sket ved tvang. Heraf er de 2%, ens for mænd og kvinder, indlæggelser på behandlingsindikation, mens resten blev indlagt på farlighedsindikation.

Efter korrektion for de dobbeltregistreringer, der opstod ved, at patienter, tvangsindlagt på DIH/A1 blev overført til psykiatrisk hospital i Danmark ved fornyet tvangsindlæggelse, blev i alt 18 af de 139 mænd tvangsindlagt tilsammen 26 gange og 10 af de 150 kvinder tvangsindlagt i alt 20 gange.

Som i Engbergs undersøgelse er det især unge mænd, der er blevet tvangsindlagt. Godt halvdelen af mænd og mere end en tredjedel af kvinder med skizofreni blev tvangsindlagt en eller flere gange.

Engberg stiller spørgsmålet, om den høje forekomst af tvangsindlæggelser skyldes alkoholmisbrug. Det afspejler sig ikke i diagnoserne i hendes materiale og heller ikke i aktuelle undersøgelser (arbejde nr. 6). Af de 18 mænd med mindst én tvangsindlæggelse havde 3 en alkoholbidiagnose, og af de 10 kvinder havde to haft et episodisk hash- og alkoholmisbrug, uden at der dog klinisk kunne påvises sammenhæng mellem dette og tvangsindlæggelserne. I hele kohorten havde 15% af mændene alkoholisme som hoveddiagnose og 24% som bidiagnose. Blandt kvinderne havde 15% ligeledes en hoveddiagnose af alkoholisme, mens 14% havde en bidiagnose af alkoholisme. 10 mænd og 7 kvinder fik behov for abstinensbehandling under første indlæggelse. Ingen af dem var blevet tvangsindlagt. Der er således intet, der tyder på, at alkohol spiller en væsentlig rolle ved tvangsindlæggelserne i Grønland. Voldelig adfærd ved beruselse medfører derimod ofte anbringelse i detention.

Jfr Hellons sammenlignende undersøgelse af canadiske indfødte og hvide førstegangsinlagte psykiatriske patienter i 1923-63, p. 21, i hvilken eskimoerne havde den højeste forekomst af voldelig adfærd (60% af alle patienter mod 30% af andre indfødte og 16% af hvide). Eskimoerne var dengang den gruppe, der havde færrest tegn på akkulturation og færrest med promiskuitet og kriminalitet. De patienter, som havde vrangforestillinger med indhold fra den traditionelle eskimokultur, havde ikke mindre tendens til voldelig adfærd end de øvrige.

Anvendelse af tvangsmidler under indlæggelserne

De tvangsmidler, der er til rådighed ved behandling af sindssyge patienter, er anbringelse i lukket afdeling, bæltefixation og tvangsmedicinering, samt nægtelse af udskrivning.

Tabel 37 i arbejde nr. 6, p. 61, viser antallet af indlæggelser, opdelt efter, om de helt eller delvist har fundet sted på lukket afdeling, og om der er sket bæltefikseation under indlæggelsen. 586 af de 687 indlæggelser har udelukkende fundet sted i åben afdeling. Bæltefikseation har fundet sted under 70 indlæggelser, 10% af alle indlæggelser. Heraf er de 43 sket under ophold i åben afdeling på DIH/A1, som ikke råder over et lukket afsnit. De indlæggelser i lukket afdeling på psykiatrisk hospital i Danmark, der højst har været en uge, har ikke været forbundet med fikseation, hvilket taler for, at antallet af bæltefikseationer kunne nedbringes, såfremt DIH/A1 rådede over et lukket afsnit. Men jo længere tid ud over en uge opholdet i lukket afdeling har været, jo flere har også været bæltefikseret under indlæggelsen.

Nægtelse af udskrivning

En formel tilbageholdelse af patienter, der har forlangt sig udskrevet, er sket i 13 tilfælde. Heraf skete de 8 under indlæggelse på DIH, fire på AHV og to på anden psykiatrisk afdeling i Danmark. To mænd blev tilbageholdt under to indlæggelser, resten kun under en. 8 af de 13 indlæggelser, som medførte tilbageholdelse, var sket frivilligt, men kun en af de i alt 11 patienter, som var blevet tilbageholdt, blev ikke på noget tidspunkt i undersøgelsesperioden tvangsindlagt. Tilbageholdelserne er fordelt over hele undersøgelsesperioden, 1 - 2 om året. Alle de mænd, der blev tilbageholdt, tilhørte skizofrenikohorten, mens en kvinde var manio-depressiv og en havde en personlighedsforstyrrelse med både selvdestruktive og psykosomatiske symptomer. For de fleste var grundlaget for tilbageholdelse både, at de var til fare for sig selv og andre, og at iværksættelse af behandling var fundet af afgørende betydning for patientens helbred.

Er der for mange tvangsindlæggelser i Grønland?

Sammenlignet med Danmark og Færøerne er der i hvert fald et overforbrug af tvangsindlæggelser. Kan det have sammenhæng med de få senge, der anvendes til psykiatriske patienter, som foreslået af Engberg (1991)? Fig. 1, p. 30, viser, at det lavere sengeforbrug for grønlændere skyldtes, at færre ældre lagde beslag på psykiatriske senge. Og ingen af den aldersgruppe er blevet indlagt ved tvang. For de 15-24 årige var der et større forbrug af sengepladser blandt grønlandske patienter end det gennemsnitlige danske.

En del af det også efter korrektion for dobbeltregistreringer høje antal tvangsindlæggelser i Grønland må forstås i sammenhæng med de geografiske og trafikale forhold. Patienter, som er bosiddende uden for Nuuk, må som regel transporteres med fly, hvad enten de indlægges på DIH i Nuuk eller i Danmark. For at gennemføre en sådan transport på betryggende måde må der være lovlig mulighed for at anvende den nødvendige magt i tilfælde af forstyrret, potentielt farlig adfærd. Hvis patienten accepterer overflytningen, hvad han som oftest gør, men tilstanden er så præget af psykosen, at det er vanskeligt at vurdere, om han er i stand til at tage stilling og fastholde sin beslutning, kan der også være en vis risiko for, at han fortryder og efter ankomsten til Kastrup nægter at lade sig indlægge. Det vil være overordentlig vanskeligt at starte en tvangsindlæggelsessag under medvirken af en ukendt vagtlæge i Kastrup lufthavn, og risikoen for, at patienten eskaperer uden at være i stand til at klare sig på egen hånd, er ikke ubetydelig. Det betyder, at en patient, som i Danmark, hvor transporten er kortvarig, vil kunne indlægges frivilligt, selv om betingelserne for en tvangsindlæggelse ville være opfyldt, såfremt han modsatte sig indlæggelsen, i Grønland må indlægges med tvang, såfremt hans tilstand kan blive til fare under transporten, også hvis han er motiveret for indlæggelsen på det tidspunkt, hvor den indledes. Hvor stor en andel af tvangsindlæggelserne, der sker på dette grundlag, kan ikke vurderes ud fra de foreliggende oplysninger. Men for alle patienterne, frivilligt og tvangsindlagte, gælder, at de direk-

te årsager til indlæggelsen, som var anført i journalerne, for 53% af alle mændene og 42% af alle kvinderne var selvmordstrusler eller -handlinger og/eller voldstrusler eller handlinger.

Der kan næppe være tvivl om, at en forbedring af den psykiatriske service, dels med hensyn til forbedring af behandlingstilbud i distrikterne, dels med mulighed for at beholde patienterne i Grønland under skærmede forhold vil kunne nedbringe antallet af tvangsindlæggelser, således som diskussionen hos Engberg (1991) lægger op til.

5.3.3. Psykisk abnorme lovovertredere og den grønlandske kriminallov

Retstilstandene i det traditionelle eskimosamfund er behandlet i arbejde nr. 1, p. 12-13. Goldschmidt (1980) har anvendt udtrykket "Den arktiske fredsmode" om det at undgå, at modsætninger udvikle sig til skade for den økonomiske solidaritet og for solidaritetsbevidstheden i de små samfund, hvor man også efter voldsomme begivenheder fortsat var overladt til hinanden uden ydre myndigheder. Kravet om fredeligt samvær sattes over kravet om, at folk skal opføre sig ens og i det hele taget være konforme med hinanden og med et eller andet system af normer (Goldschmidt 1980). Trommestriden (arb. nr. 1, p. 12) illustrerer håndtering af endog alvorlige konflikter: Det var en form for maskespil, hvor man inden for en veldefineret ramme kunne fremkomme med ellers uhørte fornærmelser, beskyldninger og selvforherligelse, altsammen i form af påstande, som ikke skulle dokumenteres, men fremsættes under munterhed, "for sjov". Angrebene skulle også modtages med godt humør. Modparten måtte ikke forsvare sig, kun svare med modangreb. Og seancen fortsatte, indtil den ene var gjort til grin eller blevet så vred, at han ikke kunne fortsætte. Tilhørernes reaktioner under seancen afgjorde, hvem der havde vundet. Den, der tabte, var skyldig i ikke at have udført sangduellen godt nok i forhold til modparten, men ikke i de fremsatte anklager. Dem blev der ikke taget stilling til. Hensigten var ikke at eliminere årsagerne til konflikt eller tage stilling til spørgsmål om ret eller uret, men at fastholde stabiliteten i samfundet. Mens vi i det moderne samfund søger at definere og afgrænse en konflikt og finde den skyldige i regelbrud og straffe ham, så var situationen her en ganske anden: enhver konflikt var et socialt problem, som hele samfundet delte og skulle leve med på en måde, som sikrede det sårbare samfund (Eckert & Newmark 1980).

Drab var tilladt i bestemte situationer (arb. nr. 1, p. 14). Blodhævn, altså gengældelse af visse drab var en social forpligtelse, der påhvilede nærmeste mandlige slægtning til den dræbte. Man kunne overtage en andens (fangst)lykke gennem et ritualiseret drab. Man kunne dræbe en person, hvis adfærd ansås for farlig for samfundet, oftest en *ilisiitsok*, heks. Isimmardik (arbejde nr. 1 p. 14) var en kendt drabsmand, som vi i dag ville betegne som i hvert fald i perioder sindssyg. Efter at han i adskillige år havde spredt skræk omkring sig, blev han dræbt ved baghold af en gruppe fangere i fællesskab. Det skete kort før kolonisationen af Østgrønland i slutningen af det 19. århundrede.

Begreberne kollektiv ret og brugsret hos eskimoerne er gennemgået af Petersen (1980). De førstankomne til en fangstlejr havde førsteret til at udnytte stedet, og senere ankomende kunne først slå sig ned, når og hvis de blev budt velkomne. Sagnene fortæller om drab af enlige fangere, der var trængt ind på andres fangstfelt (Robert Petersen, personlig meddelelse). Førsteretten til et fangststed kunne nedarves i generationer, såfremt den fortsat blev udnyttet. Helt op i vore dage har denne ret været (forsøgt) håndhævet, selv om mange måtte opgive den, når familiens medlemmer havde fået fast lønarbejde. Ejendomsret i vor forstand eksisterede ikke. Hvis man havde noget, en anden ønskede sig, var det vanskeligt at afslå en anmodning om at få det (Briggs 1970). Til gengæld gjorde frygten for at få et afslag mange tilbageholdende med at bede om noget, en indstilling som præger lidt ældre grønlandere den dag i dag.

Med etablering af en fastboende europæisk befolkning ved koloniseringen af Grønland kom retsopfattelsen efterhånden under pres udefra. I arb. nr. 1 p. 28 er gjort rede for denne udvikling. Kolonisterne hørte under dansk lov og i tilfælde af alvorlige forbrydelser blev de sendt til retsforfølgelse i Danmark. Mindre forseelser blev afgjort af lokale myndigheder. For forhold, der kun vedrørte grønlændere indbyrdes, var indstillingen i hvert fald de første mange år, at de var kolonisorerne uvedkommende. En undtagelse udgjorde dog drabene, som missionen måtte bekæmpe, om end på forskellig måde, afhængigt af de enkelte missionærer og administratorers indstilling og syn på befolkningen. Gad (1974) omtaler et drab i Vestgrønland i 1795, hvor eskimisk retsopfattelse stødte voldsomt sammen med den tids europæiske retsopfattelse, som endda blev håndhævet uden forsøg på at forstå baggrunden for den grønlandske adfærd, et eksempel på hvad vi i dag betegner som en etnocentrisk holdning (Kangeqmordet, arbejde nr. 1, p. 16) og et andet tilfælde, hvor myndighederne håndterer situationen mere følsomt (Dalagerdrabet, arbejde nr. 1, p. 16-17). Efterhånden trængte den kristne opfattelse af drab som en synd ind og i 1901-30 blev der ifølge kirkebogsudskrifter ikke registreret drab på voksne. Derimod blev der begået to tilfælde af drab på nyfødte, begge født uden for ægteskab. (Oldendow 1931, cit efter Bertelsen 1935).

I kolonitiden oprettedes lokale domstole, lægmandsretter med lige mange danske og grønlandske domsmænd under forsæde af den danske regerings repræsentant i Grønland, inspektøren, eller hans stedfortræder, den lokale sysselmand. Alle sager, der vedrørte grønlændere, blev behandlet her. Der var kun ganske få skrevne love. Retterne dømte på grundlag af, hvad de fandt ret og rimeligt, og dommene var i princippet inappellable (Brøndsted 1996). Ved nyordningen efter 2. verdenskrig var ligestilling et nøgleord i mange sammenhænge, og den hidtil gældende dobbeltthed i retstilstanden var ikke længere holdbar. Fremfor at overføre den danske straffelovs bestemmelser på grønlandske forhold besluttede man at skabe et retssystem, der byggede på den traditionelle grønlandske kultur, hvilket repræsenterede ”a significant departure from colonial practice” (Griffith 1996). I dag næsten 50 år senere er det grønlandske retssystem genstand for betydelig interesse i de øvrige eskimoområder på grund af sin banebrydende nytænkning. Før lovgivningens gennemførelse blev et meget grundigt forarbejde igangsat, indledt med Den juridiske ekspedition i 1949 (arbejde nr. 1, p. 28-29). En retsplejelov gældende for alle bosat i Grønland trådte i kraft i 1951 (Ministeriet for Grønland 1982) og en grønlandsk kriminallov i 1954 (Justitsministeriet 1979). Den grønlandske kriminallov adskiller sig fra den danske straffelov først og fremmest derved, at der ikke er fastsat strafferammer for de enkelte forbrydelser; den opererer ikke med udtrykket straf, derimod foranstaltninger, som under hensyn til gerningens beskaffenhed og den sigtedes personlige forhold kan tjene til modvirkelse af ny kriminalitet. Den bærende idé var, at den lokale kredsret ud fra sit kendskab til sigtede og til samfundet kunne nå frem til den mest hensigtsmæssige foranstaltning. Der er ikke afgørende forskelle på, hvilke gerninger, der er kriminaliseret i Grønland og Danmark, dog er forbrydelserne ikke så detaljeret opdelt som i den danske straffelov, hvilket betyder en forenkling af de juridiske spørgsmål.

Det var den juridiske ekspeditions opfattelse, at sindssygdhed og åndssvaghed spillede en ringe rolle som kriminogene faktorer. Den første udgave af kriminalloven indeholdt da heller ingen bestemmelser om psykisk abnorme lovovertrædere. I enkelte tilfælde gav de dog anledning til store problemer, fordi man ikke havde midler til at håndtere sværere psykisk abnormitet (Arbejde nr. 1 p. 28-29).

Lovene trådte i kraft samtidig med, at samfundet undergik den voldsomme moderniseringsproces, som er beskrevet tidligere. Moderniseringen medførte blandt andet en langt større mobilitet i samfundet, således at man ikke altid kunne påregne, som forudsat, at kredsretten havde kendskab

til den sigtede og hans forhold på forhånd. Moderniseringen medførte også en voldsom stigning i kriminaliteten og en ændring af kriminalitetsmønstret og gerningsmændenes reaktionsmåder. Der viste sig behov for særlige forholdsregler for de psykisk abnorme lovovertrædere, såvel de sindssyge som de personlighedsafvigende, og ved den første lovrevision 1963 blev der indført mulighed for at foretage personundersøgelse af sigtede i alvorlige tilfælde, ligesom der blev indført en bestemmelse, der gav det lovmæssige grundlag for anbringelse af psykisk abnorme lovovertrædere på institution i Danmark.

Kriminalloven opererer ikke med begreber som tilregnelighed eller strafegnhed, og retten skal således ikke tage stilling til, om en skyldig skal være straffri på grund af sindssygdom, men for sindssyge såvel som andre lovovertrædere skal retten idømme foranstaltninger, som er hensigtsmæssige til forebyggelse af ny kriminallitet. I tilfælde af psykisk sygdom eller abnormitet har retten særligt brug for vejledning med hensyn til den mest formålstjenlige foranstaltning, både af hensyn til den syge og hans behandling og for at undgå fejlanbringelser på institutioner, som ikke har forudsætninger for at behandle ham. Såfremt der er tvivl om en sigtets tilregnelighed, skal der i henhold til den grønlandske retsplejelov foretages en retslig mentalundersøgelse. I løbet af 1960'erne og 70'erne steg behovet for mentalundersøgelser og særlige foranstaltninger for psykisk abnorme lovovertrædere meget stærkt.

Lyng & Køster (1985) har gennemgået den grønlandske kriminallovs nugældende bestemmelser vedrørende foranstaltninger over for psykisk abnorme lovovertrædere. De mest vidtgående foranstaltninger over for sindssyge lovovertrædere er dom til anbringelse på psykiatrisk hospital, herunder den landsdækkende Sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland. Men i øvrigt er der mulighed for såvel i den oprindelige dom som senere i takt med, at tilstanden bedres, at idømme psykiatrisk behandling med gradvist aftagende sikkerhedsforanstaltninger, fra behandling under indlæggelse, ambulant på psykiatrisk hospital, til ambulant behandling ved lokal distriktslæge eventuelt under tilsyn af kriminalforsorgen. Den anden hovedgruppe psykisk abnorme lovovertrædere er de personlighedsafvigende, som ikke anses for at have samme behov for hospitalsbehandling, som de sindssyge, men som har dokumenteret farlighed, og som på grund af deres personlighedsafvigelse har svært ved at indpasse sig i en åben anstalt i Grønland, eller som det af sikkerhedsmæssige årsager ikke er tilrådeligt at anbringe i en anstalt i Grønland. Den persongruppe kan idømmes anbringelse i "lægeligt ledet anstalt under kriminalforsorgen i Danmark", i praksis Anstalten ved Herstedvester.

5.3.4. Retspsykiatriske patienter i kohorten af førsteindlæggelser 1980-83 (arbejde nr. 6)

I undersøgelsen af alle førstegangsinlæggelser i årene 1980-83 (kohorten beskrevet p 31) havde 27 mænd og 9 kvinder mindst én indlæggelse i forbindelse med begået alvorlig kriminalitet. Heraf blev 23 af mændene og 8 af kvinderne indlagt første gang i forbindelse med den alvorlige kriminalitet, mens 4 mænd og 1 kvinde blev indlagt første gang, før kriminaliteten blev begået. En af mændene begik voldtægt under udgang fra hospitalet, hvor han havde været indlagt igennem flere år for skizofreni. For de fleste mænd var der tale om en række alvorlige forbrydelser, ofte helt fra 16-17 års alderen, og ofte inden for forskellige områder som drab(sforsøg) voldtægt, kønsligt forhold til børn, ildspåsættelse, altså en hvad angår kriminalitet meget tung gruppe.

Kvinderne udgjorde en mere ensartet gruppe. Syv havde begået drab eller drabsforsøg, én vold og én trusler af særlig alvorlig karakter. For alle på nær én var kriminaliteten familierelateret, og i alle tilfælde var den reaktion på langvarige konflikter og følelsesmæssigt pres.

Diagnoserne for de retsligt foranstaltede mænd var i 4 tilfælde skizofreni, 1 reaktiv depressiv psykose, 1 psykose udløst af hashmisbrug, 17 personlighedsforstyrrelse, heraf de 11 umoden personlighed, 1 havde en ikke-psykotisk forstyrrelse efter langvarig hormonbehandling, 1 kronisk alkoholisme, 1 oligofreni af lettere grad og 1 psykisk forstyrrelse af usikker natur.

Af de 9 kvinder havde 3 en psykose, heraf 1 manio-depressiv, 1 reaktiv depressiv psykose og 1 psykose af usikker natur (obs for skizofreni), 3 fik diagnosen personlighedsforstyrrelse af karakterneurotisk art, 1 depressiv neurose, 1 episodisk alkoholisme og 1 affektreaktion.

Foruden den ene hoveddiagnose alkoholisme fik 12 mænd og 2 kvinder en alkoholdiagnose sekundært til anden psykiatrisk diagnose.

Eksempler på sygehistorier:

Sygehistorie nr. 8. Mand indlagt til mentalobservation 18 år gl efter forsøg på voldtægt både mod voksen kvinde og mod barn. Ved observationen fandtes han ikke psykotisk, men med umoden personlighedsforstyrrelse. Han fik dom til anbringelse i kriminalforsorgens ungdomspension op til et år. Der foreligger ingen oplysninger om opholdet, men kort efter løsladelsen begik han drabsforsøg. Sigtelsen blev senere ændret uforsvarlig omgang med farlige ting, hvilket medførte genanbringelse i ungdomspensionen. Han var nu klart psykotisk, blev tvangsindlagt i Amtshospitalet i Vordingborg henhold til sindssygeloven. Efter 7 måneders indlæggelse blev han atter udskrevet og genanbragt i ungdomspension uden domsændring. Udskrivningsdiagnosen var reaktiv psykose, obs for skizofreni. Efter et halvt års tid atter indlagt et par måneder, denne gang på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, hvorfra udskrivningsdiagnosen blev skizofreni. Kriminalforsorgens tilsynsperiode var udløbet, og der ses ikke at have været iværksat særlige foranstaltninger efter indlæggelsen udover sædvanligt tilbud om ambulans behandling. 2 år efter denne udskrivelse fik han dom til anbringelse i psykiatrisk hospital i Danmark efter at have begået voldtægt og vold i psykotisk tilstand. Under psykofarmakologisk behandling stabiliseredes tilstanden, så behandlingen kunne fortsættes på åben afdeling i Grønland med langsom udslusning til ambulans psykiatrisk behandling og beskyttet bolig. Ved efterundersøgelsen oplyste han, at han tidligere havde haft et massivt hashforbrug. Først da han var ophørt med at ryge hash fik han det efter eget udsagn godt. Der var dog fortsat mindre recidiver af paranoide forestillinger, som opstod i forbindelse med (ikke aftalt) ophør med medicin og i disse perioder svandt sygdomserkendelsen. Ved PSE-10 rating var der formelt god Kooperation. Patienten benægtede ethvert symptom og fik ingen diagnose for nuværende tilstand. Ved rating for lifetime before erkendte han både anden og tredje persons stemmer, havde været dirigeret f.eks. til tyverier. Andre sjæle var kravlet ind i hans tanker, men nu var de skubbet ud igen. ICD-10 diagnose F20.0.

Sygehistorie nr. 9. Mand, 24 år gammel indlagt til mentalobservation på retspsykiatrisk afdeling i Danmark. Han var født uden for ægteskab, havde aldrig kendt sin far. Voksede op hos mormoderen, til hun døde, da han var 8 år. Flyttede til moderen, som var gift i Danmark, men savnede mormoderen. Trods stabile hjemlige forhold stigende problemer. Familien flyttede tilbage til Grønland, da han var 12 år. Han begyndte tidligt at drikke, blev bortvist fra ungdomsskolen etc. 17 år gl. dom til ungdomspension efter drabsforsøg. Efter talrige domme for tyverier, hærværk og ildspåsættelse anbragt i Anstalt for domfældte i Grønland. 24 år gl begik han fuldbyrdet drab uden klart motiv. Under mentalobservationen svært eksplosiv. På baggrund af svær personlighedsforstyrrelse dom til anbringelse i Anstalten ved Herstedvester. Efter 3 år her blev han overflyttet til grønlandsk anstalt, og efter yderligere 3 år løsladt

på prøve. Ved efterundersøgelsen ingen psykiske problemer. Intet kriminelt recidiv, var vel-fungerende med godt forhold til familien. Havde fast arbejde.

Sygehistorie nr. 10. Mand indlagt DIH/A1 til mentalobservation efter at have dræbt sine to småbørn og forsøgt selvmord ved at skyde sig i ansigtet. Ingen oplysninger om tidligere psykiske problemer eller misbrugsproblemer. Diagnose reaktiv depression udløst af ægteskabsforlis. Fik dom til anbringelse på psykiatrisk hospital, om fornødent i Danmark. Efter 1 år ændredes dommen til psykiatrisk behandling, under indlæggelse eller ambulat. Han gennemgik mange rekonstruktionsoperationer af det sønderskudte underansigt. Fik arbejde og blev genetableret i egen bolig, hvor han tilsyneladende klarede sig godt. 36 år gammel, 4 år efter drabene, begik han selvmord ved skud gennem brystet

Sygehistorie nr. 11. Mand 29 år gl. Efter drabsforsøg tvangsindlagt på psykiatrisk hospital i Danmark som farlig for andre efter drabsforsøg. På hospitalet begik han et alvorligt overfald på en medpatient, hvorefter han blev overflyttet til Sikringsanstalten til mentalobservation. Siden 17 års alderen mange kriminallovsovertrædelser, herunder tyveri, hærværk, kønsligt forhold til børn, dokumentfalsk, brandstiftelse, brugstyveri, spirituskørsel mm. Han havde tidligere haft dom til ophold hos en fisker, 2 gange til anbringelse i anstalt for domfældte; desuden bøder, alt sammen uden at spørgsmålet psykisk lidelse havde været rejst, hverken før eller under retssagerne. Ved mentalobservationen diagnosticeredes skizofreni, og han fik dom til anbringelse i Sikringsanstalten. Under psykofarmakologisk behandling bedredes tilstanden meget, men under indtryk af udsigten til fortsat længe tids tvungen anbringelse i psykiatrisk hospital i Danmark begik han 3 år senere selvmord i Sikringsanstalten

Sygehistorie nr. 12. Kvinde indlagt til mentalobservation 19 år gl. efter at have dræbt sin broder. Under opvæksten, og især efter moderens død blev hun tyranniseret af den pågældende broder, der var drikfældig, ofte voldelig, og jævnligt truede med at smide hende ud af hjemmet. Ved observationen virker hun tungt begavet, havde svært ved at overskue sin situation. Fik dom til anbringelse i socialpædagogisk institution, men havde problemer med at tilpasse sig. Flyttede derefter sammen med voldelig partner. Hun forsøgte forgæves at frigøre sig fra ham, hvorefter hun dræbte ham. Fik omkring efterundersøgelsestidspunktet dom til anbringelse i anstalt for domfældte i Grønland.

Sygehistorie nr. 13. Mand mentalobserveret 20 år gl. i Sikringsanstalten efter tilsyneladende umotiveret makabert drab. Ifølge erklæringen "forsømt og forkvaklet opvækst". Ikke sindssyg, men skizoid personlighed. Dom til anbringelse i Anstalten ved Herstedvester. Efter 6 år, hvoraf de to under friere forhold i grønlandsk anstalt, løsladt på prøve. Ved efterundersøgelsen virker han fuldt resocialiseret. Har kone og børn, fast arbejde, egen bolig,

Tabel 43 i arbejde nr. 6 viser de idømte foranstaltninger og eventuel senere recidivkriminalitet. Ingen af de mænd, der fik dom til anbringelse eller behandling på psykiatrisk hospital har begået senere kriminalitet. Derimod har én af de tre, der blev anbragt i Anstalten ved Herstedvester, og 8 af 14 i anstalt i Grønland, begået ny alvorlig kriminalitet, hvilket medførte, at yderligere 3 fik dom til anbringelse i Herstedvester og én i psykiatrisk hospital. Alt i alt har der af den 4 årige kohorte været 6 mænd anbragt i Herstedvester og 5 i psykiatrisk hospital. Det svarer til 3 nye anbringelser på dansk institution om året i denne periode. Der er tale om tidsubestemte, ofte meget lange anbringelser. De retslige patienter udgjorde 19% af alle kohortens mænd, men de beslaglagde 28 % af det samlede sengedagsforbrug, og 38% af sengedagsforbruget på psykiatrisk

hospital i Danmark. For kvindernes vedkommende udgjorde de retslige patienter 6% af kohorten af førsteindlæggelser, men 33% af alle indlæggelser i Danmark. De beslaglagde 13% af det samlede sengedagsforbrug, men 21% af sengedagsforbruget i Danmark. Det drejer sig således om en meget ressourcekrævende gruppe patienter.

Det retspsykiatriske område afspejler dybtgående ændringer i de mellem menneskelige relationer i Grønland i løbet af de 30 - 35 år, der er gået mellem den juridiske ekspeditions undersøgelser i 1949 og dannelsen af den psykiatriske undersøgelseskohorte 1980-83. Dels ser vi nu meget voldsom og farlig kriminalitet begået af sindssyge, hvis sygdom i nogle tilfælde slet ikke var kendt, før kriminaliteten blev begået, i andre ikke tilstrækkeligt behandlet. Men to af sygehistorierne minder os også om, at selv svært afvigende, tilsyneladende psykopatisk adfærd, ikke altid er udtryk for en permanent personlighedsforstyrrelse.

6. RESUMÉ

Den grønlandske befolkning adskiller sig både genetisk og hvad angår historie, kultur og levevilkår på mange måder fra den danske, men samtidig har Grønland et sundhedsvæsen, herunder en psykiatrisk service, der bygger på danske traditioner, hvilket gør sammenlignende undersøgelser af sygdomsforekomster særligt interessante. Disse forskelle gør det også særligt vedkommende at inddrage kultur og samfundsforhold i undersøgelserne.

Afhandlingens hovedformål har været at beskrive og analysere forekomsten af skizofreni og manio-depressiv psykose i den grønlandske befolkning og herunder afklare

- a) hvorvidt disse sygdomskategorier, således som de er beskrevet i WHO's International Classification of Diseases, og som de er anvendt i Danmark og i Grønland, fungerer tilfredsstillende anvendt på grønlandske psykiatriske patienter,
- b) om forekomsten og forløbet af skizofreni og manio-depressiv psykose i Grønland er sammenlignelig med forekomsten i andre befolkninger.
- c) Dernæst at undersøge, hvorvidt der kan påvises sammenhæng mellem opvækstvilkår og (former for) psykisk lidelse hos de psykiatriske patienter.
- d) Undersøge mortaliteten, herunder selvmordsmortaliteten hos de grønlandske psykiatriske patienter sammenlignet med mortaliteten i den almene befolkning.
- e) Endelig at undersøge psykiatriens opgaver i forhold til afvigende og farlig adfærd i Grønland, dels i henhold til lovgivningen vedrørende sindssyge personers hospitalsophold, dels i henhold til den grønlandske kriminallov og retsplejelov.

Afhandlingen indledes med en gennemgang af træk af den grønlandske befolknings kulturelle og sociale historie fra det traditionelle eskimosamfund til nutiden med det formål at finde vidnesbyrd om afvigende, bizar adfærd og adfærds kontrol, om synet på liv og død, om værdsatte og misbilligede former for opførsel mennesker imellem etc. Desuden undersøges, på hvilke måder kolonisation, kristendom og senest moderniseringen af landet har ændret tilværelsen i Grønland.

Inden for denne ramme for forståelse af de fænomener, der kommer til udtryk i psykiske sygdomme og i mere diffuse former for psykisk dysfunktion, er svarene på de ovennævnte spørgsmål søgt. Det betyder ikke en underkendelse af, at biologiske, herunder genetiske forhold i den grønlandske befolkning, har betydning for de undersøgte fænomener.

To hovedundersøgelser indgår i afhandlingen: dels en historisk prospektiv follow-up undersøgelse af en kohorte bestående af fire års hospitaliseringsincidenter psykiatriske patienter, dels en

anonym longitudinel registerundersøgelse, der omfatter 20 års hospitaliseringsincidente patienter. Diagnoserne skizofreni og manio-depressiv psykose er ved efterundersøgelsen vurderet med standardiserede interviews, og sygdomsforløb m.v. registreret med internationalt anerkendte instrumenter.

Resultater

Det formaliserede psykiatriske interview (PSE-10) fungerede lige så godt over for grønlandske som danske psykiatriske patienter. De på grundlag heraf udarbejdede diagnoser havde god overensstemmelse med de kliniske diagnoser. Og undersøgernes subjektive fornemmelse af, at spørgsmålene gav mening for patienterne, hvoraf nogle var svært psykotiske, var på højde med tilsvarende oplevelser ved undersøgelse af danske patienter.

Sammenlignet med danske opgørelser fandtes hospitaliseringsincidensen for skizofreni høj for grønlandske mænd, men nogenlunde ens for grønlandske og danske kvinder. Gennemsnitsalderen ved 1. indlæggelse var 22 år for både mænd og kvinder. Det er 6 år lavere end for danske mænd og 10 år lavere end for danske kvinder. Risikoen for at blive indlagt med skizofreni før 55 års alderen adskilte sig ikke væsentligt fra danske eller internationale undersøgelser, for mænd hhv. 1 og 1,2% og for kvinder 0,3 og 0,6% i de grønlandske undersøgelser. Hverken med hensyn til antal og varighed af genindlæggelser 7 år efter første indlæggelse, eller klinisk og socialt outcome, gik det de grønlandske patienter bedre end tilsvarende danske undersøgelser og heller ikke bedre end dem, det gik dårligst i WHO's internationale undersøgelser. Med andre ord: Første indlæggelse i ung alder og høj M/K ratio var i overensstemmelse med mønstret i u-landene, mens overvejende kronisk forløb svarede til det, man finder i de industrialiserede lande.

For manio-depressiv psykose fandtes omvendt lav hospitaliseringsincidens sammenlignet med en dansk undersøgelse, men det beroede alene på lave rater for unipolar sygdom. For bipolar sygdom var hospitaliseringsincidensen nogenlunde ens for danske og grønlandske mænd, mens den var dobbelt så høj for grønlandske som for danske kvinder. Den kliniske og sociale tilstand på efterundersøgelsestidspunktet var i overensstemmelse med andre forløbsundersøgelser.

Hvad angår forholdene under opvæksten, så havde opvæksthjemmet været præget af alkoholmisbrug og disharmoni for næsten halvdelen af de psykiatriske patienter set under ét. For de unge under 25 år havde 2/3 haft problemer i opvæksten. Andre undersøgelser fra Grønland tyder på, at yngre i det hele taget langt hyppigere end ældre er vokset op med alkoholproblemer i hjemmet. For de psykiatriske patienter drejer det sig dog oftere om alvorlige problemer. Særligt hyppigt har patienter med en diagnose af personlighedsforstyrrelse haft problemfyldte opvækstvilkår, uanset i hvilken alder de blev indlagt første gang. Derimod adskilte de skizofrene patienter sig ikke med hensyn til opvækstforhold fra andre psykiatriske patienter.

Vedrørende selvmord: Mens selvmord før 2. verdenskrig var ekstremt sjældent og helt overvejende blev begået af sindssyge, er der sket en dramatisk stigning i antallet fra omkring 1970. 20-24 årige mænd har de højeste rater, i 1990erne omkring 6 per 1000. Antallet af psykisk lidende blandt dem, som har begået selvmord, er næppe væsentligt forskelligt fra danske opgørelser, men derudover er der en større gruppe, hvis selvmord er helt uvarslet og uventet, og dette selvmordsmønster ligner nutidens selvmordsmønster blandt inuit i Canada og Alaska, befolkningsgrupper, der i lighed med den grønlandske befolkning har gennemgået dybtgående samfundsændringer efter 2. Verdenskrig.

Anvendelse af tvang imod sindssyge i henhold til lovgivningen er i den hospitaliseringsincident-kohorte oftest sket over for unge mænd. Indlæggelsesårsagen, eller i hvert fald -anledningen har, også for dem, der indlægges frivilligt, ofte været vold eller trusler herom. De særlige bestemmelser vedrørende tvangsindlæggelser i Grønland, som er betinget af trafikale og geografiske forhold, er beskrevet, og baggrunden for i hvert fald en del af et påvist overforbrug af indlæggelser ved tvang er indkredset. Den i det følgende beskrevne forekomst af alvorlig kriminalitet begået i psykotisk tilstand tyder ikke på, at indlæggelsespraksis har været for liberal, måske tvært imod.

Sammenhæng mellem kriminalitet og psykisk lidelse i nutiden er belyst ved en analyse af andelen af retspsykiatriske patienter i den hospitaliseringsincident-kohorte. Alle, der får dom til anbringelse i psykiatrisk hospital eller i Anstalten i Herstedvester, har forud været indlagt til mentalobservation. I den fireårige kohorte udgjorde patienter med personfarlig kriminalitet 19% af mændene og 6% af kvinderne. Blandt patienter med skizofreni udgjorde de retslige patienter samme andel som for de øvrige diagnoser. 11 patienter, alle mænd, fik dom til anbringelse på institution i Danmark, heraf 1 i Sikringsanstalten, 4 i psykiatrisk hospital og 6 i Herstedvester, svarende til en årlig tilgang på 2-3 retslige anbringelser af grønlandske sindssyge og personlighedsforstyrrede patienter i Danmark i undersøgelsesperioden.

6.1. Konklusion

Skizofreni og manio-depressiv psykose findes i Grønland under former og forekomster, der er sammenlignelige med forholdene i Danmark og andre lande. Foruden veldefinerede psykiske sygdomme er der mange tegn på mere omfattende belastning af det psykiske helbred, herunder høj selvmordsforekomst og høj forekomst af alvorlig kriminalitet ved nogle former for psykiske forstyrrelser.

De meget voldsomme forandringer af det grønlandske samfund efter 2. Verdenskrig har medført dybtgående ændringer af den enkeltes livsbetingelser. Undersøgelserne tyder på, at unge mænd nu udgør en særligt udsat gruppe, både hvad angår risiko for at få en indlæggelseskrævende psykisk lidelse og risikoen for at dø ved selvmord.

6. 2. Abstract in English

The present thesis consists of 6 previously published studies and a recapitulation with background information about the Greenlandic society. The main objective of the investigation was to examine schizophrenia and manic-depressive psychosis in the Greenlandic population as for treatment incidence and outcome, and to clarify whether the categories of illnesses as described in the WHO International Classification of Diseases used in Denmark and Greenland, do work satisfactorily when utilized for Greenlandic patients. Other aspects of mental disorders in Greenland have been studied, i.e. conditions of life in childhood among adult psychiatric patients, mortality among psychiatric patients, especially from suicide, and finally psychiatry's engagements according to the legislation for involuntary commitment to mental hospitals and according to the Greenlandic Criminal Code.

The Greenlandic population is in many ways different from the Danish population, genetically as well as in its history, culture, and conditions of life. But the Greenlandic health service including the psychiatric service is based on Danish traditions, circumstances that make comparisons between the disease patterns in the two populations especially interesting.

The background information consists in a literature based description of ways of life in the Greenlandic society, from traditional Eskimo culture up to today. Evidence is presented about bizarre behaviour, mental disorders, view of life and death, valued and disapproved ways of conduct between people etc., in the traditional Eskimo culture, in the colonized and Christianized Greenland, and in a contemporary society with the profound social and economic changes that have taken place as a consequence of a large scale process of modernization.

A historical prospective clinical follow-up study of a cohort consisting of four years' first admitted psychiatric patients and a longitudinal register study covering 20 years' first admissions form the study populations.

Results: WHO's psychiatric interview, Present State Examination, was as applicable to Greenlandic as to Danish patients with a clinical diagnosis of schizophrenia or manic-depressive psychosis. The questions gave meaning to the psychotic patients, most of whom cooperated well.

The treatment incidence for schizophrenia (crude rates) was 40.5 for men and 22.5 for women per 100.000 persons 15 years and above. Mean age at first admission was 22 years with no sex difference. This pattern was similar to the pattern found in some developing countries in WHO's international studies, whereas the outcome at follow-up was characterized by a high proportion of seriously handicapped, similar to that found in the industrialized countries.

The treatment incidence (crude rate) for manic-depressive psychosis was 6.6 for men and 20.4 for women per 100,000 persons 15 years or more. The low rates especially for men concerned exclusively unipolar, depressive forms. Compared to a Danish study, Greenlandic men had equal incidence rates for bipolar forms, whereas Greenlandic women had double rates of Danish women.

About half of the patients in the person-identifiable cohort had had a childhood with disharmony and alcohol problems in the early home. Among those hospitalized before the age of 25 only one third had grown up with unproblematic conditions in the early home. Personality disordered had most often experienced problems in their childhood home, irrespective of their age at first admission.

Whereas suicide in the colonial era under the influence of Christianity was very seldom, a dramatic increase has taken place in the last 30 years. Highest rates were and are still seen among men 20-24 years old. Among the psychiatric patients the suicide rates were 3 - 4 times that of the general population. Comparable Danish figures showed a suicide mortality risk among psychiatric patients 11 - 12 times that in the general population.

Involuntary commitments formed 8 per cent of all admissions in the cohort study, 10 per cent of the male and 7 per cent of the female admissions. Geographical and traffical circumstances count for some of these figures, but a very high proportion of all voluntary admissions as well as involuntary was preceded by violent threats or acts and/ or suicidal threats or acts.

The legal situation is described with the focus on a high rate of violent and serious crime against persons, and the results of the forensic examinations of patients in the cohort are presented. 19 per cent of the men and 6 per cent of the women were subjected to a forensic examination either at the first or a later admission. In the study period 2-3 mentally disordered persons per year were sentenced to an institution in Denmark

Conclusion: Schizophrenia and manic-depressive psychosis are seen in Greenlanders with forms and occurrences comparable to these from Danish and international studies. Besides well-defined mental illnesses there are many indications that the mental health in Greenland is threatened, i.e. very high suicide rates among the young and rather frequent serious crime committed by mentally disturbed people.

7. REFERENCER

- Andersen S. Greenland Medical Bibliography. *Arct Med Res Rep* 1981; 29: 1-137.
- Andersen S. Greenland Medical Bibliography. København: Grønlandsmedicinsk Selskab. Supplement 1983: 1-126.
- Bertelsen A. Grønlandsk medicinsk Bibliografi. *Hospitalstidende* 1921; 28: 439-447.
- Bertelsen A. Grønlandsk Medicinsk Statistik og Nosografi I. Grønlands Befolkningsstatistik 1901-1930. *Meddr Grønland*. København: C.A. Reitzel 1935; 117: 1: 1-83.
- Bertelsen A. Grønlands Medicinsk Statistik og Nosografi II. Sundhedsvilkårene i Grønland. *Meddr Grønland*. København: C.A. Reitzel 1937; 117: 2: 1-248.
- Bertelsen A. Grønlands Medicinsk Statistik og Nosografi III. Det sædvanlige grønlandske sygdomsbillede. *Meddr Grønland*. København: C.A. Reitzel 1940; 117: 3: 1-234.
- Bertelsen A. Grønlands Medicinsk Statistik og Nosografi IV. Akutte Infektionssygdomme i Grønland. *Meddr Grønland*. København: C.A. Reitzel 1943; 117: 4: 1-244.
- Bertelsen A, Sartorius N, Fischer M, Nielsen JA, Munk-Jørgensen P. Presentations of methods and results from the WHO international studies on follow-up of severe psychoses. In: Guyotat J, ed. *Colloque sur les aspects actuels du suivi des psychoses au long cours. Des hypothèses á la thérapeutique*. Lyon 22 et 23 Avril 1988. Paris: Editions Medicales Specia 1989: 1-47.
- Berthelsen C, Jacobsen B, Petersen R, Kleivan I, Rischel J. Oqaatsit Kalaallisuumiit Qallunaatuumut. Grønlandsk Dansk Ordbog. Nuuk: Attuakkiorfik. Ilinniusiorfik 1997: 1-374.
- Bichel J. Koloniliv. København: H. Aschehoug & Co. 1925: 25-34.
- Bjerregaard P. Registration of causes of death in Greenland. In: de la Barre K. (ed.) *Proceedings. International Workshop on Population Issues in Arctic Societies*. Montreal: Université de Montréal, Department de demographie, Committée on Northern Population Research 1985a: 109-114.
- Bjerregaard P. Grønlandsk dødsårsagsregistrering. *Ugeskr Læger* 1985b; 147: 3742.
- Bjerregaard P. Validity of Greenlandic mortality statistics. *Arct Med Res* 1986; 42: 18-24.
- Bjerregaard P. Geographic variation of mortality in Greenland . Economic and demographic correlations. *Arct Med Res* 1990; 49: 16-24.
- Bjerregaard P. Disease pattern in Greenland: studies on morbidity in Upernavik 1979-80 and mortality in Greenland 1968-85. *Arct Med Res* 1991; 50 : Suppl. 4: 1-62.
- Bjerregaard P, Bjerregaard B. Disease pattern in Upernavik in relation to housing conditions and social group. *Meddr Grønland, Man & Society* 1985; 8: 1-18.

Bjerregaard P, Johansen LG. Mortality pattern in Greenland. An analysis of potential years of life lost 1968-83. *Arct Med Res* 1987; 46: 71-77.

Bjerregaard P, Curtis T, Senderowitz F, Christensen U, Pars T. Levevilkår, livsstil og helbred i Grønland. København: DIKEs Grønlandsskrifter 1995; 4: 1-155.

Bjerregaard P, Petersen HC, Lynge I, Senderowitz F. Sygdom og helbred i Grønland. København: DIKEs Grønlandsskrifter 1997; 7: 1-93.

Boag TJ. Mental health of native peoples of the arctic. *Can Psychiatr Assoc J* 1970; 15: 115-119.

Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock Publications 1979.

Breslow NE, Day NE. *Statistical Methods in Cancer Research Volume I - The Analysis of Case-Control Studies*. Lyon: IARC Scientific Publications No. 32, 1980.

Breslow NE, Day NE. *Statistical Methods in Cancer Research Volume II - The Design and Analysis of Cohort Studies*. Lyon: IARC Scientific Publications No. 82, 1987.

Briggs JL. *Never in Anger*. Thesis. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press. 1970: 1-379.

Briggs JL. Socialization, family conflicts and responses to culture change among Canadian Inuit. *Arct Med Res* 1985; 40: 40-52.

Briggs JL. Playwork as a tool in the socialization of an Inuit child. *Arct Med Res* 1990; 49: 34-38.

Briggs JL. Mazes of Meaning. How a Child and a Culture Create each Other. In: Corsaro WA, Miller PJ, eds. *Interpretative Approaches to Children's Socialization. New Directions for Child Development*. San Francisco: Jossey-Bass 1992; 58: 25-49.

Briggs JL. Why Don't You Kill Your Baby Brother? The Dynamics of Peace in Canadian Inuit Camps. In: Sponsel LE, Gregor T. (eds.) *The Anthropology of Peace and Nonviolence*. Colorado: Lynne Rienner, Boulder 1994: 155-181.

Briggs JL. Vicissitudes of attachment: Nurture and dependence in Canadian Inuit family relationships, old and new. *Arct Med Res* 1995; 54: Suppl. 1: 24-32.

Briggs JL. *Inuit Morality Play. The Emotional Education of a Three-Year-Old*. New Haven and London: Yale University Press. 1998: 1-275.

Brill AA. Piblokto or hysteria among Peary's Eskimos. *J Nerv Ment Dis* 1913; 40: 514-520.

Brockington IF, Kendell RE, Leff JP. Definitions of schizophrenia: concordance and prediction of outcome. *Psychol Med* 1978; 8: 387-398.

Bronfenbrenner U, Mahoney MA. Introduction. In: Bronfenbrenner U, Mahoney MA, eds. Influences on human development. Hinsdale, Illinois: Dryden Press 1975.

Brøndsted H. The Historical Development of the Greenlandic Judicial System. In: Jensen HG, A-gersnap T, eds. Crime, Law and Justice in Greenland. Copenhagen: New Social Science Mono-graphs 1996: 119-135.

Bugge A, Lyngé K, Fuglsang-Damgaard A, Nielsen F. Dansk-Grønlandsk Ordbog. København: Ministeriet for Grønland 1960: 1-739.

Carpenter ES. Witch-Fear among the Aivilik Eskimos. Am J Psychiatry 1953; 110: 194-199.

Carpenter E. Death Thruth, Live Myth. European Review of Native American Studies 1997, 11: 2: 27-29. Oversat til dansk af Rolf Gilberg: Døde sandheder og levende myter. GRØNLAND 1998; 5: 175-184.

Chance NA. The Eskimo of North Alaska. New York, Chicago, San Francisco, Toronto, London: Holt, Rinehart and Winston. 1966: 1 107.

Chance NA, Foster DA. Symptom Formation and Patterns of Psychopathology in a Rapidly Chang-ing Alaskan Eskimo Society. University of Alaska. Anthropological Papers of the University of Alaska. 1962; 11: 32-42.

Christensen U, Bjerregaard P. Greenland Medical Bibliography 1970-1995. Copenhagen: DIKEs Grønlandsskrifter. 1998; 10: 1-273.

Christiansen I-B. De "uforståelige" ungdomsselv-mord i Grønland. En kulturel analyse. Stencileret specialeopgave. Københavns Universitet 1990: 1-103.

Curtis T, Iburg KM, Bjerregaard P. Familie, børn og sundhed i Grønland. København: DIKEs Grønlandsskrifter 1997; 9: 1-65.

Danmarks Statistik. Kriminalretlige afgørelser i Grønland 1979-1988. Statistiske efterretninger. Social sikring og retsvæsen 1990;9:1-20.

Deister A, Marneros A. Predicting the long-term outcome of affective disorders. Acta Psychiatr Scand 1993; 88: 3: 174-177.

Direktoratet for Sundhed og Forskning. Redegørelse om hjemtagning af den psykiatriske behand-ling til Grønland. Nuuk: DSF J.nr. 45.37.00 1998: 1-76 +bilag.

Durkheim E. Själv-mordet Uppsala: Argos 1968: 1-268. (Overs. fra Le Suicide 1897).

Eaton WW. Epidemiology of Schizophrenia. Epidemiol Rev 1985; 7: 105-126.

Eaton WW. The Sociology of Mental Disorders. 2nd ed. New York, Philadelphia, Eastbourne UK, Toronto, Hong Kong, Tokyo, Sydney: Praeger 1986: 1-281.

- Eckert P, Newmark R. Central Eskimo Song Duels: A Contextual Analysis of Ritual Ambiguity. *Ethnol* 1980; 19: 2: 191-211.
- Ehrström MC. Medical Investigations in North Greenland. General Introduction. *Acta Medica Scand* 1951a; 140: 4: 239- 253.
- Ehrström MC. Medical Investigations in North Greenland 1948-49. II. Psychosomatic Neuroses. Incidence and Etiology. *Acta Medica Scand* 1951b; 140: 4: 254-264.
- Engberg M. Involuntary commitment in Greenland, the Faroe Islands and Denmark. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 353-356.
- Fortune R, Braund-Allen J, Alward J, Andress L, van den Top J. The Health of the Inuit of North America. A Bibliography From the Earliest Times Through 1990. *Arct Med Res* 1993; 52: Suppl. 8: 1-353.
- Foulks EF. The Arctic Hysterias of the North Alaskan Eskimo. In: Maybury-Lewis DH, ed. *Anthropological Studies* 10. Washington, D.C: American Anthropological Association 1972; 10: 1-162.
- Fremming KH. Sygdomsrisikoen for Sindslidelser og andre sjælelige Abnormtilstande i den danske Gennemsnitsbefolkning. Disputats. København: Munksgaard 1947: 1-278.
- Gad F. Fire detailkomplekser i Grønlands historie 1782-1808. Sammenstilling og fortolkning af materiale. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 1974: 1-282.
- Glahn HC. Missionær i Grønland Henric Christopher Glahns dagbøger for årene 1763-64, 1766-67 og 1767-68. In: Ostermann H, ed. *Det Grønlandske Selskabs Årsskrifter*. København: G.E.C. Gad 1921: 1-247.
- Goldberg D, Huxley P. *Common Mental Disorders - a Bio-Social Model*. London, New York: Tavistock, Routledge 1992: 1-193.
- Goldberg D, Williams P. *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-NELSON 1988: 1-129.
- Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and Outcome in Bipolar Affective Disorder: A Longitudinal Follow-up Study. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 379-384.
- Goldschmidt V. Fra uskreven til skreven kriminalret i Grønland. I: Beck S, Zahle H, Helms L, eds. *Temanummer Retfærd i Grønland*. RETFÆRD 1980: 116-129.
- Griffith CT. Crime, Law and Justice in the Circumpolar North: The Greenlandic Experience in a Comparative Context. In: Jensen HG, Agersnap T, eds. *Crime, Law and Justice in Greenland*. Copenhagen: New Social Science Monographs 1996: 7-24.
- Grove O, Lynge I. Suicides and attempted suicides in Greenland. *Acta Psychiatr Scand* 1973; Suppl. 243: 36-37.

Grove O, Lynge I. Suicide and attempted suicide in Greenland: A controlled study in Nuuk (Godthåb). *Acta Psychiatr Scand* 1979; 60: 375-391.

Grønland 1997 Kalaallit Nunaat. Statistisk Årbog. Nuuk: Grønlands Statistik 1997.

Gussow Z. Pibloktoq (Hysteria) Among the Polar Eskimo. In: Muensterberger W, Axelrad S, eds. *The Psychoanalytical Study of Society*. New York: 1960: 218-236.

Gussoq Z. Kayak-anxiety. *Int J Soc Psychiatry*. 1963; 9: 1: 18-26.

Hansen KG. Kajaksvimmelhed - Begrebshistoriske refleksioner over en særlig grønlandsk lidelse. In: Andreassen C, Jacobsen B, Thomsen H, Rygaard J, eds. *Grønlandsk Kultur- og Samfundsforskning 94*. Nuuk: Ilisimatusarfik/Atuakkiorfik. 1994: 36-65.

Hellon CP. Mental Illness and Acculturation in the Canadian Aboriginal. *Can Psychiatr Assoc J* 1970; 15: 2: 135-139.

Hrolv K. Nogle Undersøgelser over Sygdomsforholdene - med særligt Henblik på Tuberkulosen - og nogle Bemærkninger desangående i Upernavik Distrikt, Nordgrønland. *Hospitalstidende* 1927; 70: 37: 865-874.

Hutchinson G, Takei N, Fahy TA, Bhugra D, Gilvarry C, Moran P, Mallett R, Sham P, Leff J, Murray RM. Morbid Risk of Schizophrenia in First-Degree relatives of White and Afro-Caribbean Patients with Psychosis. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 776-780.

Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different countries. A World Health Organization Ten-Country Study. *Psychol Med* 1992; Monogr Suppl 20: 1-97.

Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 49 af 13. februar 1979. Bekendtgørelse af kriminallov for Grønland. København: Justitsmin. j.nr. L. A. 1978-20002-1.

Justitsministeriets Lov om sindssyge personers hospitalsophold sat i kraft i Grønland ved bekendtgørelse af lov nr. 259 af 27. maj 1981. København 1981.

Jørgensen B, Johansen LG, Roed S, Andersen JF, Nielsen F, Nielsen FK, Egelund B, Christensen R, Gam J, Baunsgaard P, et al. Voldsulykker i Grønland. *Ugeskr Læger* 1984; 146: 44: 3398-3401.

Kohn ML. The Interaction of Social Class and Other Factors in the Etiology of Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1976; 133: 2: 177-180.

Krarup G, Kristensen KS, Kvist J. Selvmord blandt børn og unge under 30 år. *Ugeskr Læger* 1988; 150: 48: 2956-2958.

Kraus R. Changing patterns of suicidal behavior in North Alaskan Eskimos. Read at the Second International Symposium on Circumpolar Health. Nordic Council for Arctic Medical Research. June 21-24, 1971 Oulu, Finland. (unpublished).

Kraus R. Eskimo suicide. Paper presented at a meeting of the American Psychiatric Association, Honolulu, Haway, May 1973.

Kraus R, Buffler PA. Sociocultural Stress and the American Native in Alaska: an Analysis of Changing Patterns of Psychiatric Illness and Alcohol Abuse Among Alaska Natives. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1979; 3: 2: 115-151.

Kreutzmann J. De to venner, der ikke kunne undvære hinanden. *Det Grønlandske Selskabs Årskrifter* 1951: 132.

Kromann N, Green A. Epidemiological Studies in the Upernavik District, Greenland. *Acta Medica Scand* 1980; 208: 401-406.

Kroeber AL, Kluckhohn C. *Culture: A critical review of concepts and definitions*. Cambridge, Mass.: Papers of the Peabody Museum 1952.

Køster A, Lyng I. En undersøgelse af alle mentalobservationer foretaget i henhold til den grønlandske kriminallov i femårsperioden 1978-83. *Nord Tidsskr Kriminalvidenskab* 1985: 249-262.

Køster A, Lund H, Rosendal A, Lyng I. Overførsel af psykiatriske patienter fra Grønland til Danmark 1978-82. *Ugeskr Læger* 1986; 148: 19: 1166-1171.

Landy D. 1985, Pibloktoq (hysteria) and Inuit nutrition: Possible implication of hypervitaminosis A. *Soc Sci Med* 21; 2: 173-185.

Leff J. *Psychiatry around the globe. A transcultural view*. New York, Bael: Marcel Dekker Inc. 1981.

Link B, Dohrenwend BP. Formulation of hypotheses about the ratio of untreated to treated cases in the true prevalence studies of functional psychiatric disorders in adults in The United States. I: Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Gould MS, Link B, Neugebauer R, Wunsch-Hitzig R, eds. *Mental illness in The United States*. New York: Praeger Publishers 1980; 6: 133-149.

Lyng I. Alkoholmisbrug I lægelig belysning. Bilag II til Ædruelighedskommisoinens betænkning 2. København: Mimeo 1971.

Lyng I. Alcohol problems in western Greenland. In: Shephard RJ, Itoh S, eds. *Circumpolar Health. Proceedings of the Third International Symposium on Circumpolar Health, Yellowknife, Northwest Territories, 8 - 11 July 1973*. Toronto and Buffalo: University of Toronto Press. 1976: 543-548.

Lyng I. Suicide in Greenland. *Arct Med Res* 1985; 40: 53-60.

Lyng I. Suicide in Greenland. In: Pétursdóttir G, Sigurdsson SB, Karlsson MM, Axelsson J, eds. *Circumpolar Health 93. Proceedings of the 9th International Congress on Circumpolar Health, Reykjavik, June 20-25, 1993*. *Arct Med Res* 1994; 53: 2: 551-554.

Lyng I. A keynote on family health. *Arct Med Res* 1995a; 54: Suppl.1: 7-10.

Lyng I. Mental disorders and conditions of life in childhood among Greenlanders. *Arct Med Res* 1995b; 54: Suppl. 1: 60-67.

Lyng I. Vold og selvmord i Grønland - er der en fællesnævner? In: Bjerregaard P, Kern P, eds. *NUNA MED '94 - en grønlandsmedicinsk konference*. Nuuk, Greenland: Grønlandsmedicinsk Selskab og Grønlands Lægekredsforening 1995c: 58.

Lyng I. Mental disorders in Greenland. Past and Present. *Meddr Grønland, Man & Society* 1997; 21: 1-73.

Lyng I, Køster A. Den grønlandske kriminallovs bestemmelser vedrørende foranstaltninger over for psykisk abnorme lovovertrædere. *Nord Tidsskr Kriminalvidenskab* 1985: 243-248.

Lyng I, Jacobsen J. Schizophrenia in Greenland: a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 414-422.

Malaury J. De sidste konger i Thule. Polareskimoerne og deres skæbne. 3rd ed. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 1979: 1-470.

McClelland DC, Davis WN, Kalin R, Wanner E. *The Drinking Man*. New York: The Free Press. 1972: 1-402.

Ministeriet for Grønlands lov nr. 684 af 21. december 1982. Lov om ændring af lov om rettens pleje. København: M.f.G. j.nr. 0860-10-07.

Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T, Wohlfahrt J, Ewald H, Mors O, Andersen PK, Melbye M. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *N Engl J Med* 1999; 340: 603-608.

Munk-Jørgensen P. Schizophrenia in Denmark. Incidence and utilization of psychiatric institutions. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73: 172-180.

Munk-Jørgensen P. Decreasing first admission-rates of schizophrenia in Denmark 1970-1991. Thesis for the doctorate. Københavns Universitet. Århus: Afdeling for psykiatrisk demografi 1995.

Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. Schizophrenia, a 13-years follow-up. Diagnostic and psychopathological aspects. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 391-399.

Munk-Jørgensen P, Mortensen PB, Machòn RA. Hospitalization patterns in schizophrenia. A 13-year follow-up. *Schizophr Res* 1991; 4: 1-9.

Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. The Danish Psychiatric Central Register. *Dan Med Bull* 1997; 44: 82-84.

Murphy HBM. Cultural factors in the genesis of schizophrenia. In: Rosenthal D, Kety SS (eds.) *The transmission of schizophrenia*. Oxford, London, New York: Pergamon Press. 1968: 137-153.

Murphy JM. Psychiatric labelling in a cross-cultural perspective. *Science* 1976; 191: 1019-1028.

Nordentoft B, Reeslev F, eds. Sygdomsmønstret i almen praksis. Århus: Lægekredsforeningen for Århus Amt 1979.

Nyland N. Patienter og læger i Grønland - for 70 år siden og i dag. Dansk Medicinsk Historisk Årbog 1994: 89-114.

O'Neil TD. Psychiatric Investigations among American Indians and Alaskan Natives: A Critical Review. Culture, Medicine and Psychiatry 1989; 13: 1: 51-87.

Oldendow K. Lov og Ret i Grønland. Det Grønlandske Selskabs Årsskrift 1930-31. København: Det Grønlandske Selskab 1931:37.

Peary R. The North Pole. New York: Fredrick Stokes 1910.

Pedersen JM. Sundhedsadfærd blandt grønlandske skolebørn. København: DIKEs Grønlandsskrifter. 1997: 1-60.

Petersen R. Principper og problemer omkring kollektiv ret til jorden. I: Beck S, Zahle H, Helms L eds. Temanummer Retfærd i Grønland. RETFÆRD 1980: 5-21.

Rasmussen K. Fra Grønland til Stillehavet I. København: Nordisk Forlag 1925.

Rasmussen K. Fra Grønland til Stillehavet II. København: Nordisk Forlag 1926.

Rasmussen K. Intellectual Culture of the Iglulik Eskimos. Report of the Fifth Thule Expedition 1921-24. København: Gyldendalske boghandel, Nordisk Forlag. 1929; 7: 1: 133-141.

Redegørelse om hjemtagning af den psykiatriske behandling til Grønland. FM 98/13. DSF J.nr. 45.37.00 Nuuk, Grønland: Direktoratet for Sundhed og Forskning. 1998: 1-87.

Rink H. Tales and Traditions of the Eskimo. 2nd ed. London: C. Hurst & Company 1974: 1-472.

Robins LN. Early Home Environment. Am J Psychiatry 1985; 55: 27-41.s

Rodgers DD. Incidence of psychopathology and instability of eco-systems in two northern communities. Canadian Psychiatric Association Journal 1974; 19: 369-373.

Rodgers DD. Suicide in the Canadian Northwest Territories 1970-1980. Nord Council Arct Med Res Rep 1982; 33: 492-495.

Rodgers DD. Community Crisis Intervention in Suicide Epidemics. In: Postl B, Gilbert P, Goodwill J, Moffatt MEK, O'Neil JD, Sarsfield P, Young TK, eds. Circumpolar Health 90. Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health Whitehorse, Yukon, May 20-25, 1990. Winnipeg, Manitoba: University of Manitoba Press 1991: 276-280.

Rosenthal D. Genetic theory and abnormal behavior. New York, Düsseldorf, London, Mexico, Sydney, Toronto: McGraw-Hill Inc. 1970.

Sadler WA, Johnson TB. From Loneliness to Anomia. In: Hartog J, Audt JR, Cohen YA, eds. *The Anatomy of Loneliness*. New York: International Universities Press 1980: 34-65.

Sampath HM. Prevalence of psychiatric disorders in a southern Baffin island Eskimo Settlement. *Can Psychiatr Assoc J* 1974; 19: 363-367.

Sampath HM. Inuit depression in cross-cultural perspective. In: Harvald B, Hansen JPH, eds.. *Circumpolar Health 81. Proceedings of the 5th International Symposium on Circumpolar Health*, Copenhagen, August 9-13, 1981. Nord Council Arct Med Res Series 1982; 33: 519-521.

Schultz-Lorentzen. *Den grønlandske Ordbog. Grønlandsk-Dansk*. København: Kirkeministeriet 1926: 1-360.

Selten JP, Slates JPJ, Kahn RS. Schizophrenia in Surinamese and Dutch Antillean immigrants to The Netherlands: evidence of an increased incidence. *Psychol Med* 1997; 27: 807-811.

Strauss J, Carpenter WT. The Prediction of Outcome in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1972; 27: 739-746.

Svendsen SW. Secular trends in first-ever admission rates of affective disorders in Denmark, 1971-93. *Nord J Psychiatry* 1997; 51: 2: 119-125.

Sølling L. Undersøgelse af sammenhængen mellem alkoholforbrug og social belastning. Bilag I til Ædruelighedskommissionens delbetænkning II. Stencileret. Godthåb: Grønlands landsråd 1971.

Sølling L. Alkoholforbruget i Grønland. Magisterkonferens. København: Institut for Kultursociologi, Københavns Universitet. Stencileret. 1974: 1-148.

Takei N, Persaud R, Woodruff P, Brockington I, Murray RM. First episodes of psychosis in Afro-Caribbean and White people. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 147-153.

Teichert MI. Three Cases of Psychoses Among the Eskimos. *J Ment Sci* 1954; 100: 527-535.

Thorslund J. Ungdomsselv mord og moderniseringsproblemer blandt Inuit i Grønland. Thesis. Roskilde Universitetscenter. København: SOCPOL 1992: 1-408.

Thorslund J, Misfeldt J. On suicide statistics. *Arct Med Res* 1989; 48: 124-130.

Torrey EF, Miller J, Rawlings R, Yolken RH. Review Article. Seasonality of births in schizophrenia and bipolar disorder: a review of the literature. *Schizophr Res* 1997; 28: 1-38.

Tseng WS, McDermott J. *Culture, mind and therapy*. New York: Brunner Mazel 1981: 103.

Wang AG. Suicidal behavior in a low-incidence population. A study of the Faroe Islanders. Thesis. Odense Universitet. Thorshavn: Føroya Frodskaparfelag 1996: 1-116.

Weeke A. Admission pattern and diagnostic stability among unipolar and bipolar manic-depressive patients. *Acta Psychiatr Scand* 1984; 70: 603-613.

Wessely S, Castle D, Der G, Murray R. Schizophrenia and Afro-Caribbeans: a case-control study. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 795-801.

West S. Sundhedsvæsenet i Angmagssalik. In: Knuth E, Mathiassen T, Nissen A, eds. *Grønlands Selskabs Årbog* 1948. København: Ejnar Munksgaards Forlag. 1948: 39-53.

Wing JK. A standard form of psychiatric present state examination (PSE) and a method for standardising the classification of symptoms. I: Hare EH, Wing JK, eds. *Psychiatric Epidemiology* London: Oxford University Press 1970.

Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. Measurement and classification of psychiatric symptoms. An instruction manual for the PSE and CATEGO program. Cambridge: Cambridge University Press 1974.

World Health Organization. *Manual of the International Classification of Diseases (ICD-8)*. Geneva: World Health Organization 1968.

World Health Organization. *The international pilot study of schizophrenia*. Geneva: WHO 1973.

World Health Organization. *Schizophrenia, an international follow-up study*. Geneva: World Health Organization 1979.

World Health Organization. *ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard 1994: 1-259.

World Health Organization. *SCAN Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*. Geneva: World Health Organization 1992.