

Patienter med bipolär/unipolär sjukdom och schizofreni som gör suicidförsök löper stor risk för suicid

Layout: Tina Ehsleben, Kriminalvårdens Utvecklingsenhet, 2010
Tryckning: Kriminalvårdens Reprocentral, 2010

Ytterligare exemplar kan beställas från förlaget
Fax: 011-496 35 17
Beställningsnr: 5064
ISBN 91-85187-54-2
Hemsida: [www. Kriminalvarden.se](http://www.Kriminalvarden.se)

Patienter med bipo- lär/unipolär sjukdom och schizofreni som gör sui- cidförsök löper stor risk för suicid

Projektnummer 2007:37

Bo Runeson, Dag Tidemalm

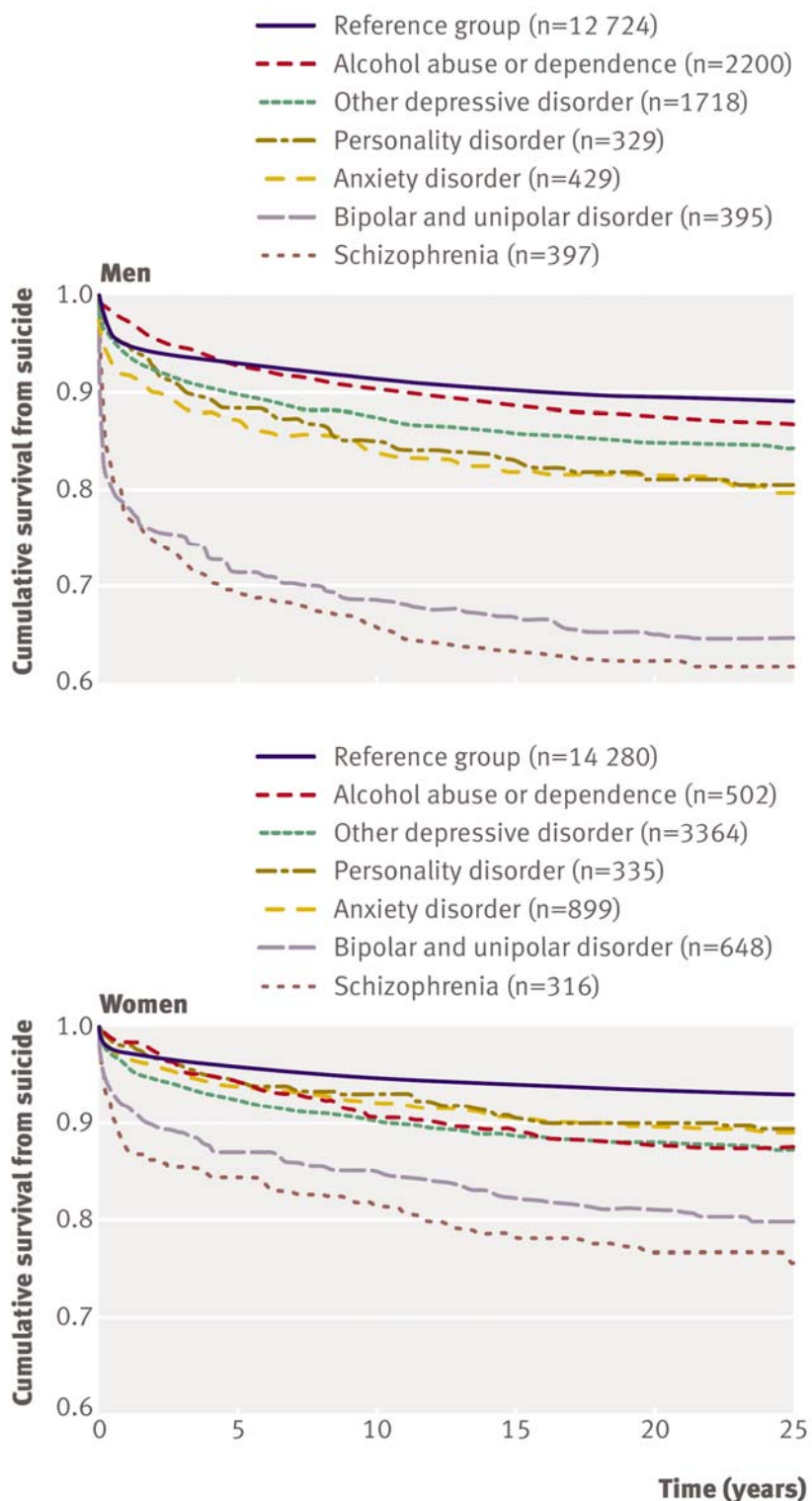
Suicidtalerna har sjunkit i vårt land sedan 1980-talets början. Däremot har antalet suicidförsök inte minskat, man ser tvärtom en påtaglig ökning av vård för suicidförsök hos unga människor sedan början av 2000-talet, framförallt hos kvinnor (SoS 2006). Detta är ett av motiven att intressera sig för suicidförsök.

Det är också väl känt att man har 30–40 gånger förhöjd risk att dö i suicid om man tidigare gjort ett allvarligt suicidförsök (Harris & Barraclough 1997). Detta motsvarar att de som har gjort suicidförsök generellt har en livstidsrisk för suicid på omkring 10%. Risken är stor första året efter ett suicidförsök (Tejedor et al 1999) men kvarstår med fortsatt hög risk för suicid flera decennier senare (Jenkins et al 2002, Suokas et al 2001). Upprepade suicidförsök, högre suicidavsikt och känsla av hopplöshet vid försöket medför högre risk på sikt. Män har också sämre prognos i detta hänseende än kvinnor (Suominen 2004). Få studier finns som relaterar prognosen till den psykiska sjukdomen. Alkoholmissbruk (De Moore & Robertson 1996) och depression (Skogman et al 2004) har i mindre studier visat sig förstärka risken för suicid. En senare studie visade också att svårighetsgraden i depressionssjukdomen säger mer om prognosen än den uppskattade suicidala avsikten (Lindqvist et al 2007).

Den aktuella studien är den första studie där man närmare ställt prognosen efter suicidförsök i relation till de vanligaste psykiatriska sjukdomstillstånden (alkoholmissbruk/-beroende, drogmisbruk/-beroende, schizofreni, unipolär/bipolär affektiv sjukdom, övriga depressioner, ångestsyndrom, krisreaktion eller posttraumatiskt stressyndrom, personlighetsstörning). Närmare 40 000 individer (53% kvinnor) som intagits på sjukhus efter suicidförsök 1973–82 följdes till slutet av 2003, dvs. i 21–31 år. Vi identifierade antalet suicid i de stora sjukdomsgrupperna efter den huvuddiagnos som ställdes vid suicidförsöket. Som referensgrupp användes de individer som gjort ett suicidförsök utan att de fick en psykiatrisk diagnos.

Se figur 1. (1.0 på diagrammets y-axel motsvarar 100%.) Vi fann att de patienter som gjort suicidförsök och hade en diagnos av schizofreni eller unipolär/bipolär affektiv sjukdom hade en hög suiciddödlighet redan under det första året. Så mycket som 64% av suiciden hos män och 42% hos kvinnor med unipolärt/bipolärt syndrom inträffade inom ett år. Motsvarande siffror för schizofreni var också höga, 56% av suiciden hos män och 54% hos kvinnor skedde under första året. Sammantaget under observationstiden dog 39% av männen med schizofreni som gjort suicidförsök och 36% av männen med unipolär/bipolär sjukdom genom suicid. För de angivna diagnoserna var den totala suiciddödligheten hög även hos kvinnor, dock lägre än hos männen.

Figur 1. Överlevnadskurvor för suicid efter suicidförsök hos grupper med olika psykiat-
riska diagnoser.



Survival graphs for suicide by psychiatric disorder in people admitted to hospital during 1973-82 for attempted suicide in Sweden and followed to 2003

Samtliga individer med någon av de psykiatriska huvuddiagnoserna hade en högre suicid-dödlighet än referensgruppen. Dock hade även de utan en identifierad psykiatrisk diagnos en dödlighet i suicid under hela observationstiden på 11% hos män och 7% hos kvinnor. De enda som hade mindre andel suicid än referensgruppen var de med krisreaktion eller posttraumatiskt stressyndrom och alkoholmissbruk/beroende (det senare bara hos män). Det är viktigt att notera att den höga frekvensen av övriga depressioner bland dem som gjort suicidförsök gör att även detta måttligare sjukdomstillstånd har stor betydelse för antalet suicid bland dem som gjort försök.

Studien visar stark inverkan på prognosen efter suicidförsök för framförallt schizofreni och unipolär/bipolär affektiv sjukdom, men även andra psykiatriska sjukdomstillstånd som övriga depressioner, ångestsyndrom, drogmissbruk/beroende och personlighetsstörning. Program för uppföljning av schizofreni och affektiv sjukdom behöver vara inriktade på intensiv uppföljning första året efter suicidförsök.

För Kriminalvårdens suicidförebyggande arbete i häkten och fängelser är slutsatsen att det när suicidförsök inträffar i t ex häkte blir viktigt att inse risken för suicid hos de allvarligt psykiskt sjuka. Risken är hög direkt efter ett suicidförsök och motiverar att konsultpsykiater gör bedömningar upprepat under häktestiden. Vidare kan det stärka behovet att överföra den intagne till rättspsykiatrisk enhet för behandling om denna inte kan tillgodoses inom Kriminalvården.

REFERENSER

- (2006). Avsikligt självdestruktiv handling i Sverige - en underlagsrapport. Socialstyrelsen.
- De Moore, G. M. & Robertson, A. R.** (1996). Suicide in the 18 years after deliberate self-harm a prospective study. *Br J Psychiatry* **169**, 489-94.
- Harris, E. C. & Barraclough, B.** (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* **170**, 205-28.
- Jenkins, G. R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M. J. & Tyrer, P.** (2002). Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study. *BMJ* **325**, 1155.
- Lindqvist, D., Nimeus, A. & Träskman-Bendz, L.** (2007). Suicidal intent and psychiatric symptoms among inpatient suicide attempters. *Nord J Psychiatry* **61**, 27-32.
- Skogman, K., Alsen, M. & Öjehagen, A.** (2004). Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide-a follow-up study of 1052 suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **39**, 113-20.
- Suokas, J., Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A. & Lönnqvist, J.** (2001). Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide--findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* **104**, 117-21.
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K. & Lönnqvist, J.** (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* **161**, 562-3.
- Tejedor, M. C., Diaz, A., Castillon, J. J. & Pericay, J. M.** (1999). Attempted suicide: repetition and survival--findings of a follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* **100**, 205-11.
- Tidemalm, D., Långström, N., Lichtenstein, P. & Runeson, B.** (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ* **337**, a2205.



Kriminalvården

www.kriminalvarden.se
601 80 Norrköping
Telefon 077-228 08 00
Fax 011-496 36 40