

Suicid efter suicidförsök – prognosen beror på psykiatrisk diagnos

Dag Tidemalm¹ och Bo Runeson²

²Professor och ¹Doktorand vid institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet. Postadress till båda: Sektionen för psykiatri, S:t Görans, 112 81 Stockholm. E-post: bo.runeson@ki.se, dag.tidemalm@ki.se

Syftet var att undersöka om olika psykiska sjukdomar ger olika hög suicidrisk efter suicidförsök. Därför genomfördes en kohortstudie med 21-31 års uppföljningstid av 39 685 personer vårdade för suicidförsök 1973-82, baserad på samkörda svenska register. Suiciddödligheten var generellt hög redan under första året efter suicidförsöket, upp till 23% i högriskgrupper. De olika diagnosgrupperna hade tydligt olika mönster för suiciddödlighet. De med diagnos som schizofreni eller unipolär/bipolär sjukdom vid suicidförsöket hade högst relativ suicidrisk på såväl kort som lång sikt, med 20-39% suiciddödlighet under hela uppföljningstiden. I absoluta tal inträffade flest suicid i gruppen med lindrigare depressioner, eftersom den gruppen var störst i undersökningen. Resultaten visar att psykiatrisk diagnos bör vägas in i vårdplaneringen efter suicidförsök.

Abstract: *Objective* To investigate the impact of coexistent psychiatric morbidity on risk of suicide after a suicide attempt. *Design* Cohort study with follow-up for 21-31 years. *Setting* Swedish national register based study. *Participants* 39 685 people (53% women) admitted to hospital for attempted suicide during 1973-82. *Main outcome measure* Completed suicide during 1973-2003. *Results* Suicide mortality was high in all diagnostic categories, both in the short and long term. The highest short term risk was associated with schizophrenia (22% in men, 13% in women) and bipolar/unipolar disorder (23% in men, 9% in women). The strongest psychiatric predictors of completed suicide throughout the entire follow-up were schizophrenia (39% in men, 24% in women) and bipolar/unipolar disorder (36% in men, 20% in women). Increased risks were also found for other depressive disorder, anxiety disorder, alcohol misuse (women), drug misuse, and personality disorder. The highest population attributable fractions for suicide among people who had previously attempted suicide were found for other depression in women (population attributable fraction 9.3), followed by schizophrenia in men (4.6), and bipolar/unipolar disorder in women and men (4.1 and 4.0, respectively). *Conclusion* Type of psychiatric disorder coexistent with a suicide attempt substantially influences overall risk and temporality for completed suicide. To reduce this risk, high risk patients need aftercare, especially during the first years after attempted suicide among patients with schizophrenia or bipolar/unipolar disorder.

Bakgrund

Suicidtalén har sjunkit i vårt land sedan 1980-talets början. Däremot har antalet suicidförsök inte minskat – tvärtom ser man en påtaglig ökning av vård för suicidförsök hos unga människor sedan början av 2000-talet, framförallt hos kvinnor (Socialstyrelsen, 2009). Detta är ett av motiven att intressera sig för suicidförsök.

Det är också välkänt att den som tidigare gjort ett allvarligt suicidförsök har 30–40 gånger förhöjd risk att senare dö i suicid (Harris and Barraclough, 1997). Detta motsvarar en livstidsrisk för suicid på omkring 10% hos dem som gjort suicidförsök. 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 efter suicidförsök än kvinnor (Suominen et al., 2004).

Få studier finns som relaterar prognosen efter suicidförsök till den psykiska sjukdomen. Alkoholmissbruk (De Moore and 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 efter suicidförsök än den uppskattade suicidala avsikten (Lindqvist et al., 2007). Studien som sammanfattas i denna artikel (Tidemalm et al., 2008) är den första som i stor skala

jämför ett flertal psykiska sjukdomar med avseende på risken för suicid efter suicidförsök.

Metod

Med hjälp av de svenska slutenvårds- och dödsorsaksregistren följdes närmare 40 000 individer (53% kvinnor) som intagits på sjukhus efter suicidförsök 1973–82 till slutet av 2003, dvs. i 21–31 år. Vi identifierade antalet suicid i åtta stora sjukdomsgrupper efter den huvuddiagnos som ställdes vid suicidförsöket. Diagnosgrupperna var (1) alkoholmissbruk/-beroende, (2) drogmissbruk/-beroende, (3) schizofreni, (4) unipolär/bipolär affektiv sjukdom, (5) övriga depressioner, (6) ångestsyndrom, (7) krisreaktion eller posttraumatiskt stressyndrom och (8) personlighetsstörning. Som referensgrupp användes de individer som gjort ett suicidförsök utan att de fick en psykiatrisk diagnos, varken vid tillfället eller under året som följde.

Relativa risker för suicid hos dem med olika psykiatriska diagnoser jämfört med referensgruppen beräknades med Cox-regression, som är en form av överlevnadsanalys. En egenskap hos överlevnadsanalys är att individers olika långa tid i undersökningen kan tas med i jämförelserna. När det gäller jämförelser av suicidrisk kan ju t.ex. många personer i en av grupperna ha dött av andra orsaker än suicid eller emigrerat utom räckhåll för svenska register. I Cox-regression justeras analyserna för sådana olikheter och ger därmed tillförlitligare resultat. Jämförelserna mellan grupperna justerades också för skillnader i ålder,

utbildningsnivå och födelseland.

Resultat

Se figur 1. Diagrammets vertikala axel visar överlevnaden för suicid, dvs. hur många som inte begått suicid vid varje tidpunkt. Vid uppföljningens början är värdet 1, vilket motsvarar 100% – samtliga var ju i livet vid undersökningens början. Sjunkande kurvor betyder alltså med tiden ökande antal suicid. Den horisontella axeln visar 25 år av uppföljningstiden.

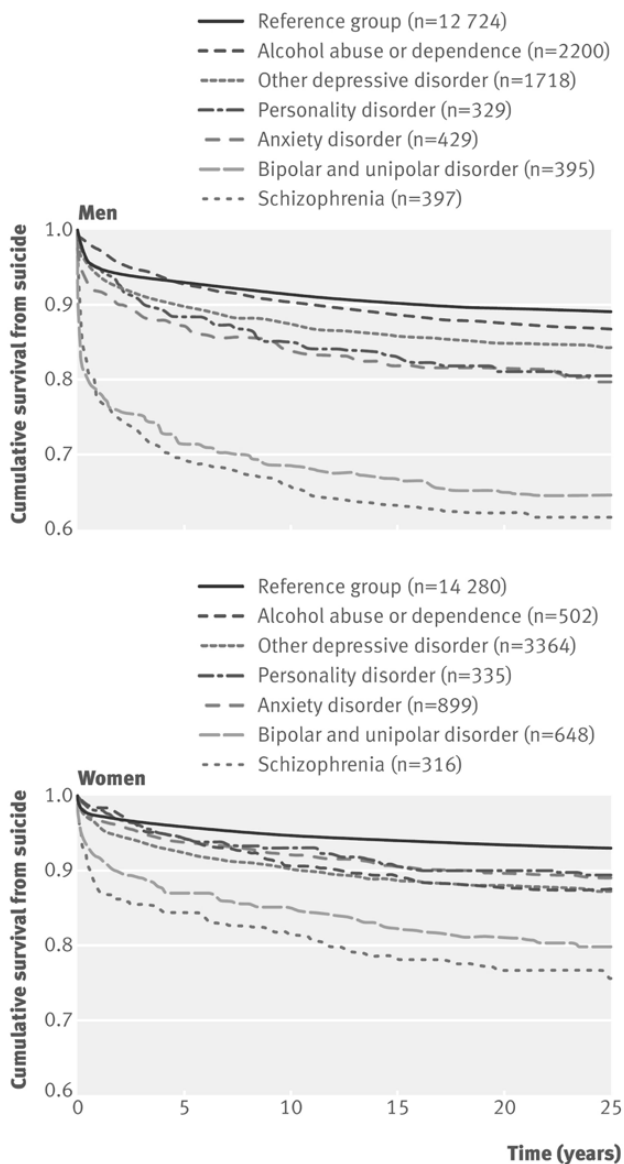
Vi fann att de patienter som gjort suicidförsök och hade en diagnos av schizofreni eller unipolär/bipolär affektiv sjukdom hade en hög suiciddödlighet redan under det första året. Så mycket som 22% av männen och 13% av kvinnorna med schizofreni dog i suicid inom ett år efter försöket. Suiciddödligheten inom ett år för unipolärt/bipolärt syndrom var också hög, 23% hos män och 9% hos kvinnor. Detta innebär att sammantaget drygt hälften av totala antalet suicid i de nämnda grupperna skedde under det första året. Generellt för hela kohorten inträffade död i suicid ofta under de fem första åren efter suicidförsöket.

Under hela observationstiden (21–31 år) var suiciddödligheten 39% hos männen med schizofreni och 36% hos männen med unipolär/bipolär sjukdom som gjort suicidförsök. För dessa diagnoser var den totala suiciddödligheten hög även hos kvinnor, 24% respektive 20%. De högsta relativa riskerna för suicid fanns i samma grupper (schizofreni: män 4,1, kvinnor 3,5; unipolär/bipolär sjukdom:

män 3,5, kvinnor 2,5). I absoluta tal inträffade dock flest suicid bland dem med övriga depressionssjukdomar, 703 stycken jämfört med 229 för schizofreni och 271 för unipolär/bipolär sjukdom. Förutom relativa risker beräknade vi PAF (*population attributable fraction*), i den här studien ett mått på hur många ”extra” procent suiciddödlighet varje psykisk sjukdom genererat, jämfört med suiciddödligheten i referensgruppen. Storleken på PAF påverkas dels av den relativa risken för respektive grupp, dels av prevalensen för gruppen. På grund av hög prevalens hade därför kvinnor med övriga depressionssjukdomar högst PAF (9,3%), trots en relativ risk som inte tillhörde de högsta (1,7). Teoretiskt skulle alltså den totala suiciddödligheten för kvinnor i studien varit ca nio procent lägre om alla studiens kvinnor med depressionssjukdom inte haft denna sjukdom, utan istället hade tillhört referensgruppen.

De relativa riskerna för suicid var på både kort och lång sikt högst för schizofreni och unipolär/bipolär sjukdom. I absoluta tal inträffade dock flest suicid bland dem med övriga depressionssjukdomar.

Samtliga grupper med någon av de psykiatriska huvuddiagnoserna hade högre suiciddödlighet än referensgruppen. Dock hade även de utan 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



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

Figur 1. Överlevnadskurvor för suicid efter suicidförsök hos grupper med olika psykiatriska diagnoser.

Källa: 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. Artikeln är fritt tillgänglig via Internet. © Författarna

bara hos män).

Samtliga grupper med någon av de psykiatriska huvuddiagnoserna hade högre suicid-dödlighet än referensgruppen utan identifierad psykiatrisk diagnos. Dock hade även referensgruppen en betydande dödlighet i suicid.

Diskussion

Det är svårt att bedöma människor som gjort ett suicidförsök (Mann, 2002, Maris, 2002). Samtidigt är det viktigt att få en god värdering av risken på kort och längre sikt för att patienten gör ett nytt försök att ta sitt liv och kanske dör i ett fullbordat självmord. Det är en av de situationer man som läkare bävar för, att göra ett misstag eller en felbedömning av den människa man har framför sig och risken för suicid.

Vi tänker oss naturligtvis att det är viktigt att ha en god grund vid denna värdering av risken. Många psykiatriska kliniker har utarbetat rutiner för denna bedömning. Det har utarbetats intervjuinstrument och skattningsskalor för att fånga de viktigaste faktorerna i denna utveckling, där man undersöker omständigheterna för suicidförsöket och möjligheten att bli upptäckt. Socialstyrelsen har efterfrågat att sådana instrument används, även om det aldrig visats att skalor är bättre än en erfarenhetsmässig klinisk bedömning av suicidrisk. Man har i vårdprogram också beskrivit särskilda rutiner för uppföljning av människor som gjort suicidförsök, med ett antal besök och inriktning mot den problemsituation som utlöst självmords-

försöket. Detta förändras inte av de slutsatser man kan dra av denna studies resultat. Det är centralt att värdera avsikten att dö vid suicidhandlingen, såsom den kan förstås utifrån allvaret i handlingen och möjligheten för upptäckt. Det stora antalet individer i studien hade inte någon diagnos-tiserad psykisk störning när de gjorde sitt suicidförsök. Då är det också viktigt med en problemfokuserad uppföljande behandling.

Däremot framstår det i denna studie oväntat tydligt att prognosen efter suicidförsöket är mycket olika beroende på det sjukdomstillstånd som fanns vid suicidförsöket. Detta gör att den uppföljande behandlingen i stor utsträckning styrs av sjukdomens karaktär.

Prognosen efter ett suicidförsök var oväntat olika beroende på vilken psykisk sjukdom som fanns vid försöket. Detta bör i hög grad styra den uppföljande behandlingen efter suicidförsök.

Schizofreni och unipolär/bipolär affektiv sjukdom visar en dramatiskt förhöjd risk för suicid i denna studie och särskilt tydlig under det allra första året efter försöket. Det är visserligen allvarliga sjukdomar och att de har en hög risk för suicid är känt (Harris and Barraclough, 1997, Mann, 2002). Men, att de skulle betyda så mycket för att försämrade prognosen visste vi inte. De specialiserade verksamheter som vuxit upp inom psykiatrin med psykosenheter och affektiva centra bör kunna tolka data så att suicidförsök hos dessa patienter markerar en uttalad risksituation. När ett suicidförsök inträffar

i sjukdomsprocessen motiverar detta särskild uppmärksamhet.

Både schizofreni och unipolär/bipolär affektiv sjukdom har välkänt hög risk för suicid, men det var inte förväntat att dessa diagnoser skulle försämra prognosen efter suicidförsök så dramatiskt som studiens resultat visar.

Ångestsyndrom visade sig medföra hög risk för senare suicid hos individer som gjort suicidförsök. Detta är en fråga som diskuterats: Är det först när ångestillståndet komplicerats av en depression som suicid inträffar? Vi har i fortsatta preliminära analyser av vårt material sett att diagnosen närmast tidpunkten för suicid hos en majoritet fortfarande var ångestsyndrom. I ett mindre antal fall fanns depression med som diagnos. Fawcett, som lyft upp ångestens betydelse vid depression (Fawcett et al., 1990), återkom nyligen med en kort översikt och betonade där ångestens stora betydelse i sig själv för suicidaliteten (Fawcett, 2006). Att ångest fri från komorbiditet med depression har en egen inverkan på suicidrisken har också visats i populationsstudier (Boden et al., 2007, Sareen et al., 2005). Ångestsyndrom som aktuell diagnos vid ett suicidförsök måste tas på stort allvar.

Även ångestsyndrom medförde hög suicidrisk och preliminära resultat pekar inte på tillstötande depression som utlösande faktor.

Det bör betonas att det finns begränsningar i studien. Den är visserligen byggd på ett unikt stort material av nästan 40 000 suicidförsök och den innehåller en lång observationstid. Men diagnoserna som sattes vid suicidförsöken är inte helt synonyma med de diagnoser vi använder i dag. Bipolär sjukdom var under de år som dessa suicidförsök gjordes enbart bipolär sjukdom av typ I, de tillstånd av typ II som vi nu ofta uppmärksammar fanns inte identifierade under 1970- och början av 1980-talet. Vi har för att särskilja olika sjukdomstillstånds påverkan på prognosen valt att bara se på huvuddiagnosen vid suicidförsöket. Vi vet att samsjuklighet är av betydelse (Beautrais et al., 1996, Bertolote et al., 2004, Henriksson et al., 1993, Kessler et al., 1999, Nelson et al., 2000), men har inte redovisat sådana data i denna studie. Vi har därmed inte beskrivit hur t.ex. alkoholmissbruk/beroende kan ha funnits med som bidragande diagnos.

Slutsatser

Studiens resultat visar stark inverkan på prognosen efter suicidförsök för framförallt schizofreni och unipolär/bipolär affektiv sjukdom, men även andra psykiatriska sjukdomstillstånd som mildare depressioner, ångestsyndrom, drogmissbruk/beroende och personlighetsstörning. Viktig att notera är den höga frekvensen av övriga depressioner. Genom att de är så vanligt förekommande har dessa i och för sig måttligare sjukdomstillstånd stor betydelse för antalet suicid bland dem som gjort suicidförsök.

Program för behandling av schizofreni och affektiv sjukdom behöver vara inriktade på intensiv uppföljning första åren efter suicidförsök.

Det bör noteras att även mildare depressioner leder till ett stort antal suicid bland dem som gjort suicidförsök, eftersom dessa sjukdomstillstånd är så vanligt förekommande.

Referenser

- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J. & Nightingale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 153, 1009-14.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D. & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 25, 147-55.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. (2007). Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychol Med* 37, 431-40.
- 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.
- Fawcett, J. (2006). What has clinical research in suicide prevention done for you lately? *CNS Spectr* 11, 440-1.
- Fawcett, J., Scheftner, W. A., Fogg, L., Clark, D. C., Young, M. A., Hedeker, D. & Gibbons, R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 147, 1189-94.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170, 205-28.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Kuopipalml, K. I. & Lonnqvist, J. K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 150, 935-40.
- Jenkins, G. R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M. J. & Tyrer, P. (2002). Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study. *BMJ* 325, 1155.
- Kessler, R. C., Borges, G. & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 56, 617-26.
- Lindqvist, D., Nimeus, A. & Traskman-Bendz, L. (2007). Suicidal intent and psychiatric symptoms among inpatient suicide attempters. *Nord J Psychiatry* 61, 27-32.
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med* 136, 302-11.
- Maris, R. W. (2002). Suicide. *Lancet* 360, 319-26.
- Nelson, E. C., Grant, J. D., Bucholz, K. K., Glowinski, A., Madden, P. A. F., Reich, W. & Heath, A. C. (2000). Social phobia in a population-based female adolescent twin sample: co-morbidity and associated suicide-related symptoms. *Psychol Med* 30, 797-804.
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J., ten Have, M. & Stein, M. B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 62, 1249-57.
- 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.
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*.
- 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.

tema: ny forskning

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., Langstrom, 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.