Antalet självmord kan minskas – evidens finns

ÅTGÄRDER SOM GÖR DET SVÅRARE ATT BEGÅ SJÄLVMORD, SKOLBASERADE PROGRAM, TYDLIG VÅRDKEDJA OCH KBT TILL UNGA GER FÄRRE SJÄLVMORD

Rigmor Stain, docent, redaktör, Nyhetsbrev
● rigmor.stain@comhem.se

Gergö Hadlaczky, fil dr, enhetschef

Danuta Wasserman, professor, chef; samtliga Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), Stockholm

I Sverige är självmord den vanligaste dödsorsaken för personer mellan 15 och 44 år. Det sker omkring 1 500 självmord om året i Sverige, och cirka sex gånger så många patienter slutenvårdas årligen för självmordsförsök [1]. Många fler diagnostiseras inte som självmordsförsök, trots slutenvård, och ännu fler kommer aldrig till sjukvårdens kännedom [2].

De flesta av dem som suiciderar har haft en underliggande psykisk sjukdom vid suicidtillfället, och en tredjedel av dem har haft kontakt med den psykiatriska vården under året före självmordet [3]. Ett självmordsförsök måste ur suicidpreventiv synvinkel betraktas som den starkaste riskfaktorn för död genom självmord [4].

Det råder emellertid olika uppfattningar om det prediktiva värdet av ett självmordsförsök [5]. Även icke-livshotande självskadebeteende kan vara en handling som leder fram till självmordsförsök och även till fullbordat självmord [6].

Självmordsbeteende är komplext och svårt att förutsäga; i dagsläget finns ingen tillförlitlig metod som med vetenskapligt stöd kan förutse suicid i den psykiatriska vården [7, 8]. Emellertid visar systematiska litteraturgenomgångar att det har utvecklats en rad suicidpreventiva metoder och åtgärder med god evidens på befolkningsnivå och individuell nivå inkluderande psykosociala interventioner för självskadebeteende (inklusive självmordsförsök) bland både barn/ungdomar och vuxna [9, 10]. Evidensen har studerats med hänsyn tagen till hälso- och sjukvårdsåtgärder och befolkningsinriktade åtgärder (Tabell 1).

Försvårad åtkomst av suicidmedel

En rad studier har stärkt evidensen för att åtgärder som syftar till att försvåra åtkomsten av medel för suicid minskar antalet suicid. Dit hör lagstiftning som kontroll av skjutvapen och restriktion i förskrivning av sömnmedel, begränsning av tillgång till giftiga bekämpningsmedel och begränsade möjligheter att köpa smärtstillande tabletter över disk [9].

En minskning av förpackningsstorleken av paracetamoltabletter och övergång till blisterförpackningar har i flera studier visats resultera i en signifikant nedgång av antalet avsiktliga förgiftningsfall med dödlig utgång och antalet suicidförsök [11]. Även skyddsbarriärer vid höga broar har visats minska antalet suicid [12].

Det är viktigt att man även inom miljön för psykiatrisk slutenvård försvårar åtkomsten av medel för självmord. Eftersom hängning och kvävning är de vanligaste metoderna för självmord inom slutenvården, måste såväl fasta som lösa inventarier som kan tänkas komma till användning avlägsnas och ersättas med icke-användbara alternativ [13].

Det finns inte tillräckligt underlag för att bedöma huruvida utbildning av »gatekeepers« eller riktlinjer för medierapportering minskar självmordstalen (gatekeeper/grindvakt beskriver i suicidpreventiva sammanhang en person som har kunskaper i suicidologi och som är tränad att identifiera en person som är sårbar för självmordshandlingar och ser till att vederbörande får professionell vård).

Det finns inte heller tillräckligt underlag för att bedöma huruvida screening för självmordsförsök inom primärvården minskar självmordstalen. Det finns dock evidens för att screening för depression bland äldre åtföljd av uppföljning minskar antalet självmord [9].

Sambandet med psykisk sjukdom

Det starka sambandet mellan psykisk ohälsa och självmord ger behandling av underliggande psykisk sjukdom en nyckelposition vid suicidprevention. Flera randomiserade kontrollerade studier har visat att litium minskar självmordsrisken vid unipolär depression och bipolär sjukdom [14] och att klozapin minskar självmordsrisken vid schizofreni. Det saknas än så länge tillräckligt vetenskapligt underlag för att bedöma suicidpreventiva effekter av andra atypiska antipsykotika [9].

Det finns viss evidens för att antidepressiva läkemedel kan förhindra självmord. Ekologiska studier från ett tjugotal länder har visat att ökad förskrivning av antidepressiva läkemedel sammanfaller med sänkt självmordsfrekvens [9].

> **»Emellertid visar systematiska litteraturgenomgångar att det har utvecklats en rad suicidpreventiva metoder och åtgärder med god evidens ...«**

SSRI till unga kräver nogsam övervakning

Vid kronisk depression rekommenderar Europeiska psykiatriska föreningen (EPA) i sina riktlinjer en för patientens behov specifikt utformad psykologisk terapi [15].

Det finns ingen evidens för att SSRI (selektiva serotoninåterupptagshämmare) ger ökad självmordsrisk hos vuxna. Hos barn och ungdomar finns viss ökad risk

HUVUDBUDSKAP

- Åtgärder som försvårar åtkomsten av medel för självmord minskar antalet självmord.
- Skolbaserade program med medvetandeträning minskar självmordsförsök hos tonåringar.
- En tydlig vårdkedja och såväl samtal som läkemedel vid depression minskar antalet självmord.
- Kognitiv beteendeterapi minskar självskadebeteende och självmordsförsök hos barn och ungdomar.

för självmordstankar under de första veckornas behandling, vilket kräver nogsam övervakning, och därför rekommenderas i första hand psykoterapi [9].

I en metaanalys av 34 randomiserade kontrollerade studier, omfattande prövningar av 14 antidepressiva läkemedel, föreslogs nyligen att antidepressiva läkemedel generellt sett inte är ett verksamt behandlingsalternativ vid egentlig depression hos barn och ungdomar med tanke på risk-nyttaprofilen [16].

TABELL 1. Evidensbaserade strategier för självmordsprevention [9].

	Folkhälsoinriktade insatser	Kliniska insatser
● Evidens för	Begränsning av medel för suicid	Behandling av depression/suicidalitet
	Skolbaserad prevention	Vårdkedja/uppföljning
● Flera utvärderingar behövs	Gatekeeper-utbildning	
	Medierelaterade insatser	Utbildning av primärvård
	Hjälplinjer	
● Evidens emot	Screening för självmordsnärhet	

KBT kan minska självskadebeteende

Första valet vid behandling för barn och ungdomar är kognitiv beteendeterapi (KBT). Om farmakologisk behandling övervägs rekommenderas fluoxetin som förstaval. KBT som tillägg till fluoxetinbehandling kan minska förekomsten av självmordstankar och självmordshandlingar [17].

Det finns systematiska kunskapsöversikter som visar att kognitiv beteendeterapi är lika effektiv som farmakologisk antidepressiv behandling vid lätta och medelsvåra depressioner [18]. En nyligen publicerad översiktsartikel ger ökat stöd för att KBT-baserade insatser kan minska upprepat självskadebeteende, och behandlingen har inkluderats i de riktlinjer för behandling av självskadepatienter som rekommenderas vid psykiatriska kliniker i Storbritannien [10].

KBT har visats minska självmordstankar och självmordsbeteende hos ungdomar och vuxna, personer med schizofreni och personer med borderline-personlighetsstörning [10]. Dialektisk beteendeterapi minskar frekvensen av självskadebeteende, självmordstankar och självmordsbeteende hos ungdomar och personer med borderline-personlighetstörning [10].

Familjebaserade interventioner för unga

Psykisk ohälsa under unga år tenderar att kvarstå och utvecklas till psykisk sjukdom i vuxen ålder [19]. Det är därför angeläget att identifiera ungdomar i riskzonen och sätta in förebyggande och stödjande åtgärder.

Multisystematisk terapi, speciellt utvecklad för ungdomar med beteendeproblem, är en intensiv familjefokuserad terapi där grunden är att öka vårdnadshavarnas föräldrafärdigheter och att förändra destruktiva beteenden hos den unge i umgänget med kamratkretsen. Metoden har visats minska självmordsförsök jämfört med slutenvård men vara utan behandlingseffekt mot depression [20].

Negativt emotionellt klimat i familjen, föräldrars distans och bristande engagemang, kritik och höga krav och otrygg anknytning kan leda till depression och självmordsbeteende hos sårbara ungdomar. Här har anknytningsbaserad familjeterapi visats vara till nytta för att minska depression och självmordstankar hos tonåringar [9].

Flera randomiserade kontrollerade studier har visat att familjebaserade interventioner minskar självmordstankar och riskfaktorer för självmord [21].

Skolbaserade suicidpreventiva program

Skolan är en naturlig arena för förmedlande av kunskaper om psykisk hälsa och ohälsa, riskbeteenden och självdestruktiva handlingar. Ett antal skolbaserade suicidpreventiva program har utvärderats under de senaste 10 åren vad gäller psykisk sjukdom och självmordsproblematik [9]. Dessa ingick även i SBU:s systematiska litteraturgenomgång 2015 av skolbaserade program för självmordsprevention [22].

Två universella program utmärker sig med tillräckligt underlag för att dra slutsatser om effekt på suicidförsök. Ett av dem (Good behavior game; GBG) är inte utvecklat för att förhindra självskadebeteende utan har som mål att förstärka positiva beteenden och relationer mellan lärare och elever [22].

Det andra programmet (Youth aware of mental health; YAM) har god evidens enligt SBU:s analys. Det har utvecklats av svenska forskare vid NASP (Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa) tillsammans med amerikanska kollegor från Columbia University i New York specifikt för att förebygga suicid [23]. Programmet bygger på att man genom medvetandeträning och träning i problemlösning kan stärka den psykiska hälsan och därmed minska självmordsbeteende hos unga.

YAM har prövats i en randomiserad kontrollerad studie med drygt 11 000 deltagande 15-åriga ungdomar från 10 EU-länder. YAM har kulturanpassats till svenska förhållanden och testas nu i en randomiserad kontrollerad studie i 163 skolor i Stockholms läns landsting.

Förtroendet för vården måste höjas

Bristande förtroende för den psykiatriska vården hindrar många från att söka hjälp; därför är åtgärder som höjer förtroendet för psykiatrin och stimulerar hjälpsökande en betydelsefull suicidpreventiv åtgärd för ansvariga myndigheter [24].

De studier som gjorts av effekt av telefonkontakt, akutkort eller annan typ av uppföljning efter självmordsförsök har genomgående haft lågt bevisvärde. Det är därför inte möjligt att uttala sig om någon eventuell effekt på självmordsfrekvensen. Å andra sidan har dessa ingripanden effekt genom att akut lindra den psykiska utsattheten med ångest och depressiva/suicidala tankar hos ensamma, hemlösa, arbetslösa och personer i utsatta grupper [13]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2017;114:ELEZ

REFERENSER

1. Karolinska institutet. Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP). Statistik. www.ki.se/nasp/statistik
2. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, et al. Data from emergency care settings in five culturally different low-and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS study. Crisis. 2014;31(4):194-201.
3. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of evidence. Am J Psychiatry. 2002;159(6):909-16.
4. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, et al. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. Am J Psychiatry. 2016;173(11):1094-1100.
5. Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. Psychol Med. 2016;46(2):225-36.
6. Carroll R, Thomas KH, Bramley K, et al. Self-cutting and risk of subsequent suicide. J Affect Disord. 2016;192:8-10.
7. Instrument för bedömning av suicidrisk. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2015. SBU-rapport nr 242.
8. Large M, Kaneson M, Myles N, et al. Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. PLoS One. 2016;11(6):e0156322.
9. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016;3(7):646-59.
10. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, et al. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2016;3(8):740-50.
11. Hawton K, Bergen H, Simkin S, et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. BMJ. 2013;346:f403.
12. Jin HM, Khazem LR, Anestis MD. Recent advances in means safety as suicide prevention strategy. Curr Psychiatry Rep. 2016;18(10):96.
13. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, et al; European Psychiatric Association. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Eur Psychiatry. 2012;27(2):129-41.
14. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, et al. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. BMJ. 2013; 346:f3646.
15. Jobst A, Brakemeier EL, Buchheim A, et al. European Psychiatric Association on psychotherapy in chronic depression across Europe. Eur Psychiatry. 2016;33:18-36.
16. Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. Lancet. 2016;388(10047):881-90.
17. Emslie G, Kratochvil C, Vitiello B, et al; Columbia Suicidality Classification Group; TADS Team. Treatment of adolescents with depression study (TADS): safety results. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(12):1440-5.
18. Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt. Volym 1. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004. SBU-rapport nr 116/1.
19. Weersing RV, Jefferys M, Do MT, et al. Evidence base update och psychosocial treatment for child and adolescent depression. J Clin Child Adolesc Psychol. 2017;46(1):11-43.
20. Huey SJ Jr, Henggeler SW, Rowland MD, et al. Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youth presenting psychiatric emergencies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004;43(2):183-90.
21. Pineda J, Dadds MR. Family intervention for adolescents with suicidal behavior. A randomized controlled trial and meditation analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;52(8):851-62.
22. Skolbaserade program för att förebygga självskadebeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2015. SBU-rapport nr 241.
23. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomized, controlled trial. Lancet. 2015;385(9977):1536-44.
24. Stain R, Wasserman D. Fördomar om psykisk sjukdom hindrar många att söka hjälp. Europeiska psykiaterföreningen arbetar för att stärka tilliten till psykiatrin. Läkartidningen. 2014;111:CY3W.