

# Självmondsbeteende i unga år kvarstår ofta i vuxen ålder

**Ökande psykisk ohälsa** och självmordsbeteende bland barn och ungdomar är ett växande folkhälsoproblem även i Sverige [1-3]. Hur självmordsbeteende yttrar sig skiljer sig starkt ungdomar emellan. Hos en del visar det sig endast som passiva självmordstankar, medan det för andra kan ske en snabb utveckling från passiva till aktiva tankar med planer på självmord och självmordsförsök [4]. En internationell översikt anger livstidsfrekvensen av självmordstankar, självmordsplaner och självmordsförsök hos ungdomar i åldern 13-18 år till 9,2 procent, 3,1 procent respektive 2,7 procent [5].

**I den amerikanska studien** Great Smoky Mountains Study (GSMS) har forskarna studerat samband mellan självmordsbeteende under barn- och ungdomsår och självmordsbeteende, psykisk sjukdom och social funktion som vuxen [6].

1 410 barn (49 procent flickor) i åldern 9-13 år rekryterades till studien, och deras psykiska hälsa och självmordsbeteende bedömdes årligen till dess de fyllde 16 år [7, 8]. Åtföljande förälder informerade om demografiska faktorer, familjära missförhållanden, mobbning och misshandel. Intervjuerna upprepades årligen utan förälder när ungdomarna nått 19, 21, 24 respektive 30 år och omfattade då även utbildningsnivå, socioekonomiska faktorer och riskbeteende.

Vid fyllda 16 år rapporterade 7 procent av ungdomarna självmordsbeteende i form av antingen passiva eller aktiva själv-



**Rigmor Stain,**  
docent

● [rigmor.stain@comhem.se](mailto:rigmor.stain@comhem.se)



**Danuta Wasserman,**  
senior professor, chef; båda Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP), Karolinska institutet, Stockholm

mordstankar, självmordsplaner eller självmordsförsök. Passiva självmordstankar var vanligast (4,1 procent) följt av aktiva självmordstankar (2,5 procent) och självmordstankar med planerat självmord (1,2 procent). Livstidsfrekvensen av självmordsförsök var 3,9 procent. Det fanns en svag men inte signifikant övervikt av flickor bland fallen av självmordsförsök och ingen signifikant skillnad mellan könen vad gäller använda metoder [6].

Forskarna fann ett signifikant samband mellan självmordsbeteende och depression, ångestsjukdom, uppförandestörning och beroendesjukdom hos barn och ungdomar. Beträffande sambandet mellan självmordsbeteende och depression uppfyllde 42 procent av dem som haft enbart självmordstankar och 65 procent av dem som gjort självmordsförsök inte kraven för klinisk depression [6]. En möjlig förklaring är att det som driver fram självmordstankar är depression, medan drivkraften bakom självmordsförsök är impulsivitet.

Subklinisk depression är vanligt förekommande bland tonåringar; en förekomst på 29,2 procent har rapporterats i studien SEYLE (Saving and empowering young lives in Europe) omfattande 12 395 europeiska ungdomar [9]. I den studien fann forskarna att ungdomar med subklinisk depression hade 9 gånger ökad risk för självmordsbeteende jämfört med ungdomar utan depression.

**I studien GSMS fann man** signifikanta samband mellan samtliga nivåer av självmordsbeteende under barn- och ungdomsåren och depression, ångestsjukdom, missbruksproblem och självmordsbeteende, i synnerhet självmordsförsök, som vuxen [6]. Men när data kontrollerats för förväxlingsfaktorer som psykisk sjukdom, socioekonomisk status, dysfunktionella familjeförhållanden, mobbning och misshandel under barndomen förblev endast sambandet mellan självmordsbeteende under uppväxten och självmordsbeteende som vuxen signifikant ( $P < 0,01$ ).

Individer med självmordsbeteende under uppväxten hade signifikant sämre utveckling som vuxna avseende hälsa, ut-

bildning, ekonomi/arbete och riskbeteende än individer som inte haft självmordsproblematik under sin uppväxt; men även här försvagades sambandet efter kontroll av förväxlingsfaktorer [6].

Självmondstankar under uppväxten ökade risken för självmordsbeteende som vuxen, dock enbart under förutsättning att de förekom samtidigt som depression. Man visar i studien att 1 av 2 barn med självmordstankar och depression hade självmordsbeteende som vuxen, men att endast 1 av 10 med självmordstankar utan att ha depression fick självmordsproblematik som vuxen [6].

**Det är av största vikt** att alla nivåer av självmordsbeteende under uppväxten uppmärksammas, behandlas och förebyggs. Risken är hög att beteendet upprepas i vuxen ålder med allt vad det innebär av psykisk ohälsa, försämrad livskvalitet, personligt lidande och ökad dödlighet samt stora ekonomiska kostnader för samhället. Självmondsförsök hos barn och ungdomar kan minskas med universella, skolbaserade program, enligt SBU:s (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) genomgång av evidensbaserade metoder [10], samt med kognitiv beteendeterapi [11]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2018;115:E6EU*

## HUVUDBUDSKAP

- Hos barn och ungdomar finns ett signifikant samband mellan självmordsbeteende och depression, ångestsjukdom, uppförandestörning samt beroendesjukdom.
- Risken för att självmordsbeteende under uppväxten återkommer hos den vuxne individen är hög.
- Det finns evidensbaserade metoder för såväl behandling som prevention av självmordsbeteende hos ungdomar.

## REFERENSER

1. McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, et al. Adolescent suicidal behavior in 32 low-and middle-income countries. *Bull World Health Organ.* 2016;94(5):340-50F.
2. Psykisk hälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikelnr 2013-5-43.
3. Socialstyrelsen. Kraftig ökning av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna [pressmeddelande]. 13 dec 2017. <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/kraftigokningavpsykiskohalsahosbarnochungavuxna>
4. Goldston DB, Erkanli A, Daniel SS, et al. Developmental trajectories of suicidal thoughts and behaviors from adolescence through adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(5):400-7.
5. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry.* 2008;192(2):98-105.
6. Copeland WE, Goldston DB, Costello EJ. Adult associations of childhood suicidal thoughts and behaviors: a prospective, longitudinal analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017;56(11):958-65.e4.
7. Angold A, Costello EJ. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(1):39-48.
8. Posner K, Oquendo MA, Gould M, et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry.* 2007;164(7):1035-43.
9. Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013;54(6):670-7.
10. Skolbaserade program för att förebygga självskadeteende inklusive suicidförsök. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2015. SBU-rapport nr 241.
11. Stain R, Hadlaczky G, Wasserman D. Antalet självmord kan minskas - evidens finns. *Läkartidningen.* 2017;114:ELEZ.