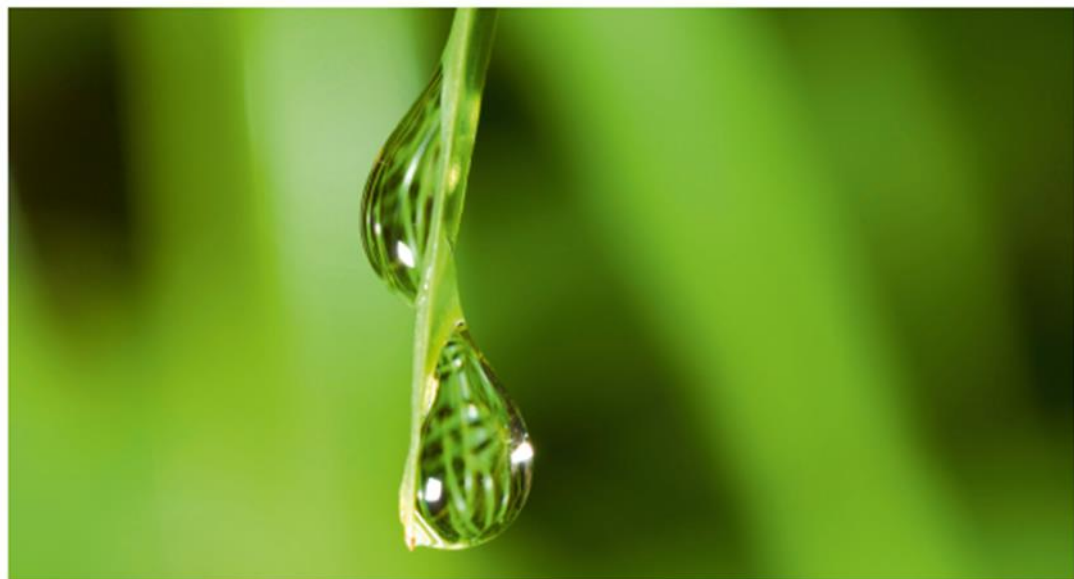


## PÅFRESTANDE HÄNDELSER OCH SUICIDFÖRSÖK

Riskfaktorer och rapporterade  
omständigheter bakom  
självordsförsöket



FÖRFATTARE  
ABBE SCHULMAN  
MED.DR, ÖVERLÄKARE  
Enheten för kris- & katastrofpsykologi  
Akademiskt primärvårdscentrum

JULIA ESTARI  
VÅRDÄRARE, SJUKSKÖTERSKA  
Nationellt Centrum för suicidforskning  
och prevention av psykisk ohälsa, NASP

NILS LARSSON  
GIS SAMORDNARE, STATISTIKER  
Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin



## Enheten för kris- och katastrofpsykologi

Ingår i Akademiskt primärvårdscentrum. Enheten är Stockholms läns landstings kunskapscentrum och resurs för akutsjukvården, primärvården och psykiatri. Vad gäller undervisning, utvecklingsarbete och forskning inom det kris- och katastrofpsykologiska området.

Har som ett av sina uppdrag att vidmakthålla och utveckla den katastrofpsykologiska beredskapen inom Stockholms läns landsting.

Är expertfunktion till EKMB, Enheten för katastrofmedicinsk beredskap inom Stockholms läns landsting och ingår i den regionala katastrof-medicinska ledningen vid allvarliga händelser.

Aktuella forskningsprojekt handlar om utvärdering av stödinsatser efter stora olyckor och katastrofer, psykiska och somatiska reaktioner vid allvarliga händelser samt om personalstöd i samband med stora påfrestningar i arbetet.

För närvarande är fem personer knutna till enheten med specialitet inom psykotraumatologi, klinisk psykologi, vuxen- samt barn- och ungdomspsykiatri

# Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	3
<b>Sammanfattning</b> .....	5
<b>Summary</b> .....	<b>11</b>
<b>Kapitel 1</b> .....	<b>17</b>
WHO-projektet .....	23
Definitioner .....	23
Syfte.....	25
Uppläggning av rapporten.....	26
<b>Kapitel 2</b> .....	<b>27</b>
Bakgrund .....	27
<b>Kapitel 3</b> .....	<b>38</b>
Material och metod.....	38
Statistiska metoder och analyser .....	43
Etisk granskning.....	43
<b>Kapitel 4</b> .....	<b>44</b>
Resultat .....	44
Bakgrundsdata.....	44
Jämförelser mellan patientgrupper och befolkningen.....	47
Suicidförsök vid tidpunkten för intervjun .....	48
Uppgivna omständigheter som vid suicidförsöket.....	50
Uppgiven omständighet som bidragit till två senaste suicidförsöken .....	56
Potentiellt traumatiserade påfrestande händelser under barndom och tonår .....	57

Samband mellan påfrestande händelser före 15 års-ålder och ålder för suicidförsök.....	60
Jämförelser avseende påfrestande händelse under barndomen ...	64
<b>Kapitel 5 .....</b>	<b>69</b>
Fallbeskrivningar .....	69
<b>Kapitel 6 .....</b>	<b>83</b>
Diskussion.....	83
Suicidförsöket.....	85
Påfrestande händelser i anslutning till suicidförsöket .....	87
Motiv bakom suicidhandlingen .....	89
Potentiellt traumatiska livshändelser under barndom och tidiga tonår .....	92
Utveckling av suicidalt beteende .....	95
Sårbarhet och potentiellt traumatiserande händelser tidigt i livet	97
Sårbarhet i form av psykisk sjukdom .....	99
Stress-sårbarhetsmodellen som grund till ett förebyggande arbete.....	101
<b>Sammanfattning av studiens resultat.....</b>	<b>105</b>
<b>Rekommendationer.....</b>	<b>107</b>
<b>Referenslista .....</b>	<b>110</b>
<b>Bilagor .....</b>	<b>132</b>
Bilaga 1 .....	133
Bilaga 2 .....	135

# Förord

Själv mord är ett allvarligt folkhälsoproblem både i Sverige och i världen.

År 2014 var det 1 531 personer som tog sitt liv i Sverige, av dessa var 1 044 män och 487 kvinnor. Det finns säkert även ett stort mörkertal. I Sverige är självmord den vanligaste dödsorsaken bland män i åldern 15-44 år och den näst vanligaste bland kvinnor i samma ålder. Själv mord är den yttersta konsekvensen av psykisk ohälsa.

Vart och ett av dessa 1 531 dödsfall i självmord är en tragedi – en tragedi som borde ha gått att förebygga. Faktorer som leder till psykisk ohälsa är sociala, psykologiska och kroppsliga. Alla dessa går att påverka. De starkaste riskfaktorerna för fullbordade självmord är psykisk sjukdom och tidigare självmordsförsök. Risken är större när individen lider av flera psykiska sjukdomar och samtidigt utsätts för stressfyllda livshändelser. Att människor tar livet av sig beror inte på en naturlag. Det går att förebygga men det preventiva arbetet måste stärkas och det finns mycket arbete kvar att göra.

Denna rapport visar på ett omsorgsfullt sätt att påfrestande livshändelser spelar en viktig roll vid självmordsförsök, inte enbart strax före en suicidal handling utan även under uppväxttiden. Negativa livshändelser under uppväxten sätter prägel på en persons förmåga att handskas med livets svårigheter och påverkar utvecklingen av den suicidala processen.

De viktiga resultat som presenteras i föreliggande rapport bygger på data från Världshälsoorganisationens (WHO) multicenterstudie om självmordsförsök i flera europeiska länder. I Sverige leddes WHO:s arbete av Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP). Julia Estari, då anställd vid NASP, deltog i arbetet, genomförde de flesta intervjuerna och samlade på ett förtjänstfullt sätt in materialet vid Huddinge sjukhus under åren 1990-1992. Hon var också verksam i MONSUE-projektet (Monitoring Suicidal Behaviour in Europe) som stöddes av Europeiska Unionen.

Med dr Abbe Schulman har under många år på ett stimulerande sätt handlett Julias arbete och även lett samarbete med Nils Larsson, som utförde statistiska analyser. Deras viktiga bidrag till självmordspreventivt arbete kommer till gagn, inte bara inom Stockholms län utan också på nationell nivå.

Danuta Wasserman

Professor i psykiatri och suicidologi vid Karolinska Institutet.

Chef för Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) vid Karolinska Institutet.

# Sammanfattning

Suicid och suicidförsök utgör ett betydande folkhälsoproblem såväl i Sverige som i resten av världen. Antalet fullbordade suicid i Sverige ökade kraftigt under 1960-talet för att sedan sjunka från slutet av 1970-talet. Antalet personer som vårdades inom somatiskt eller psykiatrisk slutenvård efter ett suicidförsök i Stockholms län minskade samtidigt, dock inte i lika hög utsträckning som för suicid. För varje suicid registrerades cirka fem slutenvårdade suicidförsök. Eftersom ett genomfört suicidförsök innebär en allvarlig risk för framtida suicid hade det under många decennier pågått en intensiv forskning för att förklara uppkomsten av självmordsbenägenhet. I princip hade man tagit fram tre modeller; *stress-modellen*, enligt vilken man antog att påfrestande händelser kunde leda till utveckling av ett suicidalt beteende oavsett ålder, *psykisk hälsa-modellen*, enligt vilken suicidalt beteende i de flesta fall utgjorde en del av en psykisk sjukdom och *stress-sårbarhets-modellen*, som var en kombination av de två ovanstående modellerna. Trots all forskning fanns det när denna studie påbörjades luckor i förståelsen av varför människor gjorde suicidförsök och hur man inom hälso- och sjukvården kunde förhindra såväl nya suicidhandlingar som fullbordade suicid.

En möjlighet att studera betydelsen av påfrestande händelser för suicidalt beteende i Stockholms län, gavs genom att Stockholm 1989 ingick i en Europeisk multicenterstudie i Världshälsoorganisationens regi. I denna studie registrerades och intervjuades, på ett av sjukhusen i Stockholms läns landsting, samtliga personer som kom till sjukhuset efter ett suicidförsök. Under åren 1990 - 1992 intervjuades patienterna efter en omfattande intervjuguide kallad EPSIS I (European Parasuicide Study Intervju Schedule). Intervjun följde ett 75-sidigt frågeformulär som utöver sociodemografiska frågor också omfattade omständigheterna vid det aktuella suicidförsöket, personens subjektiva uppfattning om bidragande faktorer till suicidförsöket samt aktuell kroppslig och psykisk hälsa. Dessutom användes ett självrapporteringsinstrument kallat STEQ (Stressful and Traumatic Events Questionnaire) med frågor om påfrestande händelser under barndom och tidiga tonår (< 15 år), senare i livet ( $\geq$  15 år) samt under de senaste 12 månaderna före suicidförsöket. För att bedöma förekomst av depression respektive

känsla av hopplöshet användes Becks Depressionsinventorium och Hopplöshetsskala.

**Syftet** med denna studie var att med utgångspunkt från intervjuer med personer som gjort suicidförsök få ökad kunskap om betydelsen av påfrestande händelser under barndom och tonår respektive senare i livet för utlösandet av ett eller flera suicidförsök.

**Material och metod:** För att få ingå i studien krävdes att personen hade gjort ett suicidförsök, vårdats på sjukhusets somatiska eller psykiatriska akutmottagning, var mantalsskriven inom sjukhusets upptagningsområde och hade fyllt 15 år. Under studietiden vårdades 458 personer som uppfyllde inklusionskriterierna och av dessa intervjuades 202 personer (44 %). Bortfallet berodde på att personerna lämnat sjukhuset innan de blivit tillfrågade om deltagande i studien, att de av vårdpersonalen bedömdes vara alltför allvarlig kroppsligt eller psykiskt sjuka, inte talade svenska eller själva avböjde att delta. Intervjuerna ägde rum på sjukhusets vårdavdelningar samt i enstaka fall i hemmet. De flesta intervjuerna gjordes av en forskningsassistent samt i några fall av en kurator eller psykolog. Flertalet intervjuer varade mellan en till tre timmar. För att bedöma tillförlitligheten i intervjuerna spelades 16 intervjuer in på band och bedömdes av två oberoende bedömare.

I huvudsak användes deskriptiva statistiska metoder. ANOVA användes vid jämförelse av medelvärden för Becks Depressionsinventorium och Hopplöshetsskalan och logistisk regression för att bestämma oddskvoter för utfallsvariablerna upprepade suicidförsök och ett första suicidförsök före 24 års ålder. Studien har granskats av Forskningsetiska kommittéer.

**Resultat:** Den studerade patientgruppen skilde sig inte från befolkningen i upptagningsområdet vad gällde ålder, kön och svenskt medborgarskap, däremot var andelen ogifta och separerade högre i patientgruppen. Av de som vårdats på sjukhuset efter ett suicidförsök var kvinnor överrepresenterade, vilket överensstämmer med att kvinnor oftare än män gör suicidförsök. För närmare hälften av de intervjuade var det första gången de gjorde ett suicidförsök. De flesta använde sig av "mjuka metoder" d.v.s. intoxikerade sig, oftast med läkemedel. Äldre patienter hade oftare än yngre en psykiatrisk



diagnos. Andelen med psykiatrisk diagnos var lägst bland tonåringar och unga vuxna.

Vanligaste uppgivna omständighet vid suicidförsöket för både män och kvinnor var psykisk sjukdom. Relationsproblem och separation var vanligare bland kvinnor medan kroppslig sjukdom, missbruk och arbete/ekonomi var vanligare bland män. Det fanns ett samband mellan uppgivna omständigheter och ålder för suicidförsöket. Andelen som uppgav relationsproblem minskade medan kroppslig ohälsa ökade med stigande ålder.

De vanligaste uppgivna motiven bakom suicidförsöket hos både kvinnor och män var en önskan att komma bort från en oacceptabel situation och egna plågsamma tankar, som man inte längre stod ut med. Närmare 60 % angav att de ville dö då de gjorde sitt suicidförsök.

En stor del av patienterna hade vuxit upp i splittrade hem och närmare hälften hade varit skilda från en eller båda föräldrarna under lång tid under barndomen. Många hade vuxit upp med föräldrar som hade missbruksproblem och/eller led av en kronisk sjukdom. Närmare en fjärdedel av patienterna hade utsatts för fysiskt våld av sina föräldrar och ännu fler uppgav att de varit utsatta för psykisk misshandel under sin uppväxt. Tio kvinnor och en man hade utsatts för sexuella övergrepp av föräldrar eller ett syskon.

Det fanns ett samband mellan påfrestande händelser före 15 års ålder och åldern för det första suicidförsöket. Problem hos föräldrar, att vara separerad från minst en förälder under låg tid, vanvård och psykisk misshandel var vanligare hos patienter som gjort sitt första suicidförsök före 24 års ålder. Risken för upprepade suicidförsök ökade också hos de patienter som upplevt flera påfrestande händelser under sin uppväxt.

Med ökande antal påfrestande händelser under uppväxttiden ökade oddskvoten för ett tidigt suicidförsök respektive upprepade försök.

Kvinnor i patientgruppen skilde sig signifikant från en matchad jämförelsegrupp av kvinnor, som inte gjort något suicidförsök, beträffande förekomst av påfrestande händelser före 15 års ålder. De uppgav också i högre grad att de försumrats eller lämnats ensamma

under sin uppväxt och trodde sig inte ha varit älskade av sina föräldrar.

De flesta intervjuade patienterna uttryckte en lättnad över att få berätta om sitt suicidförsök, som för många av dem var kopplat till starka skam- och skuld känslor.

Tidigare suicidförsök utgjorde en viktig riskfaktor för fullbordat suicid. I denna studie hade 25 personer (12,4 %) suiciderat inom 10 år efter intervjun.

### **Rekommendationer**

- Tidiga preventiva insatser riktade mot barn och tonåringar som utsatts för potentiellt traumatiska påfrestningar är nödvändiga men sätts i allmänhet in för sent. Det finns suicidpreventiva program riktade till skolbarn, som visat sig minska såväl svåra suicidtankar som suicidförsök.
- Personal i förskolor, skolor och fritidsverksamheter behöver vara uppmärksamma på beteendestörningar, nedsatt koncentrationsförmåga och försämrade skolresultat, som kan vara en effekt av missförhållanden i hemmet eller andra påfrestande upplevelser i tidig ålder.
- I vården av föräldrar med psykisk sjukdom, missbruk, suicidbenägenhet eller anamnes på familjevåld behöver man alltid beakta barn och ungas familjesituation.
- När en människa gör ett suicidförsök, d.v.s. går från suicidtankar till handling, har den suicidal processen fortskridit och antagit en farlig dimension. Samtidigt har man inom hälso- och sjukvården kanske för första gången en möjlighet att intervensera och påverka det fortsatta förloppet. Det måste inom vården finnas tydliga rutiner för suicidriskbedömning, som också omfattar kunskap om hur man samtalar med en suicidal person.

- Ett suicidförsök är ett desperat sätt att ta sig ur en situation som en suicidal person inte tror sig kunna hantera. Efter att ha gjort ett suicidförsök behöver personen få möta sjukvårdspersonal som tar sig tid att lyssna, orkar hårbärgera svåra känslor och lidande samt har förmåga att förmedla trygghet.
- I samband med att personen vårdas efter ett första suicidförsök, särskilt om det gäller unga människor, är det nödvändigt att man gör en grundlig anamnesgenomgång som utöver frågor om tidigare psykisk och kroppslig ohälsa också handlar om påfrestande händelser under uppväxtiden. Därutöver behöver man ta reda på personens syn på vad som utlöst suicidförsöket och vilka problem handlingen avsett att lösa. Samtidigt är det viktigt att inte enbart fokusera på problem utan också se till personens egna resurser och tillgång till socialt nätverk.
- För att få en ökad förståelse för bakgrunden till ett aktuellt suicidförsök kan det vara av värde att utgå från stress – sårbarhetsmodellen och på motsvarande sätt som i denna studie för varje person redan vid det första suicidförsöket föra in viktiga påfrestande livshändelser längs en tidsaxel. Detta "protokoll" kan läggas till journalhandlingarna och tas fram vid varje nytt suicidförsök.
- Vid upprepade suicidförsök är risken stor att man placerar in personen i olika fack utifrån diagnoser som depression, psykos eller missbruk. Det är lika viktigt som vid det första suicidförsöket att man tar reda på vad handlingen utlösts av och vad den avsåg att lösa för problem. Personer som under sin uppväxt utsatts för sexuella övergrepp och fysiskt våld och gör upprepade suicidförsök utgör en grupp med extremt hög suicidrisk.

- Hos äldre personer är den utlösande uppgivna orsaken vanligen kroppslig sjukdom och ensamhet till följd av förlust av närstående. Det är därför viktigt med samverkan mellan ansvariga för både den psykiatriska och somatiska vården.
- Det hjälper inte en suicidal person att man gör en suicidriskbedömning om man inte kan erbjuda personen något som innebär en möjlighet till förändring av livssituationen på sikt.
- Önskvärt är att alla unga personer som gör ett suicidförsök och personer som bedömts ha hög suicidrisk omhändertas och behandlas av ett multidisciplinärt team bestående av psykiatriker, psykolog, socionom och psykiatrisjuksköterska.
- Före utskrivning till hemmet måste det vara ordnat med återbesök för uppföljning.
- Grundläggande och fortlöpande utbildning i suicidologi för vårdpersonal inom BUP, vuxenpsykiatri och primärvård borde vara obligatorisk. Inom psykiatri behövs handlingsprogram för genomgång och granskning av rutiner såväl vid suicidförsök som efter fullbordade suicid i anslutning till vård.
- Det behövs ett handlingsprogram för stödjande åtgärder, såväl i nära anslutning till händelsen som på sikt, till personal efter fullbordat suicid. Därutöver borde det vara självklart att man i lugnare skede cirka en månad efter suicidet genomför en lärande genomgång med berörd personal i form av en retrospektiv genomgång.

# Summary

Major events, adverse childhood experiences and attempted suicide – riskfactors and reported circumstances underlying suicide attempts.

Suicide and suicide attempts constitute a significant public health burden both in Sweden and in the rest of the world. The number of suicides in Sweden rose sharply in the 1960s whilst from the late 1970s the number fell. The number of people treated in somatic and/or psychiatric inpatient care in Stockholm after a suicide attempt also fell, although not to the same extent as for actual suicides. For every suicide recorded there were about five patients hospitalized on account of suicide attempt. As a suicide attempt is known to pose serious risk of a future suicide, intensive research has aimed to explain the emergence of suicidality for many decades. In principle, three models had been developed; 1) stress-model which assumed that stressful events could lead to the development of suicidal behavior regardless of age, 2) mental health model, under which the suicidal behavior in most cases was considered part of a mental illness and 3) stress-vulnerability model, which was made up of a combination of the two previous models. Despite the volume of research available at the time this study first began, there were gaps in the understanding as to why people attempted suicide and how health care services could prevent first time suicide attempts as well as actual suicide.

An opportunity to study the role of stressful events in suicidal behavior in Stockholm County arose in 1989 when Stockholm participated in a European study under the auspices of WHO. In this study, persons in Stockholm County admitted to hospital after a suicide attempt were interviewed. During 1990 – 1992, patients were interviewed using an extensive interview guide called EPSIS I (European Para Suicide Study Interview Schedule). The interview consisted of a 75-page questionnaire which in addition to sociodemographic questions also covered the circumstances of the actual suicide attempt, the person's subjective perception about the contributing factors of the suicide attempt and current physical and mental health. In addition, a self-reporting instrument called STEQ

(Stressful and Traumatic Events Questionnaire) with questions about stressful events during childhood and early teens (<15 years), later in life (> 15 years) and during the last 12 months before the suicide attempt. To assess the prevalence of depression and feeling of hopelessness the Beck Depressions Inventory and Hopelessness Scale were used.

The purpose of this study was to increase knowledge in relation to the importance of stressful events during childhood, teenage years and later in life as the trigger of one or more suicide attempts based on interviews with people who have made suicide attempts.

**Method and material:** Included in the study were persons who had attempted suicide and were admitted to a general hospital or emergency psychiatric department, were registered as living in the hospital's catchment area and had reached 15 years of age. During the study period, 458 people who met the inclusion criteria were treated, of which 202 persons (44%) were interviewed. The fall out was due to people discharged from hospital prior to being asked about participating in the study, medical staff judging persons to be too physically or mentally ill to participate, people who did not speak Swedish or those who declined to participate. The interviews were conducted in hospital wards and in some cases, in the home. Most of the interviews were conducted by a research assistant and, in some cases, by a counselor or psychologist. Most of the interviews lasted between one to three hours. To assess the reliability of the interviews, 16 interviews were video recorded and assessed by two independent assessors.

**Results:** The patient group in the study did not differ from the population in the catchment area in relation to age, gender, and Swedish citizenship whilst the proportion of single and separated people was higher in the patient group. Of those who were treated in hospital after a suicide attempt, women were over-represented, which is consistent with the fact that women more often than men attempt suicide. For almost half of those interviewed it was their first suicide attempt. Most used "soft methods", for example overdose, usually with prescription medication. Older patients were more likely than younger patients to have a psychiatric diagnosis. The

proportion of psychiatric diagnosis was lowest among teenagers and young adults.

The most frequently reported factor in suicidal attempt for both men and women was mental illness. Relationship problems and separation were more common among women, while physical illness, addiction and work/financial pressures were more common among men. There was a connection between the reported factors of the suicide attempt and the age of the person. The proportion who reported relationship problems declined with age, while physical ill-health increased with age.

The most commonly stated motives behind the suicide attempt among both women and men were a desire to get away from an intolerable situation and from their own agonizing thoughts, which was no longer tolerable. Almost 60% of those interviewed stated that they wanted to die when they attempted suicide.

A large portion of the patients had grown up in broken homes and nearly half had been separated for a long duration from one or both parents during childhood. Many had grown up with parents who had substance abuse problems and / or suffered from a chronic illness. Almost a quarter of the patients had experienced physical violence by their parents and even more said that they had been subjected to psychological abuse during their childhood. Ten women and one man had been sexually abused by the parents or a sibling.

There was a relationship between stressful events before the age of 15 and the age of the first suicide attempt. Difficulties among parents, being separated from at least one parent for a long period of time, neglect and psychological abuse were more common in patients who attempted suicide before age 24. The risk of repeated suicide attempts also increased in those patients who experienced several stressful events during their upbringing.

With increased number of stressful events during childhood the odds ratio for an early suicide attempt and repeated suicide attempts rose.

Women in the patient group differed significantly to a matched comparison group that had not attempted suicide in relation to the occurrence of stressful events before the age of 15. They also reported

a greater incidence of neglect, being left alone while growing up and believed not to have been loved by their parents.

Most patients interviewed expressed a sense of relief at having been able to speak about their suicide attempt, which for many, was linked to strong feelings of shame and guilt.

Previous suicide attempts were an important risk factor for an actual suicide. In this study, 25 people interviewed (12.4%) committed suicide within 10 years after the interview.

### **Recommendations**

- Early preventive efforts targeted at children and teenagers exposed to potentially traumatic stressors are necessary but generally implemented too late. There are suicide prevention programs directed at school children shown to reduce both serious suicidal thoughts as well as suicide attempts.
- Staff in nurseries, schools and youth recreational centers need to be attentive to behavioral disturbances, impaired concentration and impaired school performance, which may be a result of dysfunction in the home or of other stressors experienced in early age.
- In the care of parents with a mental illness, substance abuse, suicidal tendencies or a history of domestic violence one needs to always take into account the children's and young person's family circumstances.
- When a person attempts suicide, that is moves from suicidal thoughts to action, the suicidal process has commenced and assumed a dangerous dimension. However, once in the health care system, perhaps for the first time there exists an opportunity to intervene and influence the progression. Within the healthcare services there must be clear procedures for suicide risk assessment, which also includes knowledge of how to converse with a suicidal person.

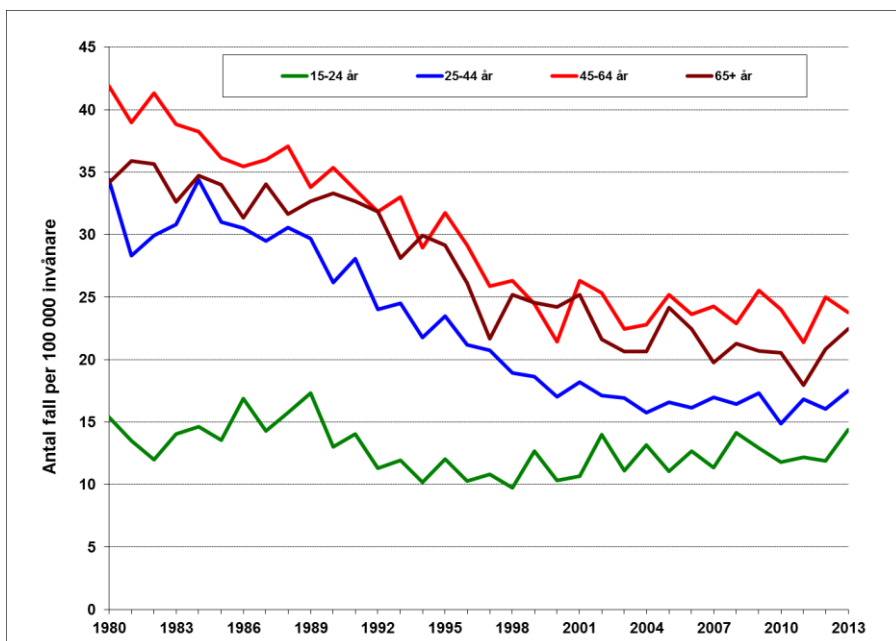


- A suicide attempt is a desperate way to get out of a situation that a suicidal person does not think they can manage. After having completed a suicide attempt, the person needs to meet with healthcare professionals who take the time to listen, have the capacity to contain difficult and painful feelings and have the ability to convey security.
- In relation to the care provided to a person after an initial suicide attempt, especially when it comes to young people, it is necessary to take a complete medical history that, in addition to questions about a person's former mental and physical ill-health also includes questions about stressful events during childhood and upbringing. In addition, one needs to find out the person's own view of what triggered the suicide attempt and the problems it was intended to solve. It is however, important not only to focus on the problems but also to highlight the person's own resources and their access to social networks.
- To get a better understanding of the background to a recent suicide attempt, it may be useful to apply the 'stress - vulnerability' model and, as seen in this study, for each person already with an initial suicide attempt, bring in major stressful life events along a time axis. This "protocol" can be included in the patient's journal and retrieved with every new suicide attempt.
- In the case of repeated suicide attempts, there is a high risk of placing the person into different categories based on diagnoses such as depression, psychosis or addiction. It is just as important as with the first suicide attempt to find out what the action was triggered by and what problems it was intended to solve. Those persons who were victims of sexual abuse and physical violence during their childhood and made repeated attempts of suicide constitute a group with extremely high suicide risk.

- In elderly persons, the stated cause is usually a physical illness and loneliness due to the loss of loved ones. It is therefore important to have collaboration between those responsible for both the psychiatric and somatic care.
- It does not help a suicidal person by making a suicide risk assessment if one cannot offer the person an opportunity to change their life circumstances in the long term.
- It is desirable that all young people who make a suicide attempt and persons assessed as having a high risk of suicide are cared for and treated by a multidisciplinary team consisting of a psychiatrist, psychologist, social worker and psychiatric nurse.
- Before discharge home from the hospital, follow-up visits must be arranged.
- A basic and ongoing education in suicidology for health professionals within child and adolescent psychiatry, adult psychiatry and primary health care should be mandatory. In psychiatry, there is a need for supervision programs for the review of procedures after both suicide and suicide attempts within the health care system.
- A program of support measures is required for staff that has been in close proximity to a suicide. In addition, a learning review in the form of “psychological autopsy” with involved staff should take place at a calmer phase, approximately one month after the suicide.

# Kapitel 1

Suicid och suicidförsök utgör ett betydande folkhälsoproblem såväl i Sverige som i resten av världen. Antalet fullbordade suicid i Sverige ökade kraftigt under 1960-talet för att sedan successivt sjunka från slutet av 1970-talet. Under perioden 1980–1995 minskade självmordstalet, d.v.s. antalet suicid per 100 000 invånare med 27,5 % (Figur 1).



Figur 1. Antal personer som suiciderat (säkra och osäkra) i Sverige per 100 000 invånare i olika åldersgrupper under åren 1980 – 2013.

1980 registrerades 2 237 suicid (säkra och osäkra) i Sverige (Mäkinen & Jiang, 2002). Tjugo år senare hade antalet minskat till 1 467 personer (Jiang et al., 2010). Under 2013 tog 1 600 personer, 15 år och äldre, sitt liv. Av dessa var 1 104 män och 496 kvinnor. Självmordstalet har fluktuerat något under 2000-talet men har i stort sett legat kvar på samma nivå (Jiang et al., 2015a). Självmordstalet i

Stockholms län låg år 2013 på 20,9, vilket var lite över riksgenomsnittet (Jiang et al., 2015b).

Trots nedgången var suicid år 2013 fortfarande den vanligaste dödsorsaken för män i åldrarna 15 - 44 år och den näst vanligaste för kvinnor i samma åldersgrupp. För unga människor (15 - 24 år) har självmordstalet inte minskat i samma takt som för andra grupper, snarare har det för denna åldersgrupp funnits en lätt tendens till ökning under det senaste decenniet (Jiang et al., 2015a).

Under motsvarande tid minskade också antalet personer, som vårdades inom psykiatrisk eller somatisk slutenvård efter ett suicidförsök såväl i Stockholms län som i landet i övrigt. Minskningen var dock inte lika uttalad som för fullbordade suicid (Figur 2).

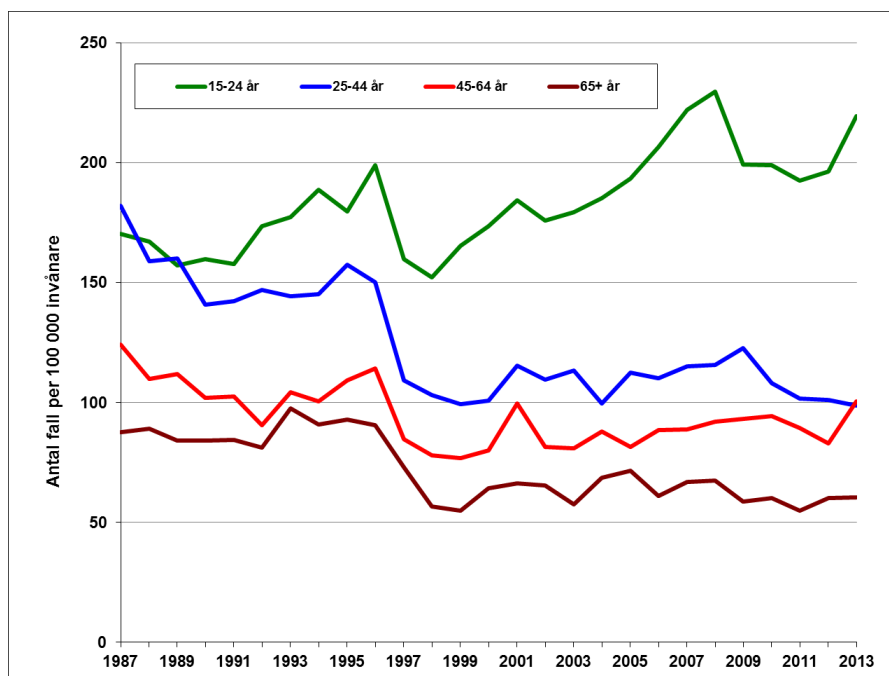


Fig. 2. Antal suicidförsök (säkra och osäkra) per 100 000 invånare som registrerats i slutenvården i Stockholms län under åren 1987-2013.

En kraftig nedgång i antal vårdade patienter efter suicidförsök inträffade mellan åren 1996 och 1997 varefter kurvorna planade ut med undantag för den yngsta åldersgruppen. Orsaken till minskningen 1996/1997 är okänd. En möjlig förklaring kan vara att man inom sjukvården gick från version 9 till version 10 i ICD:s klassifikationssystem för sjukdomar (Socialstyrelsen, 1996) och att registreringen av patienter, som gjort suicidförsök då blev osäkrare. Statistiken måste under alla omständigheter tolkas med försiktighet eftersom antalet inläggningar också påverkas av aktuell sjukvårdspraxis såsom rutiner för in- och utskrivning, val mellan slutna eller öppna vård eller tillgång till vårdplatser (Jiang et al., 2010).

Självordsförsökstalet, d.v.s. antalet vårdade personer efter suicidförsök per 100 000 invånare under ett år, har särskilt under 2000-talet ökat för unga personer i åldrarna 15-24 år. För denna åldersgrupp registrerades år 2008 det högsta självordsförsökstalet på 27 år (Jiang et al., 2015c).

Särskilt oroväckande var en kraftig ökning av suicidförsök hos unga kvinnor som föranledde slutna vård (Jiang et al., 2015c). I Stockholms län ökade antalet slutenvårdstillfällen efter suicidförsök hos kvinnor med cirka 70 % mellan åren 1988 och 2013 (Fig. 3).

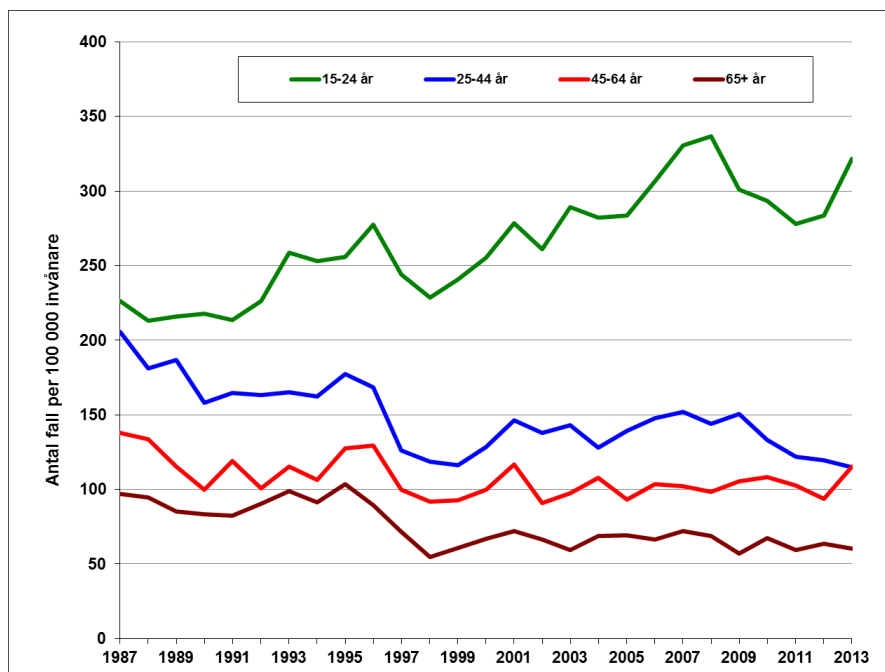


Fig. 3. Antal suicidförsök (säkra och osäkra) för kvinnor i olika åldrar per 100 000 invånare som registrerats i slutenvården i Stockholms län under åren 1987-2013.

År 2013 vårdades 1 922 personer i Stockholms län (8 697 i hela Sverige) efter ett suicidförsök. För varje suicid registrerades cirka fem slutenvårdade suicidförsök. Eftersom inte alla som gjort suicidförsök vårdats på sjukhus kan det finnas ett mörkertal. Man har genom att ställa frågor om suicidtankar och suicidförsök i folkhälsoundersökningar uppskattat att det för varje fullbordat suicid görs cirka tio suicidförsök (Socialstyrelsen, 1996; Hawton et al., 1998).

Eftersom ett genomfört suicidförsök innebär en allvarlig risk för framtida suicid (Maris, 1992; Beautrais et al., 1996), har det alltsedan Stengel & Cook 1958 publicerade sina resultat pågått en intensiv forskning för att finna likheter respektive olikheter mellan personer som gör suicidförsök eller som avlider genom suicid (Beautrais, 2001).

Det finns både likheter och olikheter mellan båda grupperna. Betydligt fler män än kvinnor avlider genom suicid samtidigt som fler kvinnor än män gör suicidförsök (Linehan, 1986). Suicidförsök är vanligare bland yngre personer, metoderna är "mjukare" (intoxikationer) och avsikten att dö är inte lika uttalad som vid allvarliga suicidhandlingar särskild inte sådana som leder till döden. Ju allvarligare suicidhandlingen är desto vanligare är det att handlingen utförts under inflytande av en psykisk störning (Neeleman et al., 2004). Cirka 90 % av alla som tar sina liv har en psykisk störning eller sjukdom, oftast depression, missbruk eller psykossjukdom (Runeson, 1990; Ösby 2000; Wasserman, 2003).

Suicidtankar är emellertid vanligt förekommande i befolkningen, särskilt hos yngre människor. Nästan var tredje person uppger att de någon gång i livet haft suicidtankar och/eller en önskan att dö. (Beskow et al., 1993). De flesta kommer varken att göra något suicidförsök eller ta sitt liv och detta gäller också för majoriteten av dem som har en psykisk störning eller sjukdom. För att förstå varför en del människor blir suicidala medan andra stannar upp i den "suicidala processen" och inte fullföljer sina avsikter behöver man därför studera andra faktorer än psykiska sjukdomstillstånd. Yttre påfrestande händelser har i många studier visat sig vara viktiga såväl vad gäller etiologin till psykiska sjukdomstillstånd som till självdestruktivt beteende (Dube et al., 2001). Uppmärksamheten har särskilt riktats mot missförhållanden under uppväxtiden. Fysiska och psykiska övergrepp har ansetts vara särskilt allvarliga för den psykiska hälsan längre fram i livet (Sandin et al., 1998; Salander et al., 2004). Ökad förekomst av påfrestande händelser tiden före ett suicidförsök har konstaterats i många studier. Paykel et al. (1975) kunde t.ex. visa att de som gjort suicidförsök rapporterat fyra gånger fler "negativa" händelser under sex månader före suicidförsöket jämfört med en kontrollgrupp. Slutsatserna från psykosocial stressforskning har emellertid ifrågasatts inte minst på grund av att forskningen utgått från olika teoretiska modeller eller varit behäftad med allvarliga metodologiska problem (Sandin et al., 1998).

Det finns i princip tre modeller för att förklara uppkomsten av självmordsbenägenhet som fortsättningsvis benämns som suicidalitet:

1. *Stress-modellen*, enligt vilken man antar att påfrestande händelser kan leda till utveckling av ett suicidalt beteende oavsett ålder, men där risken är störst för unga människor som drabbats av svårigheter under sin uppväxt.

2. *Psykisk hälsa-modellen*, enligt vilken suicidalt beteende i de flesta fall utgör en del av en psykisk sjukdom, oftast depression, missbruk eller psykossjukdom.

3. *Stress-sårbarhetsmodellen*, som är en kombination av de två första modellerna. Utgångspunkten är att påfrestande händelser under tidiga år kan leda till en psykisk sårbarhet alternativt psykisk sjukdom och att denna sårbarhet bidrar till att påfrestande livshändelser senare i livet kan utlösa ett suicidförsök.

Vilken modell man arbetar efter har inte bara akademiskt intresse utan spelar stor roll för vilka insatser samhället skall prioritera i ett suicidpreventivt syfte. Om man tror på stress-modellen bör man satsa på såväl universella mentalhjälsoprogram för att öka unga människors motståndskraft och förmåga att hantera påfrestande händelser som på stöd till personer, som drabbats av svåra händelser i livet. Om man ser psykisk sjukdom som huvudsaklig orsak till suicidalitet torde det vara mera ekonomiskt lönsamt att fokusera det preventiva arbetet på personer med psykiska sjukdomar, där man vet att suicidrisken är hög. Åtgärder i enlighet med stress-sårbarhetsmodellen kan utgöras av en kombination av allmänt hälsofrämjande karaktär och åtgärder riktade mot riskgrupper för suicid.



## WHO-projektet

En möjlighet att studera betydelsen av påfrestande händelser, som en av flera utlösande faktorer för suicidalt beteende, fanns genom att Stockholm via Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) sedan 1989 har ingått i en Europeisk multicenterstudie i Världshälsoorganisationens regi (Wasserman, 1991; Wasserman et al., 1994). I detta projekt riktades uppmärksamheten särskilt på människor som vårdades på sjukhus efter ett suicidförsök.

I Stockholms län registrerade man på de somatiska och psykiatriska akutmottagningarna på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge, med start 1989 samtliga personer som kom till sjukhuset efter ett suicidförsök. Periodvis intervjuades dessutom alla som kom till sjukhuset efter ett suicidförsök. Under perioden mars 1990 till februari 1992 utvidgades intervjuerna i ett projekt kallat The Repetition Prediction Project of the WHO/EURO Multicenter Study on Parasuicide (Bille-Brahe et al., 1994). De som gjort ett suicidförsök intervjuades efter en intervjuguide kallad EPSIS I (European Parasuicide Study Interview Schedule). Denna rapport bygger på resultat från dessa intervjuer.

## Definitioner

Etiologin bakom suicidalt beteende är komplex och förståelsen försvåras dessutom av att studier om suicidalt beteende är behäftade med många metodologiska problem. Olika forskargrupper använder olika definitioner på centrala begrepp, vilket försvårar jämförelser mellan studierna. I internationell litteratur används i huvudsak det engelska ordet "suicide" för självmord. Ordet används också i begrepp som beskriver olika självmordsbeteenden såsom "suicide ideation" för självmordstankar, "suicidality" för självmordsbenägenhet, "attempted suicide" för självmordsförsök och "completed suicide" för fullbordat självmord. I Sverige används numera i allt högre utsträckning ordet "suicid" såväl inom hälso- och sjukvården som inom forskarvärlden. I denna rapport kommer vi därför fortsättningsvis att använda ordet suicid och inte självmord.

### *Suicidalitet*

Samlingsnamn för tankar och planer på suicid och genomförda suicidhandlingar.

### *Suicidhandling*

Suicidhandlingar är ett övergripande begrepp som omfattar både suicidförsök och fullbordade suicid.

*Suicid eller fullbordat suicid* definieras som en handling där en person avsiktligt skadat sig själv och där handlingen lett till döden.

### *Suicidförsök*

I den anglosaxiska suicidforskningen har man med suicidförsök tidigare avsett en handling utan dödlig utgång, där personen medvetet skadat sig i avsikt att dö. När man intervjuat personer som tillfogat sig skada har det visat sig att många inte haft för avsikt att dö. Personer med självdestruktivt beteende utan suicidavsikt skiljer sig på flera sätt från personer med allvarligt menad avsikt att dö (Linehan, 1986). Det är emellertid svårt att avgöra om en suicidavsikt förelegat eller inte då många personer efter ett suicidförsök av olika skäl förnekar att de hade för avsikt att ta sitt liv. I många studier har man kallat alla självtillfogade skador för suicidförsök, tyvärr ofta utan att definiera vad man menat (Velamoor & Cernovsky, 1992). För att få ordning i suicidforskningen introducerades ett nytt begrepp, *parasuicid* av Kreitman (Kreitman & Casey, 1988), som ett samlingsnamn för alla handlingar där en person själv tillfogar sig kroppsliga skador utan att dessa skador leder till döden. Handlingen kan ha gjorts med eller utan avsikt att dö. Med denna definition, som också används i denna rapport, har man kommit från svårigheten att bedöma suicidavsikten (Platt et al., 1992).

### *Livshändelser*

Inom suicidforskningen föreligger en rad definitionsproblem också vad gäller händelser, som kan ha betydelse för utvecklingen av ett suicidalt beteende. I den anglosaxiska litteraturen används olika begrepp för påfrestningar, som människor kan utsättas för. Man för ofta samman händelser och reaktionerna på dessa händelser under samma tak. När det gäller händelser särskilt under barn- och ungdomsåren används såväl termen "adverse experiences", som

skulle kunna översättas med skadliga eller negativa upplevelser, som "negative life events", d.v.s. negativa livshändelser. I samband med suicidhandlingar under vuxenlivet används ofta termerna "negativa livshändelser" eller "traumatiska livshändelser". När man för samman händelsen med reaktionerna på densamma talar man om "negativ livsstress" eller "traumatisk stress" utan att närmare beskriva vad man menar. Detta försvårar tolkningen av resultaten. I denna rapport har vi försökt renodla begreppen. Vi har hållit isär händelserna från reaktionerna och försökt undvika begreppet stress. I professionella sammanhang är man förhoppningsvis klar över innebörden av stressbegreppet. I vardagligt bruk kopplas emellertid "stress" i allt större utsträckning samman med "tidsnöd", "resursbrist" och liknande.

I stället för "livshändelser" eller "negativa livshändelser" har vi i denna rapport använt begreppet *påfrestande händelser*. Eftersom en påfrestande händelse inte med nödvändighet orsakar en psykisk skada föredrar vi att använda termen "*potentiellt traumatiserande händelser*" för händelser som kan leda till traumatiska (psykiska) skador.

## Syfte

Det övergripande syftet med denna studie var att få ökad kunskap om betydelsen av påfrestande händelser under barndom och tonår respektive senare i livet för utlösandet av ett suicidförsök.

Följande frågeställningar har aktualiserats:

- Vilka påfrestande händelser anger personer som utlösande till aktuellt respektive senast föregående suicidförsök?
- Anges olika typer av påfrestande händelser, som utlösande för ett suicidförsök, beroende på personens ålder vid suicidförsöket?

- Finns det samband mellan suicidförsök och påfrestande händelser under barndom och tonår?
- Finns det ett samband mellan antalet påfrestande händelser under barndom och tonår och ålder för aktuellt suicidförsök respektive för upprepade försök?
- Finns det skillnader gällande påfrestande händelser i barndom och tonår mellan kvinnor som gjort respektive inte gjort suicidförsök?

### **Uppläggning av rapporten**

I kapitel 1 beskrivs studiens syfte och de centrala begrepp och definitioner som används i denna studie. I kapitel 2 ges en bakgrund till studien med sammanfattningar av tidigare undersökningar om påfrestande händelsers betydelse för utveckling av ett suicidalt beteende. Det finns oerhört mycket forskning om andra riskfaktorer för suicid men sådana artiklar hänvisas det i mindre utsträckning till i denna rapport. Kapitel 3 beskriver de två delprojekt som studien bygger på, intervjuernas genomförande, frågeområden och metod för bearbetning. I kapitel 4 presenteras resultaten från studien. I kapitel 5 ges några levnadsbeskrivningar i avsikt att belysa resultaten i delstudierna. I det avslutande kapitlet diskuteras resultaten och kapitlet avslutas med rekommendationer om hur resultaten kan användas i samtal med suicidala personer för att göra en säkrare suicidriskbedömning och ställningstagande till behandling.

# Kapitel 2

## Bakgrund

### **Påfrestande händelsers betydelse för suicidalt beteende**

Alla människor kommer någon gång under sitt liv att få uppleva en eller flera psykiskt påfrestande händelser. Det tillhör livet. Medan konsten och litteraturen i alla tider beskrivit människors utsatthet men också förmåga att ta sig igenom extremt svåra situationer, så har systematisk forskning på effekterna av psykiskt påfrestande händelser på kropp och själ fått vänta till andra hälften av 1900-talet. Därmed inte sagt att de psykiska reaktionerna efter påfrestande händelser inte beskrivits tidigare (Shalev et al., 2000).

1970-talets forskning om psykiska och sociala konsekvenser av Vietnamkriget på amerikanska soldater och studier på våld och sexuella övergrepp mot kvinnor och barn lade grunden till insikten om att svåra påfrestande händelser kan leda till en rad olika psykiska sjukdomstillstånd. Detta ledde till att man introducerade en ny diagnos, PTSD (eng. posttraumatic stress disorder) i den Amerikanska psykiatriska föreningens diagnossystem (DSM-III, 1980). Införandet av diagnosen PTSD var ett första steg att koppla samman psykiska reaktioner med överväldigande påfrestande händelser. Därmed öppnades fältet för systematiska undersökningar på drabbade personer och för prövning av olika interventions- och behandlingsmetoder för att minska följdverkningarna av svåra påfrestande händelser (van der Kolk & McFarlane, 1996).

När diagnosen posttraumatiskt stressyndrom infördes 1980 beskrevs traumatiska händelser som något "utanför ramarna för vanliga mänskliga erfarenheter" (DSM-III, 1980). Senare forskning har visat att denna definition inte överensstämde med verkligheten. Vanvård under barn- och tonårsperioden, våld och sexuella övergrepp framförallt mot kvinnor och barn är tyvärr att betrakta som en ofta förekommande mänsklig erfarenhet. Traumatiska händelser är inte extraordinära för att de inträffar sällan utan snarare för att de kan omintetgöra människors normala anpassning till livet (Herman,

1998). Som en följd av en rad befolkningsstudier om svåra händelser under livet har därför kriterierna för PTSD fått revideras flera gånger (DSM-IV TR, 2000). Den senaste upplagan kallad DSM-5 publicerades under år 2013 och finns nu också på svenska, Mini D 5 (Herlofson, 2014).

Påfrestande händelser av extrem karaktär under livsryckeln rapporteras ofta i befolkningsstudier, särskilt från USA där de flesta studierna gjorts. I en sådan amerikansk studie rapporterade 76 % av vuxna personer att de någon gång i livet varit utsatta för en händelse, som forskarna betecknade som extremt påfrestande (Elliot & Briere, 1995). I studier på patienter som vårdats på psykiatriska kliniker har patienterna i hög utsträckning uppgett att de varit med om svåra händelser tidigare i livet (Saxe et al., 1993; Schotte & Clum, 1987). Många av dessa patienter har gjort ett suicidförsök eller varit höggradigt suicidbenägna. Det är därför naturligt att man i sökandet efter orsaker bakom suicidalt beteende också undersökt förekomsten av yttre stressfaktorer av social eller ekonomisk art, förluster av närstående eller utsatthet för potentiellt traumatiserande händelser så som sexuella övergrepp, hot och våld eller krig.

### **Påfrestande händelser i anslutning till suicidförsök**

I en genomgång av 20 epidemiologiska studier konstaterades att man i huvudsak använt sig av registerstudier baserade på medicinska journaler eller på lokala populationsstudier (Welch, 2001). Nackdelen med registerstudierna var att man missade många personer, särskilt ungdomar, som inte sökt vård efter ett suicidförsök (Meehan et al., 1992) liksom personer som vistades på olika institutioner t.ex. i fängelser (Welch, 2001). Risken för suicidförsök var störst för kvinnor samt för unga människor av båda könen. Att ha en diagnosticerad psykisk sjukdom eller ett missbruk ökade risken för såväl suicidförsök som fullbordade suicid (Meehan et al., 1992). Däremot var resultaten olika mellan studierna vad gällde samband mellan suicidförsök och livssituation, arbetslöshet, separation, dödsfall eller andra påfrestande händelser.

Flera studier har visat att en mångfald olika påfrestningar ansamlas före debuten av en depression (Paykel, 1976). I en numera klassisk

intervjustudie av Paykel (1974) rapporterade de som gjort suicidförsök fyra gånger fler livshändelser sex månader före suicidförsöket jämfört med matchade kontroller. I Paykels studie ingick 61 olika tänkbara livshändelser, såväl önskvärda som oönskade (negativa). I en likartad studie på 53 personer, som kommit till en akutmottagning efter ett suicidförsök (Paykel et al., 1975), rapporterade de som gjort suicidförsök 3,3 händelser under de senaste sex månaderna före suicidförsöket. Motsvarande antal rapporterade händelser för deprimerade personer och en matchad kontrollgrupp ur befolkningen var 2,1 respektive 0,8 händelser. För såväl dem som gjort suicidförsök som för deprimerade sågs en signifikant skillnad endast för negativa livshändelser, något som också bekräftats i andra undersökningar (Yen et al., 2005).

En annan iakttagelse var att antalet uppgivna påfrestande händelser ökade under månaden före såväl debut av en depression som före ett suicidförsök. Paykel fann också en ökad förekomst av negativa livshändelser vid debut eller aktivering av andra psykiska sjukdomstillstånd t.ex. schizofreni, men inte lika ofta som vid depression (Uhlenhuth & Paykel, 1973). Relationsproblem, kriminalitet eller att ha utsatts för våld var vanligt förekommande tiden före ett suicidförsök hos personer som fått diagnosen personlighetsstörning (Yen et al., 2005). Andra svåra påfrestningar såsom förlust av närstående genom skilsmässa eller dödsfall ökade risken för depression men inte för suicidalt beteende. Dessa fynd har motsagts i andra studier där negativa livshändelser, som inneburit förluster av olika slag, ofta föregått suicidförsöket t.ex. förluster av närstående (Cheng et al., 2000, Heikkinen et al., 1997), separationer (Cavanagh et al., 1999), arbetslöshet och ekonomiska problem (Heikkinen et al., 1997) eller försämrad kroppslig hälsa (Cavanagh et al., 1999).

Eftersom samma typ av händelse kunde leda till ett suicidförsök men samtidigt också utlösa olika psykiska sjukdomstillstånd menade Paykel att det inte var själva händelsen i sig som avgjorde vilket tillstånd patienten hamnade i utan att detta mer hängde samman med personlighetsfaktorer, sårbarhet, ärftliga faktorer och/eller biologisk dysfunktion (Paykel, 1976). Senare studier har visat på delvis likartade resultat. I en studie av Beautrais (2001), där

riskfaktorer för suicidförsök och fullbordade suicid jämfördes, fann man till stor del samma riskfaktorer hos båda grupperna. Utöver tidigare suicidförsök, psykisk sjukdom och sociala problem fanns en ökning av påfrestande händelser under tiden närmast före suicidhandlingen.

I andra studier har man funnit en samsjuklighet mellan PTSD och depression, vilket också medfört ökad risk för suicidala handlingar (Oquendo et al., 2005). De som fått diagnosen PTSD i kombination med depression hade i högre utsträckning än de med enbart depressionssjukdom varit utsatta för misshandel under barndomen och de hade också oftare fått diagnosen personlighetsstörning.

Eftersom suicidala tankar och suicidförsök är vanligast i unga år har en stor del av livshändelseforskningen fokuserat på unga människors livssituation för att i tidigt skede kunna identifiera risker för framtida suicidalt beteende i förhoppning att kunna förhindra en utveckling mot fullbordade suicid.

### **Konsekvenser av påfrestande händelser under barndom och tonår**

Ett stort antal studier har bekräftat sambandet mellan svåra uppväxtförhållanden och psykisk sjukdom i vuxen ålder (Kessler et al., 1997; MacMillan et al., 2001; Enns et al., 2006). Andra studier har visat på samband mellan fysiskt och sexuellt våld och PTSD hos barn och unga (Green, 1995). Olika typer av vanvård och övergrepp är ofta sammanflätade i varandra och i flera studier har man kunnat visa på ett slags dos-respons-förhållande mellan antalet missförhållanden under barndomen och psykopatologi senare i livet (Williams et al., 1990; Kessler et al., 1997).

På motsvarande sätt har andra studier visat på samband mellan svåra uppväxtförhållanden och suicidalt beteende under vuxenlivet. Risken för suicidförsök är kraftigt förhöjd om personen under sin uppväxt varit utsatt för sexuella övergrepp (Romans et al., 1995; Fergusson et al., 2000; Molnar et al., 2001), fysiskt våld (Brodsky et al. 2001; Dube et al., 2001; Johnson et al., 2002) och/eller psykisk sjukdom hos föräldrarna (Dube et al., 2001; Brent et al., 2002). Brown och medarbetare (1999) kunde i en longitudinell studie på barn, som



följdes i 17 år, visa att de som hade varit utsatta för sexuella övergrepp inte bara hade en förhöjd risk för suicidförsök under tonåren och i tidig vuxen ålder utan också i högre grad än andra gjorde upprepade suicidförsök. Livstidsprevalensen av suicidförsök var fyra gånger högre hos kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp jämfört med kvinnor som inte blivit utsatta. Utsatta kvinnor använde också mera droger och skattades högre på depressionsskalor (Martin, 1996). I samma studie rapporterade 8,3 % av tonåringar i kommunala skolor att de blivit utsatta för sexuella övergrepp. Barn i alla åldrar kan utsättas för sexuella övergrepp, men oftast sker övergreppet i åldern 8 - 12 år. Under 1997 polisanmäldes i Sverige 2 047 sexualbrott mot barn under 15 år (Brå, 1998). Antalet samtal till BRIS jourtelefon om sexuella övergrepp och ofredanden ökade från 300 samtal 1991 till 1 680 samtal 2012 (BRIS, 2013).

I en retrospektiv studie i San Diego, USA, i vilken 17 377 vuxna besvarat ett frågeformulär om aktuellt hälsotillstånd, fanns också frågor om våld, sexuella övergrepp, vanvård och problem i kärnfamiljen under barndomen (Dube et al., 2003a). Frågeformuläret var indelat i sju olika typer av allvarliga missförhållanden, som barnet kunde ha utsatts för under sin uppväxttid; psykiska och fysiska övergrepp, sexuella övergrepp, psykisk sjukdom eller missbruk hos föräldrar, våld mot modern, kriminalitet i familjen och föräldrars skilsmässa. Studien visade att risken för utveckling av såväl en negativ livsstil som nedsatt hälsa ökade kraftigt ju fler svåra barndomsupplevelser personen utsatts för. Man tillskapade en skala från 0 - 7 för antal missförhållanden kallad ACE-skalan (ACE; Adverse Childhood Experiences). Av kvinnorna hade 13,1 % utsatts för psykisk misshandel, 27 % för fysisk misshandel, 24,7 % för sexuella övergrepp, 13,7 % hade minst en psykiskt sjuk förälder och 24,5 % hade kriminalitet i familjen. Procentsiffrorna var ungefär desamma för männen med undantag för att de varit mindre utsatta för sexuella övergrepp. 10,3 % av kvinnorna och 8,6 % av männen hade en ACE-score på tre och 15,3 % av kvinnorna och 9,2 % av männen hade varit utsatta för fyra eller fler potentiellt traumatiserande barndomsupplevelser. Konsekvenserna är svåra. De som uppgett fyra eller flera påfrestande händelser hade en kraftigt ökad risk för tidiga rökvanor (Anda et al., 1999), oplanerade graviditeter (Dietz et al., 1999), sexuellt överförbara sjukdomar

(Hilli et al., 2000), alkoholproblem i vuxen ålder (Dube et al., 2002), drogmissbruk (Dube et al., 2003b), suicidförsök (Dube et al., 2001) samt förkortad livslängd (Felitti et al., 1998). För åldersgruppen 1962 - 1974 var oddskvoten för suicidförsök 10.2 för dem som under sin uppväxt rapporterat fyra eller fler händelser i relation till dem som inte rapporterade någon sådan händelse (Dube et al., 2003a).

Andra studier har bekräftat sambandet mellan svåra uppväxtförhållanden och psykisk sjukdom i vuxen ålder. I en longitudinell studie från Nya Zeeland följdes 1 265 nyfödda barn fram tills de fyllde 21 år (Fergusson et al., 2000). Vid 21 års ålder hade 28,8 % haft tankar på att ta sitt liv och 7,5 % hade gjort ett suicidförsök. Såväl suicidtankar som suicidförsök var vanligare hos kvinnor än hos män (1,32 respektive 1,73 gånger vanligare hos kvinnor). Riskfaktorer för suicidalt beteende mellan 15 och 21 års ålder var svåra socioekonomiska förhållanden, fysiskt våld, sexuella övergrepp, dåliga barn - föräldrarelationer, problem hos föräldrarna i form av psykisk sjukdom, missbruk och kriminalitet. Uppförandeproblem, skolskolk och experimenterande med droger var signifikant vanligare i den suicidala gruppen än i kontrollgruppen. När man kontrollerade för psykisk sjukdom återstod emellertid enbart psykiska problem och utsatthet för påfrestande livshändelser under tonårsperioden. Ju fler påfrestande livshändelser desto högre odds-kvoter. Unga människor som rapporterade fyra eller fler påfrestande livshändelser under uppväxttiden uppgav suicidtankar 3,13 gånger mer än de som inte rapporterade några sådana livshändelser. För suicidförsök blev risken 4,79 gånger högre. I samma studie rapporterade 8,3 % av tonåringar i kommunala skolor att de blivit utsatta för sexuella övergrepp. Samtliga påfrestande händelser var korrelerade till interpersonella problem där framför allt sexuella övergrepp fram till 16 års ålder kraftigt ökade risken för utveckling av suicidtankar och försök.

Medan vanvård och fysiska, psykiska och sexuella övergrepp har samband med suicidtankar så råder större osäkerhet om betydelsen av att föräldrarna skiljs eller att barnet/tonåringen separeras från en förälder av andra skäl (Wagner, 1997). I en kontrollerad retrospektiv studie på barn och ungdomar jämfördes ungdomar som gjort

suicidförsök med deprimerade och icke deprimerade ungdomar, vilka inte gjort något suicidförsök (de Wilde et al., 1992). De ungdomar som gjort suicidförsök skilde sig från de båda andra grupperna genom att de utsatts för större antal påfrestande händelser under såväl barndom som under tonårsperioden.

### **Påfrestande händelser och ett eller flera suicidförsök**

Suicidhandlingar föregås ofta av en period med tankar på döden och suicid. Denna process där individer går från lätta till allt allvarliga suicidhandlingar har kallats den suicidala processen (Runesson et al., 1996; Van Heeringen et al., 2000). Det finns forskning som tyder på att man efter ett suicidförsök blir mera sårbar med ökad risk för upprepade suicidförsök (Post, 1992; Segal et al., 1996). I enlighet med denna modell skulle suicidtankar och suicidförsök kunna ses som ändpunkten på en rad olika påfrestande händelser under uppväxten (Beautrais, 2000). Psykiskt påfrestande händelser rapporteras också betydligt oftare hos personer som gjort sitt första suicidförsök jämfört med personer som gjort upprepade suicidförsök (Arensman & Kerkhof, 1996).

Neelman och medarbetare (2004), genomförde en populationsstudie i vilken de intervjuade 5 618 vuxna. De fann starka samband mellan påfrestande livshändelser och uppkomst av suicidalitet hos individer, som inte hade en tidigare anamnes på suicidal handlingar medan påfrestande livshändelser fick mindre betydelse vid upprepade suicidförsök. De som gjort flera suicidförsök rapporterade mer psykiska symtom så som nedstämdhet, ilska och hopplöshetskänsla (Esposito et al., 2003) än de som gjorde sitt första suicidförsök. De senare uppgav oftare suicidtankar och bedömdes vara mer suicidala (Forman et al., 2004). Den vanligaste riskfaktorn för ett upprepat suicidförsök med eller utan dödlig utgång är att man gjort ett eller flera suicidförsök tidigare (Isometsa & Lönnquist, 1998; Sidley et al., 1999; Coleman et al., 2004), är arbetslös (Morton, 1993; Welch, 2001) och/eller lider av depression (Wasserman, 2003), ångestsyndrom (Khan et al., 2002) eller alkoholmissbruk (Kreitman & Casey, 1988; Hjelmeland, 1996).

Ju längre personen kommit i den suicidala processen desto större roll tycks egen psykisk sjukdom, familjeanamnes med fullbordade suicid och känsla av hopplöshet spela. Detta har tolkats som att upprepade suicidförsök har en mer autonom karaktär och är mindre beroende av externa faktorer (Neelman et al., 2004). Liknande slutsatser har andra forskargrupper kommit fram till (Post et al., 1996; Joiner & Rudd, 2000; Esposito et al., 2003).

Shneidman, Farberow & Litman (1970), såg självmordshandlingar som en flykt från outhärdlig psykisk smärta förorsakade av frustrationer tidigare i livet. Denna psykiska smärta kunde enligt Shneidman (1985) aktiveras av aktuella livshändelser. I många fall tycktes suicidhandlingen vara ett sätt att kommunicera med omvärlden för att få hjälp att hantera såväl den psykiska smärtan som den utlösande händelsen (Shneidman, 1985).

### **Somatisk sjukdom som påfrestande händelse**

Det är osäkert vilken betydelse nedsatt kroppslig hälsa har för debut av suicidtankar och om kroppslig ohälsa i sig utan samtidig psykisk sjukdom kan leda till suicidhandlingar (Mackenzie & Popkins, 1987). I en litteraturgenomgång av Whitlock (Whitlock, 1986) fanns kroppslig sjukdom hos 25 till 70 % hos personer som suiciderat. Suicidrisken var högst de första nio månaderna efter det att personer fått en AIDS-diagnos (Marszuk et al., 1988). Huruvida detta gäller idag efter det att effektiva behandlingsmetoder tagits fram är osäkert. Suicidrisken är högst under det första året efter det att patienter fått diagnosen cancer. Detta gäller särskilt för kvinnor (Harris & Barraclough, 1994; Fabre et al., 1988). Andra sjukdomstillstånd som t.ex. multipel skleros ökar inte risken för suicidförsök eller fullbordade suicid (Brønnum-Hansen et al., 2005).

Äldre personer med suicidtankar rapporterar oftare allvarliga kroppsliga problem (Skoog et al., 1996) och skattar den egna hälsan lågt (Jorm et al., 1995). Suicidala personer med kroppslig ohälsa är äldre, skattar högre på Becks Depressionsinventorium och lider mera av kroppslig smärta (Stenager et al., 1994). Huruvida kroppslig sjukdom per se är en utlösande händelse till självmordsförsök är svår att avgöra då såväl kroppsliga som psykiska sjukdomar är vanliga

hos äldre (Conwell et al., 2000). Åttio procent av äldre som suiciderat har sökt läkare för kroppsliga besvär en kort tid före suicidet (Juurink et al., 2004). Waern och medarbetare (Waern et al., 2002) fann kroppslig ohälsa som en viktig riskfaktor vid fullbordat suicid, men när män och kvinnor analyserades separat kvarstod endast sambandet för män. Det finns andra studier som inte kunnat belägga att det föreligger en ökad risk för suicidala handlingar vid allvarlig kroppslig ohälsa och inte heller om personen haft kontakt med primärvården (Beautrais, 2002).

### **Påfrestande händelser och suicidförsök hos äldre**

Äldre uttrycker mindre ofta suicidtankar än yngre (Duberstein et al., 1999) och suicidförsök inträffar också mera sällan senare i livet (Moscicki, 1997). När äldre gör ett suicidförsök är det emellertid allvarligare. Det går fyra suicidförsök på ett fullbordat suicid hos äldre (Conwell et al., 1990; Conwell et al., 1998).

Depression är vanligt hos äldre, särskilt hos kvinnor (Green et al., 1992). Bland utlösande påfrestande situationer vid suicidförsök hos äldre finner man ekonomiska problem (Kantona, 1993), bristande socialt stöd (Green et al., 1992), sjuklighet (Beekman et al., 1995), men också påfrestringar som anhörigas sjukdom och död (Kraaij et al., 1997; Parks, 1992).

Hos äldre ökar suicidrisken vid förlust av partner (Beautrais, 2002; Conwell et al., 2000; Heikkinen et al., 1995, Waern et al., 2002) framför allt hos män (Bojanowsky, 1980; Erlangsen et al., 2004)

Man har också funnit samband mellan extrema påfrestringar tidigare i livet och en ökad frekvens av suicidförsök och död i suicid också hos äldre personer. Vid en genomgång av 921 äldre personer som blivit intagna på psykiatriska sjukhus i Israel hade 374 personer överlevt koncentrationsvivelser under andra världskriget (Barak et al., 2005). Av dessa hade 24 procent gjort suicidförsök, jämfört med 8 procent hos resten av de sjukhusvårdade patienterna.

## **Påfrestande händelser, suicidförsök och kön**

När det gäller förekomst av påfrestande och ofta potentiellt traumatiserande händelser uppger flickor/kvinnor oftare än pojkar/män att de varit utsatta för sådana händelser fr.a. sexuella övergrepp (Darves-Bornoz et al., 1998; Silverman et al., 1996). De anger också oftare förekomst av andra påfrestande händelser t.ex. separation från pojkvän, som utlösande orsak till ett suicidförsök (Pfeffer et al., 1988). Medan lidande och smärta hos flickor tar sig uttryck i ångest, depression och psykosomatiska symtom tycks pojkar i större utsträckning få problem i form av beteendestörningar, missbruk och kriminalitet (Rich et al., 1992).

Stora epidemiologiska studier har visat att frekvensen av depression och ångestsymtom är likartad för flickor och pojkar under barndomen (Apter & Freudenstein, 2000). Under tonåren ökar dessa sjukdomar kraftigt hos flickor men inte hos pojkar. Depressionstillstånden förefaller också vara allvarligare hos flickor (Rich et al., 1992).

## **WHO/EUROs multicenterstudie om suicidförsök**

Studien påbörjades 1988 med en provperiod där samtliga patienter som kom in till Huddinge sjukhus efter ett suicidförsök registrerades (Wasserman et al., 1994). Därefter togs beslut om en kontinuerlig registrering av patienter som vårdades p.g.a. suicidförsök. Inledningsvis deltog 12 länder i projektet. Efter 1996 har fler länder anslutit sig till studien. WHO-studien finns beskriven i en rad rapporter (Stiles et al., 1993; Wasserman et al., 1994; Bille-Brahe et al., 1994; Schmidtke et al., 1995; Bille-Brahe et al., 1996).

Från svensk sida har två regioner deltagit i registreringen, Stockholm och Umeå (Wasserman et al., 1994). I Stockholm har registreringen genomförts på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. Här registrerades kontinuerligt patienter boende inom sjukhusets upptagningsområde, som vårdades på sjukhusets somatiska och psykiatriska akutmottagningar efter ett suicidförsök.

Syftet med registreringen var bl.a. att inom ett avgränsat sjukvårdsområde:

- uppskatta frekvensen av medicinskt behandlade individer som gjort suicidförsök
- följa förändringar i suicidförsöksfrekvens över tid
- identifiera sociala och demografiska samt vissa individualpsykologiska riskfaktorer för suicidala beteenden
- fastställa vilka rutiner som tillämpas i olika länder vid behandling efter suicidförsök
- bedöma användbarheten av lokala registreringsförfaranden

Under åren 1989 - 1991 tillfrågades samtliga patienter som kom till de båda akutmottagningarna på sjukhuset om de ville ställa upp på en intervju fokuserad på att undersöka bakomliggande faktorer till det aktuella suicidförsöket. Mellan åren 1992 och 1995 intervjuades patienter årligen under två tremånadersperioder. I de fall patienterna avböjde att delta i intervju inhämtades anamnesuppgifter via akutmottagningarnas egna anteckningar och patientjournaler.

Därutöver genomfördes 1990 - 1993 två fördjupade intervjuer med ett års mellanrum. Den första gjordes inom en vecka i anslutning till suicidförsöket och den andra som en uppföljningsintervju ett år senare. Denna rapport sammanfattar resultaten från den första utvidgade intervjun, kallad EPSIS I.

# Kapitel 3

## Material och metod

För att få ingå i studien krävdes att personen hade gjort ett suicidförsök och uppfyllde WHO/EUROs definition på suicidförsök. Suicidförsök definierades som en handling med en icke dödlig utgång, där individen avsiktligt och utan inblandning av andra initierat ett icke vanemässigt beteende. Individen skulle ha tillfogat sig själv skada eller intagit ett ämne eller medicin i större mängd än föreskriven eller allmänt godkänd terapeutisk dos.

Datainsamlingen skedde genom intervjuer av personer, som efter ett suicidförsök vårdades på den somatiska eller psykiatriska akutmottagningen på dåvarande Huddinge universitetssjukhus (numera Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge). Patienterna tillfrågades av personal på avdelningen om de ville medverka i intervjustudien. Därefter fick de träffa intervjuaren, som efter det att patienten fått läsa en information om studien fick lämna skriftligt medgivande till deltagandet (Bilaga 1).

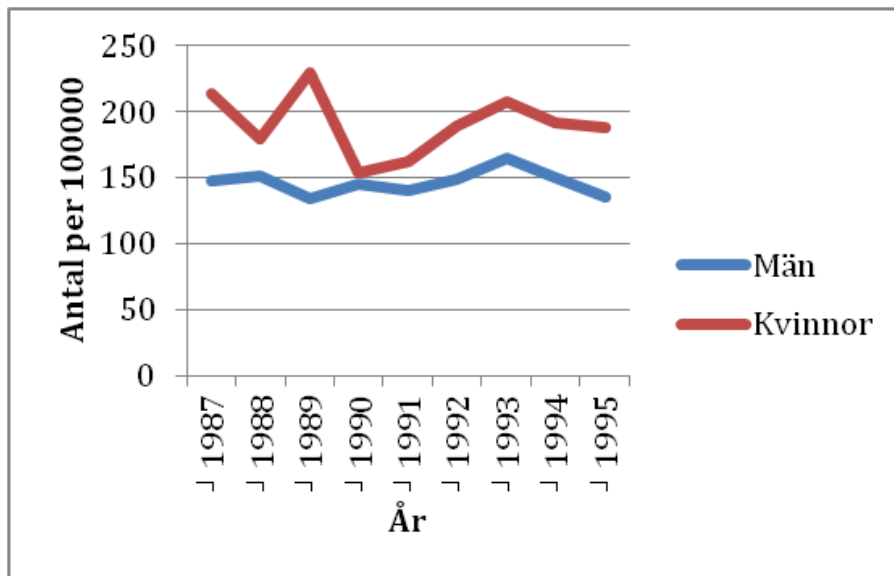
Personerna var mantalsskrivna inom sjukhusets upptagningsområde. Resultat från en pilotstudie under 1988 visade att över 90 % av de patienter som kom till sjukhuset efter ett suicidförsök bodde i upptagningsområdet.

Upptagningsområdet låg i sydvästra delen av Stockholms län och omfattade Huddinge och Botkyrka kommun samt stadsdelarna Hägersten, Brännkyrka och Skärholmen i Stockholms kommun med en sammanlagd befolkning i åldrarna 15 – 84 år på 180 228 invånare 1991 (Områdesdatabasen, SLL).

Den aktuella intervjustudien pågick med undantag för några månader i samband med helger och semestrar från mars 1990 till februari 1992. Under de aktuella månaderna vårdades 458 personer äldre än 15 år på Huddinge sjukhus. Av dessa intervjuades 202 personer (44 %). Figur 3 visar antalet patienter från upptagningsområdet som vårdades på Huddinge sjukhus efter ett



suicidförsök under den period då intervjuerna pågick. Som framgår ur figuren vårdades fler kvinnor än män på sjukhuset.



Figur 3. Antal slutenvårdade patienter för självmordsförsök per 100 000 invånare 15 - 84 år i upptagningsområdet 1987 - 1995.

Det fanns olika anledningar till att patienter föll bort i studien. Femtiotvå personer hann lämna sjukhuset innan de blev tillfrågade om deltagande i studien. Andra exkluderades p.g.a. att de hade en alltför allvarlig kroppslig eller psykisk sjukdom (oftast psykos, n=78) eller för att vårdpersonal inte gav samtycke till intervju, då patienterna ansågs vara för svårt sjuka (n=41). Några av patienterna bedömdes inte kunna klara intervjun p.g.a. bristande kunskaper i svenska (n=26) och 58 personer avböjde att delta i intervjun.

Bortfallsanalys gjordes utifrån mantalsskrivningsort, ålder och kön och här förelåg inga signifikanta skillnader mellan de intervjuade och de som inte blivit intervjuade. För att få svar på vad som föranlett suicidförsöket och påfrestande händelser fick man förlita sig på journalanteckningar. Informationen i journalerna var emellertid så bristfällig att det inte var meningsfullt att göra någon bortfallsanalys

på psykologiska och sociala frågor. Exempelvis saknades information om födelse-land (27,9 %), civilstånd (22,2 %), utbildningsnivå (42,0 %), och arbetsförhållanden (24,4 %). Likaså saknades information om tidigare suicidförsök (34,5 %) och förekomst av suicidförsök i familjen (73,9 %).

I avsikt att kunna jämföra data från personer som gjort suicidförsök med personer som inte gjort det genomfördes en fall-kontrollstudie på kvinnor. Ur Stockholms läns landstings centrala register (dåvarande L-data) gjordes ett slumpmässigt urval av 500 kvinnor i åldrarna 15 - 79 år, som var mantalsskrivna inom Huddinge sjukhus upptagningsområde. De som valdes ut för intervju fick information om studien per brev (Bilaga 2). De som gav skriftligt samtycke till deltagande intervjuades därefter antingen i sina hem eller på Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (NASP) under åren 1992-1994. Från det ursprungliga urvalet matchades 61 kontrollpersoner mot lika många kvinnor i patientgruppen. Data från dessa intervjuer har i denna rapport använts för att jämföra förekomst av påfrestande händelser. Samma frågeformulär användes i dessa intervjuer, som för dem som gjort suicidförsök. Tyvärr ströks några frågor, som bedömdes vara känsliga eller som man trodde kunde vara kränkande t.ex. frågor om våld och sexuella övergrepp under barn- och uppväxttiden.

Data samlades in med hjälp av intervjuer som följde ett strukturerat frågeschema, kallat EPSIS I (European Parasuicide Study Interview Schedule), som tagits fram av WHO:s europeiska arbetsgrupp (Kerkhof et al., 1989; 1993). Formuläret har använts i andra deltagande EU-länder och har noggrant översatts från engelska till respektive lands språk. Detta sågs som viktigt då man önskade kunna göra jämförelser mellan de olika länderna men också slå ihop data för att få större material.

Intervjun följde ett 75-sidigt frågeformulär med ett stort antal frågeområden av vilka frågor av sociodemografisk karaktär (ålder, kön, civilstånd, barn, utbildningsgrad, arbetssituation) tagits med i denna rapport. Andra frågor som analyserats speglade omständigheter vid det aktuella suicidförsöket, personens subjektiva uppfattning om utlösande faktorer till suicidförsöket samt aktuell

kroppslig och psykisk hälsa. Samma frågor ställdes också rörande eventuellt föregående suicidförsök.

Tillvägagångssätt vid suicidförsöket delades in i "mjuka" eller "passiva" metoder med vilka avsågs överdosering med tabletter, alkohol eller farliga vätskor och "hårda" eller våldsamma metoder t.ex. hängning, drunkning, skjutning, hopp från hög höjd eller framför fordon i rörelse.

För att få personens syn på vad som kunde ha utlöst det aktuella suicidförsöket ställdes först en öppen fråga, som därefter följdes av en fråga med 10 olika namngivna påfrestningar. Frågorna hade tre svarsalternativ; ingen, viss, eller stor betydelse vid suicidförsöket.

För att få fram påfrestande och potentiellt traumatiserande livshändelser användes ett självrapporteringsinstrument kallat (STEQ) (Stressful and Traumatic Events Questionnaire). STEQ togs fram och validerades för att ingå i EPSIS studien (Kerkhof et al., 1989). Frågorna handlade om påfrestande händelser under barndom och tidiga tonår (<15 år), senare i livet ( $\geq 15$  år) och under de senaste 12 månaderna före suicidförsöket. Instrumentet består av 104 frågor och omfattar bl.a. fysisk och psykisk misshandel, sexuella övergrepp, psykisk sjukdom hos närstående inklusive suicidförsök och fullbordade suicid, kriminalitet och missbruk inom familjen, separation från förälder genom skilsmässa eller dödsfall, andra dödsfall inom familjen samt relationsproblem och konflikter inom familjen. Varje fråga besvarades med antingen ja eller nej.

I intervjuguiden ingick också validerade självskatteinstrument, som personen själv fick fylla i medan intervjuaren fanns kvar i rummet. För bedömning av depressiva symtom användes Becks Depressionsinventorium med 21 frågor som vardera har fyra svarsalternativ (Beck et al., 1961). Svarsalternativen graderades på en Likert skala från 0-3 och summerades till en global depressionskattning.

Becks hopplöshetsskala (Beck et al., 1974) användes för att bedöma grad av hopplöshetskänsla. Instrumentet består av 20 frågor med två

svarsalternativ (sant/falskt). Varje svar graderas 0 eller 1 och summeras (variation på 0-20).

Intervjuaren hade också möjlighet att ställa följdfrågor om påfrestande händelser såväl under barndom som i anslutning till det aktuella respektive tidigare suicidförsöket.

Intervjuarna följde ett strukturerat frågeformulär i EPSIS. De utfördes i huvudsak av en forskningsassistent (J.E.), som var vårdlärare med psykoterapiutbildning och specialisering i allmän psykiatri samt i några fall av en kurator eller psykolog. Intervjuerna ägde rum på sjukhusets vårdavdelningar och öppenvårdsmottagningar samt i enstaka fall i hemmet inom en vecka efter suicidförsöket. Varje intervju varade i huvudsak mellan en till tre timmar (från  $\frac{3}{4}$  timme till  $4 \frac{1}{2}$  timme). Bandspelare användes inte eftersom det bedömdes som besvärligt då en stor del av formuläret bestod av frågor som de intervjuade själva besvarade skriftligt. Intervjuarna förde anteckningar under samtalen och svaren skrevs in i frågeformuläret omedelbart efter avslutad intervju. Efter varje intervju dikterade intervjuaren en sammanfattande fallbeskrivning.

Några intervjuer fick avbrytas p.g.a. att patienten var för trött, inte orkade fortsätta eller avbröts av vårdpersonal för att patienten skulle genomgå annan undersökning. Intervjuerna återupptogs då i allmänhet dagen därpå.

Forskningsassistenten och övriga intervjuare träffades regelbundet för att diskutera hur intervjuerna genomförts. För att bedöma tillförlitligheten i intervjuerna spelades 16 intervjuer in på band som avlyssnades och bedömdes av två oberoende bedömare. Det förelåg hög samstämmighet mellan intervjuarna om hur intervjuguiden användes och sättet att ställa frågor.

## Statistiska metoder och analyser

I huvudsak har deskriptiva statistiska metoder använts. Tre olika statistiska analysmetoder har använts;  $\chi^2$ -test, en-vägs-variansanalys (ANOVA) (Newbold, 1988) och logistisk regression (Breslow & Day, 1987). Signifikansnivån sattes till 5 %.  $\chi^2$ -test har använts för att undersöka förekomst av samband mellan två kategorivariabler. I tabellerna anges p-värdet om resultatet är signifikant. Ett icke-signifikant resultat anges med "ns" och "-" betyder att förutsättningarna för testet inte uppfyllts. ANOVA har använts vid jämförelse av medelvärden för Becks Depressionsinventorium och hopplöshetsskalan. Logistisk regression har använts för att bestämma oddskvoter (OR) med 95 % konfidensintervall för utfallsvariablerna upprepade suicidförsök och ett första suicidförsök före 24 års ålder. I den logistiska regressionsanalysen har skattningarna för kategorierna i de ingående variablerna beräknats respektive variablernas bidrag till modellens "värde" (likelihood). Variabler som inte var signifikanta i en univariat analys har inte tagits med i multivariatanalyser.

Alla databearbetningar och statistiska analyser har gjorts med programmet SPSS ([www.spss.com](http://www.spss.com))

## Etisk granskning

Intervjuaren kontaktade patienten själv efter medgivande från ansvarig behandlare på avdelningen. Studien har följt de etiska krav på forskning som uppställts av Vetenskapsrådet och har granskats av Forskningsetiska kommittéerna vid dåvarande Huddinge och Karolinska sjukhusen (Dnr 88:66, 88:222, 92:7). Aktuella personer för studien erhöll både muntlig och skriftlig information om projektet innan de gav sitt skriftliga medgivande till att delta i projektet (Bilaga 1 och 2).

# Kapitel 4

## Resultat

Resultaten redovisas i tabeller, som i några fall är sammanfattande, eller i diagram. På grund av ett begränsat internt bortfall varierar antalet personer något i de olika tabellerna.

### **Bakgrundsdata**

Av de intervjuade var 131 kvinnor och 71 män (65 % respektive 35 %). Åldern vid intervjutillfället varierade mellan 15 och 84 år med en medianålder på 39 år för kvinnor och 40 år för män. De flesta var i arbetsför ålder. Den största åldersgruppen för både kvinnor och män var gruppen 30 till 64 år (57 % respektive 62 %). (Tabell 1).

Tabell 1. Demografiska data uppdelat på kvinnor och män vid tiden för interojun

Demografiska data	Kvinnor (n=131)		Män (n=71)		Totalt (n=202)	
	n	%	n	%	N	%
Ålder:						
15-19 år	9	6,9	3	4,2	12	5,9
20-29 år	31	23,7	16	22,5	47	23,3
30-64 år	74	56,5	44	62,0	11	58,4
65-84 år	17	13,0	8	11,3	8	12,4
					25	
Civilstånd:						
Ogifta	55	42,0	38	53,5	93	46,0
Gifta	28	21,4	17	23,9	45	22,3
Skilda	38	29,0	16	22,5	54	26,7
Änka/änkling	10	7,6	0	0	10	5,0
Familjeförh.						
Ensam (med/ utan barn)	69	52,7	27	38,0	96	47,5
Med partner	44	20,6	32	45,1	76	37,6
Annat	18	13,7	12	16,9	30	14,9
Utbildning:						
Grundskola	58	44,3	30	42,3	88	43,6
Realskola el. gymnasium	63	48,1	32	45,1	95	47,0
Högskola	10	7,6	9	12,7	19	9,4
Sysselsättning:						
Hel/deltid	42	32,1	31	43,7	73	36,1
Sjukskriven	36	27,5	14	19,7	50	24,8
Arbetslös	11	8,4	8	11,3	19	9,4
Stud.	5	3,8	3	4,2	8	4,0
Förtidspension	15	11,5	5	7,0	20	9,9
Ålderspension	18	13,7	8	11,3	26	12,9
Övriga	4	3,1	2	2,8	6	3,0
<b>Totalt</b>	131	100	71	100	202	100

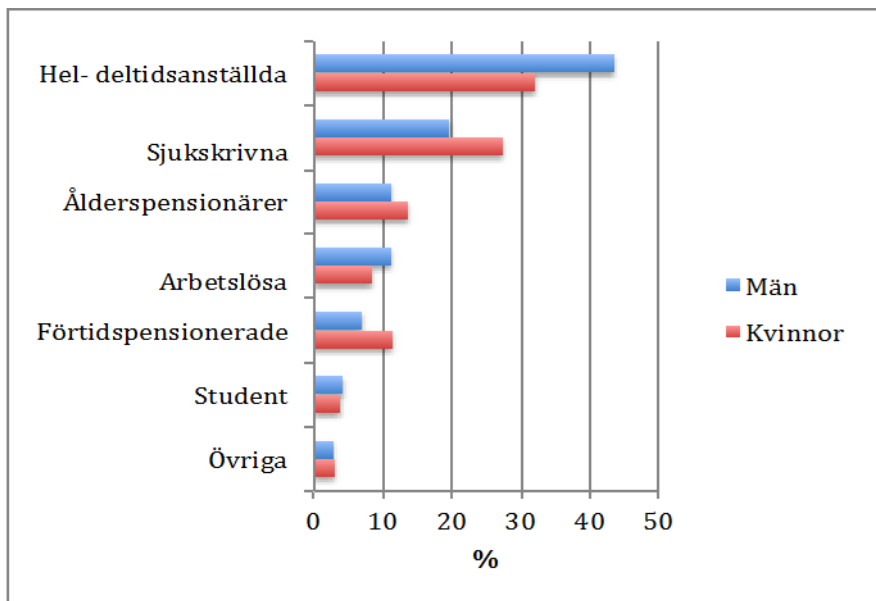
Majoriteten av de intervjuade var födda i Sverige (75 %). Av de 51 personer som var födda utomlands kom de flesta från Finland (n=24) och andra länder i Europa (n=12). De flesta var protestanter (63 %) eller saknade religiös tillhörighet (22 %). Undersökningen gjordes före den stora invandringen från muslimska länder, vilket kan vara en bidragande orsak till att få patienter uppgav sig tillhöra den muslimska trosbekännelsen (3 %).

Vad gällde civilstånd uppgav 21 % av kvinnorna och 24 % av männen att de var gifta vid tidpunkten för intervjun. Drygt hälften av kvinnorna och fyra av tio män levde ensamma utan partner, med eller utan barn.

Utbildningsnivån var låg och i stort sätt densamma för kvinnor och män. Andelen högskoleutbildade låg kring 10 % för både kvinnor och män. Närmare hälften (47 %) hade enbart gått i grundskolan.

Av kvinnorna var 36 % i arbete eller i studier vid tiden för intervjun. Motsvarande andel för männen var 48 %. Arbetslösheten var ganska hög, 8 % för kvinnorna och 11 % för männen. Många var sjukskrivna eller hade förtidspension (38 % respektive 27 %). Skillnaden mellan könen bestod framför allt i att fler män hade anställning medan kvinnorna i högre utsträckning var sjukskrivna (Figur 4).



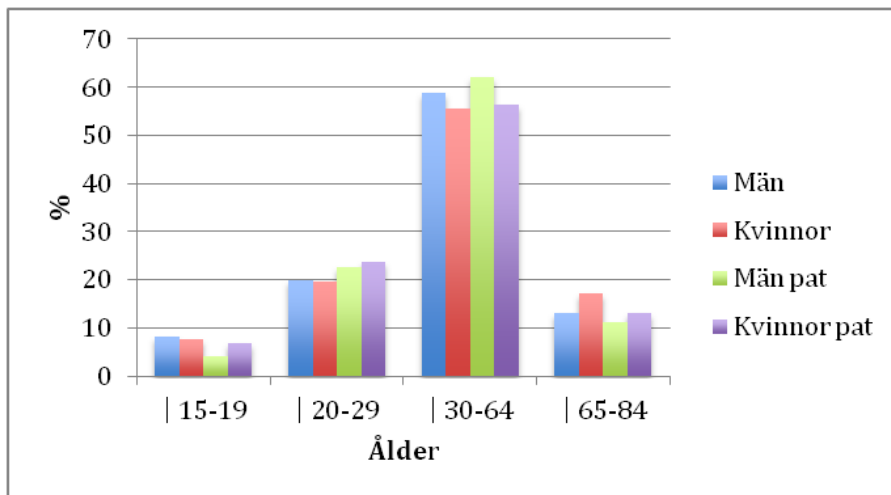


Figur 4. Sysselsättning (%) efter kön i patientgruppen

### Jämförelse mellan patientgruppen och befolkningen

Vissa bakgrundsdata hos patientgruppen har jämförts med data hos befolkningen i upptagningsområdet. Befolkningsuppgifter har hämtats från Stockholms läns landstings områdesdatabas (ODB) ([www.h.scb.se/osdb/login\\_odb.asp](http://www.h.scb.se/osdb/login_odb.asp)) från 1991, d.v.s. mitt under intervjuperioden. Åldern i patientgruppen varierade mellan 15-84 år och för att få jämförbarhet har uttaget från ODB begränsats till dessa åldrar. I jämförelsen med upptagningsområdet används nationalitet istället för födelseland eftersom det var svårare att få fram jämförbara data om födelseland från ODB.

Det förelåg inga signifikanta skillnader i åldersfördelning mellan patientgruppen och jämförelsegruppen i upptagningsområdet (Figur 5). I patientgruppen var andelen i gruppen 20-29 år något högre medan den var något lägre i gruppen 65-84 år.



Figur 5. Åldersfördelning (%) efter kön i patientgruppen och upptagningsområdet år 1991

Nästan fyra av tio i upptagningsområdets befolkning var gifta. Motsvarande andel i patientgruppen var två av tio. Andelen ogifta och separerade var betydligt större i patientgruppen. Drygt åtta av tio personer var svenska medborgare såväl i patientgruppen som i upptagningsområdets befolkning.

### Suicidförsök vid tidpunkten för intervjun

För närmare hälften av de intervjuade patienterna var det första gången som de gjorde ett suicidförsök (55 kvinnor och 39 män). Trettio tre kvinnor och 19 män hade gjort två suicidförsök medan 40 kvinnor och 12 män hade gjort minst tre försök.

Data om tidigare suicidförsök saknades för fyra patienter (Tabell 2).

Tabell 2. Antal suicidförsök, ålder vid suicidförsöket och val av metod uppdelat på kvinnor och män.

Karakteristik	Metod Män				Metod Kvinnor				Metod Totalt			
	Mjuka metoder		Aggressiva metoder		Mjuka metoder		Aggressiva metoder		Mjuka metoder		Aggressiva metoder	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Antal s-försök</b>												
<b>1</b>	32	82,1	7	17,9	49	96,1	2	3,9	81	90,0	9	10,0
<b>≥ 2</b>	26	89,7	3	10,3	60	85,7	10	14,3	86	86,9	13	13,1
<b>Totalt</b>	58	85,3	10	14,7	109	90,1	12	9,9	167	88,4	22	11,6
<b>Ålder</b>												
<b>15-19</b>	3	100,0	0	0,0	8	88,9	1	11,1	11	91,7	1	8,3
<b>20-29</b>	12	80,0	3	20,0	26	86,7	4	13,3	38	84,4	7	15,6
<b>30-64</b>	37	88,1	5	11,9	64	91,4	6	8,6	101	90,2	11	16,1
<b>≥ 65</b>	6	75,0	2	25,0	13	92,9	1	7,1	19	86,4	3	20,8
<b>Totalt</b>	58	85,3	10	14,7	111	90,2	12	9,8	169	88,5	22	11,5

”Mjuka” metoder dominerade vid det aktuella suicidförsöket. Endast 12 % använde en aggressiv metod. Bland de män som gjort flera försök var andelen som använt en aggressiv metod mindre än bland de som gjort ett, 10,3 % resp. 17,9 %. Bland kvinnor var förhållandet det omvända (14,3 % resp. 3,9 %). Sammanlagt användes aggressiva metoder av 14,7 % av männen och 9,9 % av kvinnorna.

För män ökade andelen patienter som använt sig av aggressiva metoder med stigande ålder med undantag för åldersgruppen 30-64 år. Andelen kvinnor som använde sig av aggressiva metoder var däremot högre i yngre åldrar. Med tanke på att få patienter använde sig av aggressiva metoder måste man vara försiktig med att dra några slutsatser om suicidförsöksmetod och ålder.

### **Uppgivna omständigheter som bidragit till självmordsförsöket**

I intervjun ställdes först en öppen fråga om det fanns speciella omständigheter som föranlett suicidförsöket. Den huvudsakliga omständigheten noterades av intervjuaren och kategoriserades i grupper enligt en mall som användes i WHO:s multicenterstudie men inte i EPSIS. Följande kategorier användes: separation, hotande separation, närståendes sjukdom/dödsfall, relationsproblem med partner, relationsproblem med andra, egen somatisk sjukdom, egen psykiatrisk sjukdom, sociala problem (arbete, utbildning, bostad, ekonomi) samt en övrig kategori. Den enligt patienterna viktigaste omständigheten vid suicidförsöket framgår ur tabell 3.

Tabell 3. Den viktigaste uppgivna omständigheten (%) vid suicidförsöket

Uppgivna problem/ svårigheter vid suicidförsöket	Män %	Kvinnor %	Totalt	
			n	%
Psykisk sjukdom	31,0	32,6	64	32,0
Relationsproblem partner	7,0	19,4	30	15,0
Separation	11,3	10,1	21	10,5
Arbete/ekonomi	15,5	7,0	20	10,0
Relationsproblem annan	5,6	11,6	19	9,5
Fysisk sjukdom	15,5	4,7	17	8,5
Hotande separation	4,2	5,4	10	5,0
Sjukd./död: nära anhörig	1,4	5,4	8	4,0
Annat	8,5	3,9	11	5,5
Totalt	100	100	200 *	100

\*Uppgift saknas för 2 patienter

De vanligaste omständigheterna, som patienterna ansåg bidrog till suicidförsöket, var psykisk sjukdom följt av relationsproblem och separation. Procentuellt fler kvinnor än män uppgav relationsproblem med partner som bidragande orsak medan det omvända gällde för arbete/ekonomi och fysisk sjukdom.

I avsikt att få en mera differentierad beskrivning av patienternas uppfattning om bakomliggande orsaker till suicidförsöket fick patienterna själva fylla i ett formulär med 10 namngivna möjliga

bakomliggande omständigheter, vars betydelse för suicidförsöket de fick gradera som ingen, viss eller stor betydelse (Tabell 4).

Tabell 4. Uppgivna omständigheter (%) hos intervjuede män och kvinnor, som de bedömt har haft stor betydelse för suicidförsöket. Patienterna kunde uppge flera olika omständigheter av betydelse för det aktuella suicidförsöket.

Uppgivna problem/ svårigheter vid suicidförsöket	Män		Kvinnor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Psykisk ohälsa/psykiska problem	42	59,2	93	71,0	135	66,8
Ensamhet	36	50,7	95	72,5	131	64,9
Relation till partner	22	31,0	48	36,0	70	34,8
Avvisad av älskad person	19	26,8	30	22,9	49	24,3
Beroende/missbruk	18	25,4	18	13,7	36	17,8
Relation till föräldrar	6	8,5	28	21,5	34	16,9
Vänskap och relationer	11	15,5	21	16,0	32	15,8
Fysisk sjukdom eller handikapp	14	19,7	13	9,9	27	13,4
Relation till barn	5	7,0	21	16,2	26	12,9
Arbetslöshet	5	7,0	9	6,9	14	6,9

Som framgår av tabell 4 uppgav många av patienterna fler än en betydelsefull omständighet som bidragande till suicidförsöket. Psykisk ohälsa/problem angavs åter ha stor betydelse (67 %) följt av ensamhetsproblematik (65 %) och relationsproblem med partner (35 %). Kvinnor angav i större utsträckning än män relationsproblem särskilt i förhållandet till föräldrar och barn medan en större andel

män än kvinnor angav fysisk sjukdom och missbruk som bidragande orsak till suicidförsöket.

I avsikt att undersöka samband mellan uppgivna omständigheter och ålder vid suicidförsöket skapades två index; ett för relationsproblem bestående av problem med föräldrar, partner och barn samt svårighet med sociala relationer och ett för psykisk ohälsa bestående av psykisk ohälsa/sjukdom och missbruk. Svaren dikotomiserades så att om man inte uppgivit någon av de ingående omständigheterna kodades detta som "0" medan en eller flera omständigheter inom detta index kodades som "1". Svaren dikotomiserades också efter vilken vikt patienterna lade på den uppgivna omständigheten där ingen/viss betydelse kodades som "0" medan stor betydelse kodades som "1". Fyra åldersgrupperingar skapades utifrån fördelning i kvartiler.

Sambandet mellan uppgivna omständigheter och ålder har analyserats med  $\chi^2$ -test. Tabell 5 visar att det fanns ett samband mellan ålder och ett flertal uppgivna orsaker. Andelen som uppgav relationsproblem och att man blivit avvisad av en älskad person minskade med stigande ålder medan fysisk ohälsa ökade med stigande ålder. Det förelåg inga signifikanta samband mellan psykisk ohälsa/missbruk eller problem med ensamhet och ålder vid det aktuella suicidförsöket.

Tabell 5. Omständighet vid suicidförsöket som patienten uppgivit som betydelsefull och patienternas ålder (utifrån kvartiler) vid självmordsförsöket.

Uppgivet omständighet vid suicidförsöket	15 - 27år (n = 49)		28 - 40år (n = 56)		41 - 49år (n = 47)		≥ 50 år (n = 50)		P - värde
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Relationsproblem (4 alternativ)	34	71,4	39	64,3	27	53,2	31	40,0	0,009
Avvisad av älskad person	18	36,7	15	26,8	9	19,1	7	14,0	0,049
Fysisk ohälsa/sjukdom	3	6,1	4	7,1	7	14,91	13	26,0	0,011
Psykisk ohälsa/ missbruk	31	63,3	39	69,6	33	70,2	34	68,8	ns
Problem med ensamhet	34	69,4	39	69,6	27	57,4	31	62,0	ns

Ett annat sätt att studera vad som kan ha bidragit till att utlösa suicidförsöket är att utgå från vilka motiv eller syften patienterna uppgav ligga bakom handlingen. Motiv handlar om vilka intrapsykiska problem suicidhandlingen avser att lösa medan uppgivna omständigheter vid suicidförsöket snarare handlar om yttre faktiska problem.

Både män och kvinnor uppgav som de vanligaste motiven till suicidförsöket att de ville komma bort från en oacceptabel situation och/eller att de fann situationen outhärdlig. Det tredje vanligaste motivet bland män var att de ville dö, medan kvinnor inte stod ut med outhärdliga tankar. En större andel kvinnor än män uppgav motiv som innehöll direkta budskap till omgivningen. Enda undantaget var att en något större andel män ville visa en älskad person hur mycket de älskade henne/honom (Tabell 6).



Tabell 6. Uppgivna motiv med stor betydelse för suicidförsöket efter kön

Uppgivna motiv/syften	Män		Kvinnor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Komma bort från oacceptabel situation	59	84,3	114	89,1	174	87,9
Situationen outhärdlig, kunde inte se annat alternativ	56	80,0	101	78,3	157	78,9
Outhärdliga tankar, stod inte ut med dem längre	46	65,7	87	68,2	133	67,2
Ville dö	47	67,1	71	55,8	118	59,1
Förlust av kontroll, vet inte varför patienten gjorde suicidförsöket	26	37,1	61	47,7	87	43,9
Ville få hjälp	25	35,7	61	47,7	86	43,4
Ville tala om för andra hur desperat patienten kände sig	17	24,3	56	43,4	73	36,9
Ville veta om någon brydde sig	15	21,4	42	32,8	57	28,6
Ville underlätta för andra	13	18,6	39	30,2	52	26,1
Ville få sova en stund	12	17,1	38	29,7	50	25,3
Ville visa älskad person hur mycket patienten älskade honom/henne	16	22,9	19	14,8	35	17,6
Ville övertala någon att ändra uppfattning	13	18,6	21	16,4	34	17,1
Ville straffa dem som behandlat patienten illa	5	7,1	21	16,4	26	13,1
Ville att någon skulle få känna sig skyldig	6	8,6	19	14,8	25	12,6

## Uppgiven omständighet som bidragit till de två senaste suicidförsöken

Det är av intresse att undersöka om samma omständighet finns kvar vid ett upprepat suicidförsök. För att öka säkerheten i vad patienterna mindes undersöktes endast de patienter som gjort två suicidförsök, tabell 7.

Tabell 7. Uppgivna omständigheter som bidragit till det första respektive andra suicidförsöket hos patienter som gjort två suicidförsök.

Omständighet vid första Suicidförsöket	Omständighet vid det andra (EPSIS) suicidförsöket					
	Separation/ Hot sep/död	Relations problem	Somatisk sjukdom	Psykisk sjukd.	Problem arbete/ ekonomi	Total
Separation/ hot om separation/ död	4	2	0	5	2	13
Relations- problem	4	7	0	1	0	12
Somatisk sjukdom	0	0	2	0	1	3
Psykisk sjukdom	1	2	0	8	2	13
Problem med arbete/ ekonomi	1	0	0	0	2	3
Totalt	10	11	2	14	7	44

Med undantag för den utlösande faktorn separation/hot om separation/ död återkom samma omständighet som patienterna uppgav vara av betydelse för suicidförsöket i ca 2/3 av de upprepade suicidförsöken. Det är dock svårt att dra några säkra slutsatser av dessa fynd eftersom det rör sig om få patienter.

## **Potentiellt traumatiserande påfrestande händelser under barndom och tidiga tonår**

Frågeformuläret tar upp olika potentiellt traumatiska händelser uppdelat på undergrupper; föräldrar, syskon, partner, barn, andra viktiga personer.

Frågorna är av olika karaktär och beskriver både faktiska händelser och subjektiva känslomässiga upplevelser. Exempel på faktiska händelser, som berör föräldrar, är en förälders död, inläggning på sjukhus eller kriminalitet medan exempel på egna känslomässiga upplevelser är upplevelsen av ensamhet och/eller känslan av att inte vara älskad av sina föräldrar. Som framgår ur Tabell 8 angav många patienter att de utsatts för flera olika påfrestande händelser under sin uppväxttid.

Många av patienterna hade vuxit upp i splittrade hem och närmare hälften hade varit skilda från en eller båda föräldrarna under längre tid under barndomen. Närmare hälften angav att föräldrarna haft relationsproblem.

Patienterna hade under sin barndom och tidiga tonår vuxit upp med föräldrar som hade missbruksproblem (24 %) och/eller led av en kronisk sjukdom (26 %). Föräldrarna hade vårdats inom psykiatri (10 %), gjort suicidförsök (9 %) och/eller dömts till fängelsestraff (5 %). Många patienter uppgav att de under sin uppväxt utsatts för fysisk (23 %) och psykisk (31 %) misshandel av sina föräldrar.

Med tanke på uppväxtsituationen är det inte särskilt förvånande att en tredjedel av patienterna inte trodde sig vara älskade. Kvinnor uppgav i högre utsträckning än män att de varit utsatta för nästan samtliga händelser och en högre andel kvinnor kände sig inte älskade av sina föräldrar.

Tabell 8. Påfrestande händelser före 15 års ålder uppdelat på män och kvinnor.

Påfrestande händelser före 15 års ålder	Män		Kvinnor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Föräldrarna hade relationsproblem	27	40,9	63	53,4	90	48,9
Förälder borta från hemmet under längre tid	28	40,6	66	52,8	94	48,5
Skild från föräldrar under $\geq 1$ år	31	44,9	63	50,0	94	48,2
Trodde sig inte vara älskad	18	26,5	49	40,8	67	35,6
Psykisk misshandel av förälder	17	24,6	42	34,3	59	30,9
Föräldrarna skilda/separerade	18	26,5	39	31,2	57	29,5
Ofta försummad eller lämnad ensam	18	26,1	35	28,2	53	27,5
Hatade någon av föräldrarna	12	17,4	39	32,0	51	26,7
Förälder fysiskt sjuk	11	16,2	39	31,7	50	26,2
Förälder hade missbruksproblem	15	21,7	31	25,2	46	24,0
Föräldrarna hade ekonomiska problem	12	17,6	33	27,3	45	23,8
Fysisk misshandel av förälder	11	15,9	32	26,2	43	22,5
Fick ta hand om syskon	6	8,7	31	24,8	37	19,1
Huvudsakligen uppvuxen hos andra	15	21,7	22	17,5	37	19,0
Något syskon kroniskt sjuk	3	4,8	18	15,7	21	11,8
Förälder vårdad för psykisk sjukdom	4	5,9	16	12,9	20	10,4

Påfrestande händelser före 15 års ålder	Män		Kvinnor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Någon förälder har gjort suicidförsök	1	1,5	12	12,4	16	9,6
Fysisk misshandel av syskon	3	4,7	12	10,3	15	8,3
Fadern avliden	5	7,2	10	8,1	15	7,8
Syskon avliden	2	3,1	9	7,6	11	6,0
Förälder dömd till fängelse	3	4,3	7	5,8	10	5,3
Syskon med missbruksproblem	0	0,0	6	5,4	6	3,4
Modern avliden	1	1,4	4	3,2	5	2,6
Sexuella övergrepp av förälder	0	0,0	3	2,4	3	1,6
Någon förälder har suiciderat	1	1,4	2	1,6	3	1,6
Sexuella övergrepp från syskon	0	0,0	3	2,4	3	1,6

## **Samband mellan påfrestande händelser före 15 års ålder och ålder för suicidförsök respektive upprepade försök**

I avsikt att studera betydelsen av potentiellt traumatiserande händelser under uppväxtåren tillskapades sex nya grupperingar; problem hos föräldrarna, problem i patienternas relation till föräldrarna, utsatthet för psykiskt eller fysiskt våld, sexuella övergrepp och vanvård.

1. Föräldrars problem; 5 händelser; föräldrar skilda, kronisk fysisk sjukdom, inlagd på psykiatrisk klinik, fängelsevistelse, alkoholproblem:  
(Ingen eller 1 = 0, > 1 = 1)
2. Uppväxt; skild från föräldrar; 2 variabler; separerad från förälder, fostrad av andra:  
(Ingen = 0, > 1 = 1)
3. Vanvård; 2 variabler; vanvård (neglect), ej älskad:  
(Nej = 0, Ja = 1)
4. Fysisk misshandel: av förälder eller annan viktig person:  
(Nej = 0, Ja = 1)
5. Psykisk misshandel; av förälder eller annan viktig person:  
(Nej = 0, Ja = 1)
6. Sexuella övergrepp av föräldrar, syskon, annan:  
(Ingen = 0,  $\geq 1 = 1$ )

Sambandet mellan påfrestande händelser före 15 års ålder och egen ålder vid det aktuella suicidförsöket har analyserats med  $\chi^2$ -test (Tabell 9). Sambanden var statistiskt säkerställda för samtliga grupperingar med undantag för psykisk misshandel och sexuella övergrepp. Andelen svåra uppväxtproblem var genomgående mindre framträdande i åldersgruppen 50-84 år medan störst andel problem hos föräldrarna uppgavs i gruppen 15-27 år.

Tabell 9. Samband mellan olika typer av påfrestande händelser före 15 års ålder och egen ålder vid det aktuella suicidförsöket för samtliga patienter.

Uppgiven påfrestande händelse vid suicidförsöket	15 - 27 år		28 - 40 år		41 - 49 år		≥ 50 år		P - värde
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Problem hos föräldrar	21	42,9	18	32,1	7	4,9	2	4,0	0,000
Separerad från föräldrar	28	57,1	23	41,1	28	59,6	17	34,0	0,027
Vanvård	21	42,9	33	58,9	21	44,7	7	4,0	0,000
Fysisk misshandel	10	21,3	15	27,3	16	36,4	2	4,4	0,003
Psykisk misshandel	19	40,4	20	36,4	16	36,4	4	8,0	ns
Sexuella övergrepp	3	6,1	4	7,1	4	8,5	0		-

Samband mellan påfrestande uppväxthändelser och ålder vid det allra första suicidförsöket analyserades också med  $\chi^2$ -test. Med tanke på att det första suicidförsöket kunde ligga långt tillbaka tiden och därmed risken för osäkerhet i data kunde bli stor sammanställdes barndomshändelserna endast för de patienter som gjort ett eller två suicidförsök (Tabell 10). De flesta sambanden är statistiskt säkerställda. Andelen som upplevt problem hos föräldrar, vanvård eller psykisk misshandel minskade signifikant med stigande ålder. En minskning med stigande ålder sågs också vad gäller fysisk misshandel och sexuella övergrepp men här blir inte sambanden statistiskt säkerställda beroende på att få patienter uppgav att de blivit utsatta för sexuella övergrepp.

Tabell 10. Samband mellan påfrestande händelser före 15 års ålder och egen ålder vid det allra första suicidförsöket för patienter som gjort högst två suicidförsök.

Påfrestande händelser under barndom - tonår (< 15 års ålder)	8 - 24 år (n = 38)		25 - 34år (n = 38)		35 - 49år (n = 34)		≥ 50 år (n = 36)		P - värde
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Problem hos föräldrar	16	42,1	8	21,1	6	17,6	1	2,8	0,001
Separerad från föräldrar	23	60,5	18	47,4	20	58,8	8	22,2	0,004
Vanvård	21	55,3	17	44,7	14	41,2	3	8,3	0,000
Fysisk misshandel	8	2,2	10	26,3	5	5,2	1	3,2	ns
Psykisk misshandel	16	44,4	16	42,1	8	24,2	2	8,0	0,002
Sexuella övergrepp	3	7,9	1	2,6	2	5,9	0	0,0	-

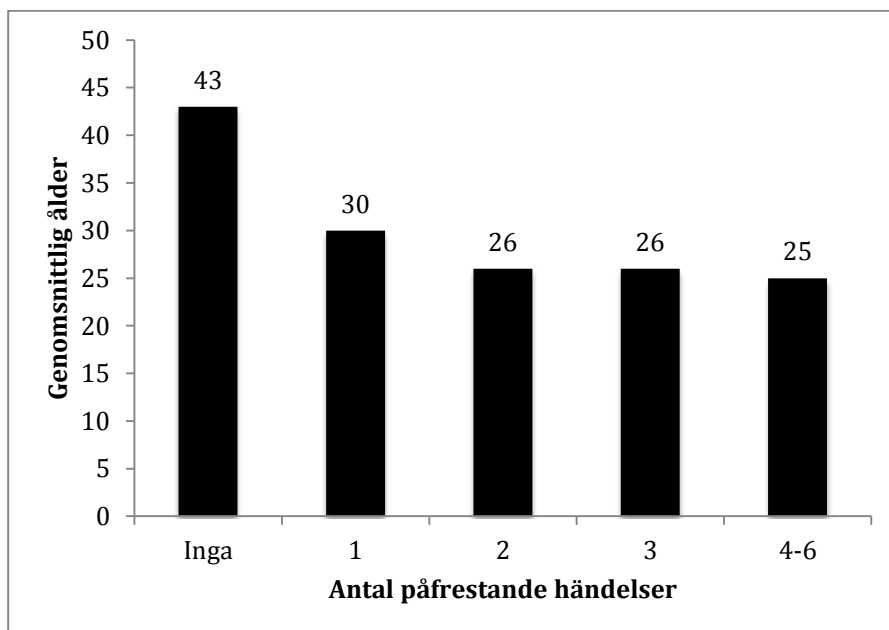
Sambandet mellan sannolikheten för ett första suicidförsök före 25 års ålder och antalet påfrestande händelser under barndomen för de patienter som gjort ett eller två suicidförsök (n= 146) har undersökts med logistisk regression (Tabell 11). Det förelåg ett klart samband mellan sannolikheten för ett tidigt försök och antalet upplevda påfrestningar. Sannolikheten (risken) för ett försök var nästan sex gånger högre för de som upplevt 4-6 påfrestande händelser jämfört med de som inte upplevt någon. En analys gjordes också med kön som korrigerande faktor men kön bidrog inte signifikant till modellen.



Tabell 11. Samband mellan risk för ett första suicidförsök före 25 års ålder och antal påfrestande händelser under barndomen.

Antal påfrestande händelser	OR	95 % KI
0	1	
1	2,31	0,83 - 6,40
2	2,17	0,67 - 7,02
3	4,49	1,33 - 15,15
4 – 6	5,78	1,52 - 21,95

Figur 7 visar median ålder vid det allra första försöket efter antal påfrestande händelser. Medianåldern sjunker med antalet händelser. Den är 25 år för dem som upplevt 4-6 påfrestande händelser under uppväxtåren och 43 år för dem som inte upplevt någon.



Figur 7. Median ålder för det allra första suicidförsöket efter antal påfrestande händelser före 15 års ålder.

Oddsens för upprepade suicidförsök och antal påfrestande händelser undersöktes också med logistisk regression (Tabell 12). Oddsens för upprepade försök ökade om patienten upplevt flera påfrestande händelser och var nästan fem gånger större för dem som upplevt två händelser jämfört med dem som inte upplevt någon sådan händelse. En analys gjordes också med kön som korrigerande faktor men kön bidrog inte signifikant till modellen.

Tabell 12. *Oddsquot för upprepat suicidförsök och antal påfrestande händelser under barndomen.*

<b>Antal påfrestande händelser</b>	<b>OR</b>	<b>95 % KI</b>
0	1	
1	2,74	1,31 - 5,74
2	4,91	1,98 - 12,19
3	2,69	1,05 - 6,91
4 – 6	3,84	1,29 - 11,45

### **Jämförelser avseende påfrestande händelser under barndomen mellan kvinnor ur patientgruppen som matchats mot kvinnor ur befolkningen**

En ofta förekommande kritik när det gäller livshändelseforskning är att man inte undersökt och jämfört förekomsten av negativa livshändelser i befolkningen, vilket skulle kunna leda till att man får för höga prevalenssiffror. För att råda bot på detta gjordes ett slumpmässigt urval av kvinnor som matchades med kvinnor intervjuade i EPSIS. Urvalskriterier var ålder, kön och boendeområde. Sextioen kvinnor, som accepterat att vara med i studien, intervjuades med i stort sätt samma frågor som de som gjort suicidförsök. Flera betydelsefulla frågor under barndomen togs emellertid bort, då man var rädd för att bli alltför

integritetspåträngande. Frågor som togs bort var psykisk och fysisk misshandel av föräldrar och syskon, sexuella övergrepp av föräldrar och syskon samt om man hatade någon av föräldrarna.

Även om EPSIS- och jämförelsegruppen var matchade för ålder, kön och boendeort skilde de sig signifikant åt vad gällde födelseland och utbildningsnivå. Fler kvinnor i EPSIS-gruppen var utlandsfödda. Det förelåg inga signifikanta skillnader mellan grupperna vad gällde aktuell arbetssituation, men andelen sjukskrivna var större i patientgruppen (Tabell 13).

Tabell 13. Patientgruppen och jämförelsegruppen efter födelseland, civilstånd, utbildning och sysselsättning.

Demografiska data	EPSIS		Jämförelsegrupp		P-värde
	n	%	n	%	
Födelseland: Sverige	48	78,7	60	98,4	0,001
Annat	13	21,3	1	1,6	
Civilstånd: Gift/sambo	13	21,3	31	50,8	-
Separerad	16	26,2	10	16,4	
Ensamboende	28	45,9	20	32,8	
Änka/änkling	4	6,6	0	0	
Utbildning: Grundskola	21	34,4	6	9,8	0,000
realskola el	36	59,0	39	63,9	
Gymnasium	4	6,6	16	26,2	
Högskola					
Sysselsättning: Hel/deltid eller stud.	45	73,8	47	77,0	-
Arbetslös	4	6,6	1	1,7	
Sjukskriven	8	13,1	3	4,9	
Förtidspension/ sjukbidrag	2	3,3	1	1,7	
Ålderspension					
Annat	1	1,6	9	14,8	

Skillnader i förekomst av påfrestande händelser före 15 års ålder hos kvinnor mellan patientgruppen och jämförelsegruppen har analyserats med  $\chi^2$ -test (Tabell 14). Som framgår ur tabellen har kvinnorna i patientgruppen haft en betydligt trassligare uppväxttid än kvinnorna i jämförelsegruppen. En större andel i patientgruppen har varit skilda från minst en förälder under ett år eller längre och många har huvudsakligen vuxit upp hos andra vårdnadsgivare. Signifikant fler i patientgruppen uppgav att de under uppväxtåren ofta försumrats eller lämnats ensamma och de trodde sig inte heller vara älskade av sina föräldrar. Enda undantaget är att andelen som förlorat en nära person är större jämförelsegruppen än i patientgruppen.

Tabell 14. Påfrestande händelser före 15 års ålder hos kvinnor i patientgruppen och jämförelsegruppen.

Livshändelser ≤ 15 års ålder	EPSIS		Jämförelse- grupp		P
	n	%	N	%	
Förälder borta från hemmet under längre tid	30	49,1	6	9,8	0.000
Skild från föräldrar under ≥ 1 år	30	49,2	10	16,4	0.000
Huvudsakligen uppvuxen hos andra	14	23,0	4	6,6	0.001
Trodde sig inte vara älskad av föräldrarna	27	44,3	5	8,2	0.000
Föräldrarna skilda/separerade	23	37,7	8	13,1	0.001
Ofta försummad eller lämnad ensam	19	31,1	2	3,3	0.000
Förälder kroniskt sjuk	19	31,1	12	19,7	Ns
Förälder hade missbruksproblem	15	24,6	12	19,7	Ns
Föräldrarna hade ekonomiska problem	14	22,6	8	13,1	Ns
Fick ta hand om syskon	15	24,6	7	11,5	Ns
Förälder vårdad för psykisk sjukdom	9	14,8	3	4,9	Ns
Någon förälder suicidförsök	8	13,1	2	3,3	-
Fadern avliden	4	6,6	1	1,6	-
Modern avliden	1	1,6	1	1,6	-
Nära person avliden	5	8,2	12	20,0	Ns
Syskon med missbruksproblem	2	3,3	1	1,6	-
Någon förälder har suiciderat	1	1,6	0	0	-

Patientgruppen och jämförelsegruppen skilde sig signifikant åt också vad gällde den psykiska hälsan. Utfall av Becks Depressionsinventorium och Hopplöshetsskalan visade på höggradigt signifikanta skillnader i medelpoäng ( $p=0.000$ ) på båda skalorna (Tabell 15).

Tabell 15. *Medelpoäng i Becks Depressionsinventorium och Hopplöshetsskalan för kvinnor i patientgruppen och jämförelsegruppen.*

		<b>Medelpoäng</b>	<b>95 % KI</b>
<b>Becks Depressionsinventorium</b>	Patientgrupp (n=50)	23,2	20,1 - 26,2
	Jämförelsegrupp (n=61)	5,3	3,8 - 6,7
<b>Hopplöshetsskalan</b>	Patientgrupp (n=36)	10,7	8,8 - 12,6
	Jämförelsegrupp (n=60)	3,6	3,0 - 4,3

# Kapitel 5

## Fallbeskrivningar

I detta avsnitt följer 12 fallbeskrivningar tagna ur EPSIS intervjuerna. Avsikten är belysa och fördjupa beskrivningarna av påfrestande händelser under patienternas liv och sätta dem i relation till ett eller flera suicidförsök. Vi har använt oss av en metod som är vanlig vid s.k. retrospektiva genomgångar eller psykologiska obduktioner. Under 1960 - talet myntade suicidologen Edwin Schneidman termen "the psychological autopsy", som sedan kom att beteckna en undersökningsmetod, där man genom samtal med nyckelpersoner i den suiciderade personens omgivning försökte kartlägga omständigheterna kring dödsfallet (Shneidman, 1981). Metoden introducerades i Sverige av Jan Beskow som kallade den för retrospektiv genomgång (Socialstyrelsens vårdprogramnämnd, 1983). I ett samtal noteras viktiga fakta och händelser i patientens liv i avsikt att få en ökad förståelse för hur en suicidal process utvecklas över tid. Bland fallbeskrivningarna finns två personer som suiciderat inom tio år efter intervjun.

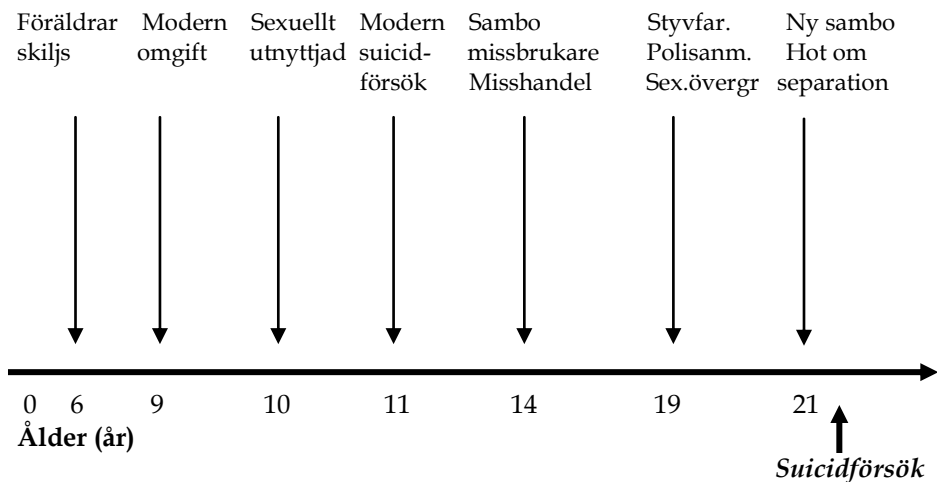
Viktiga livshändelser har förts in längs en tidsaxel för var och en av patienterna. Vi har valt detta sätt att beskriva ett händelseförlopp för att om möjligt förtydliga den suicidala processen.

För att få en så bred beskrivning som möjligt har patienter valts ut utifrån olika ålder (< 30 år, 30 - 50 år, > 50 år) och antal suicidförsök. Patienternas kön och andra sociodemografiska bakgrundsdata har inte tagits med i fallbeskrivningarna för att inte patienterna ska kunna identifieras.

## Patient nr 1

Antal suicidförsök vid intervjun	1
Ålder	< 30 år
Psykiatrisk diagnos	Ja
Barndom	Otrygg

## Händelse



### Uppgiven bidragande omständighet till suicidförsöket:

Psykiska problem sedan barndom.  
Mångårig psykoterapi och läkarkontakt.  
Sambo ville göra slut.

### Motiv till suicidförsöket:

Dödsönskan, vill inte leva längre.

### Vård och behandling:

Psykiatrisk vård två veckor följt av vård på behandlingshem.  
Fortsatt psykiaterkontakt.

### Uppföljningsintervju:

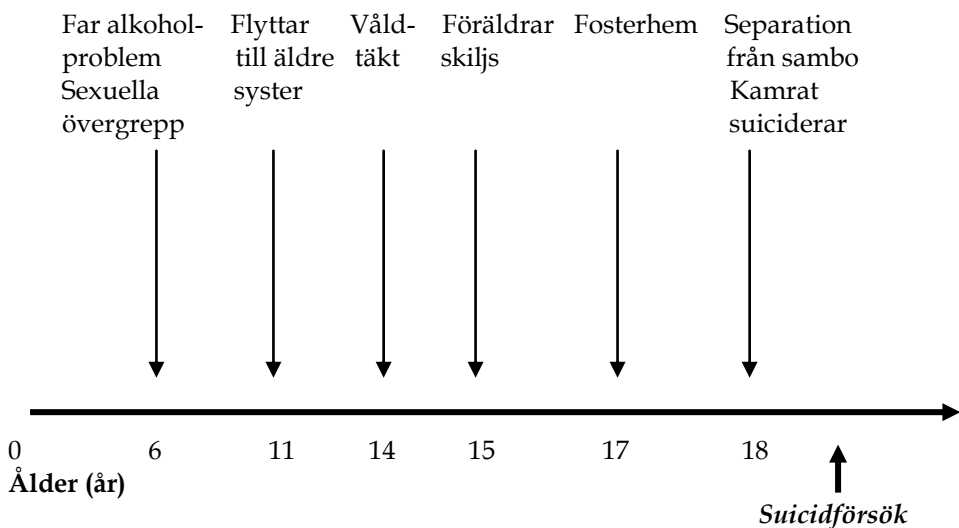
Upphört med psykoterapin.  
Anser sig inte ha fått hjälp med sina problem.



## Patient nr 2

Antal suicidförsök vid intervjun	1
Ålder	< 30 år
Psykiatrisk diagnos	Nej
Barndom	Otrygg

## Händelse



**Uppgiven bidragande omständighet till suicidförsöket:**

Nedstämd p.g.a separation.  
Kamrat suiciderat.

**Motiv till suicidförsöket:**

Dödsönskan, vill inte leva längre.

**Vård och behandling:**

Psykiatrisk vård i två dagar.  
Uppföljning fungerade inte.

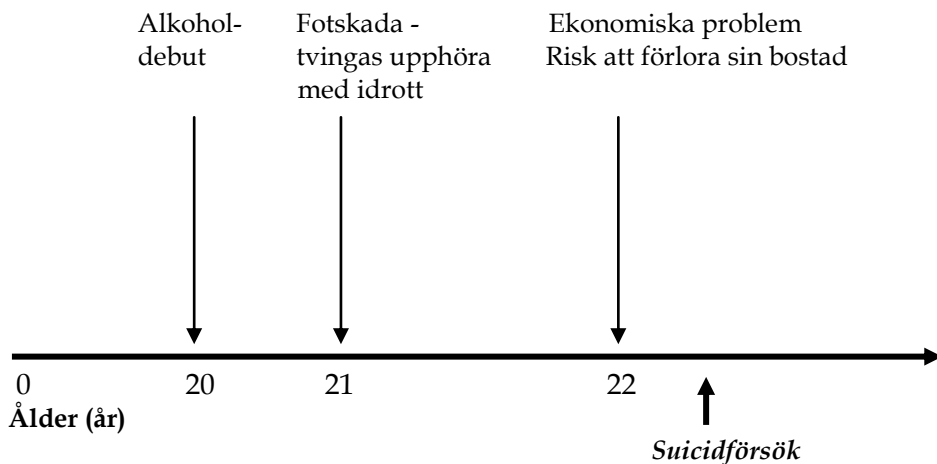
**Uppföljningsintervju:**

Missnöjd med både psykiatrin och sociala myndigheter.  
Fått bäst hjälp av en anhörig.

### Patient nr 3

Antal suicidförsök vid intervjun	1
Ålder	< 30 år
Psykiatrisk diagnos	Ja
Barndom	Trygg

### Händelse

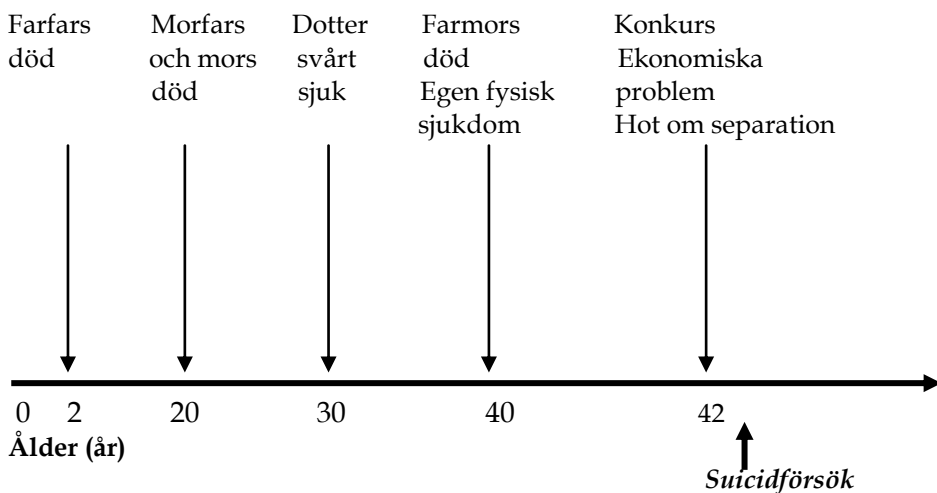


<b>Uppgiven bidragande omständighet till suicidförsöket:</b>	Känt sig misslyckad.
<b>Motiv till suicidförsöket:</b>	Vill bort från en oacceptabel situation. Vill få hjälp med ekonomin.
<b>Vård och behandling:</b>	Psykiatrisk intagningsavdelning ett dygn. Önskade, men fick ingen kuratorskontakt. Ingen uppföljning.
<b>Uppföljningsintervju:</b>	Fått hjälp av anhöriga med ekonomin. Har arbete. Mår bra.

## Patient nr 4

Antal suicidförsök vid intervjun 1  
Ålder 30 - 50 år  
Diagnos Nej  
Barndom Trygg

## Händelse



**Uppgiven orsak till suicidförsöket:**

Ekonomiska problem.  
Situationen övermäktig.

**Motiv till suicidförsöket:**

Komma bort från outhärdlig situation med skuld - och skamkänslor.

**Vård och behandling:**

Framgick inte.

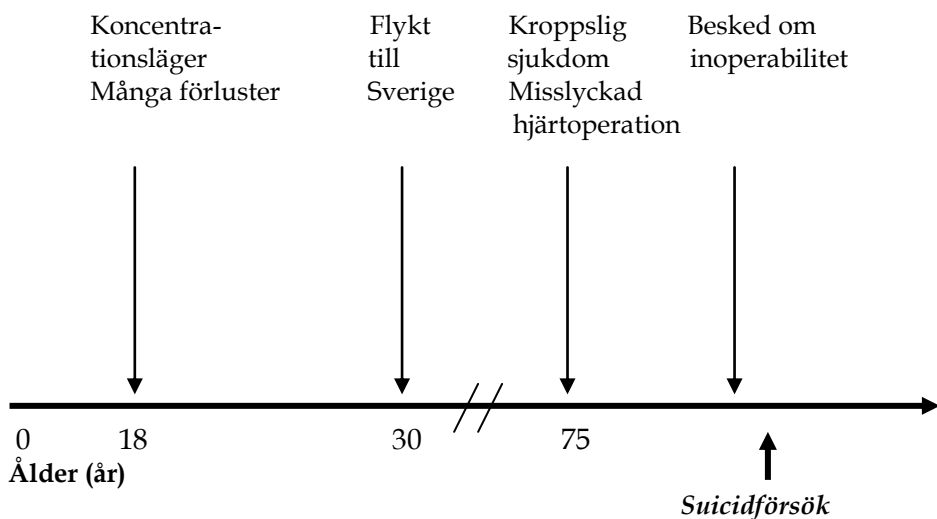
**Uppföljningsintervju:**

Inte fått hjälp att ta itu med sina problem, varken ekonomiska eller psykiska.

## Patient nr 5

Antal suicidförsök	1
Ålder	> 50 år
Psykiatrisk diagnos	Nej
Barndom	Trygg

## Händelse



### Uppgiven orsak till suicidförsöket:

Kroppslig sjukdom. Besked om att hjärtoperation inte var möjlig. Besvikelse över beskedet. Att inte kunna leva ett normalt liv. Beroende av andra människor.

### Motiv till suicidförsöket:

Livet saknar mening.

### Vård och behandling:

Sluten psykiatrisk vård enl. LSPV. Kränkt över detta.

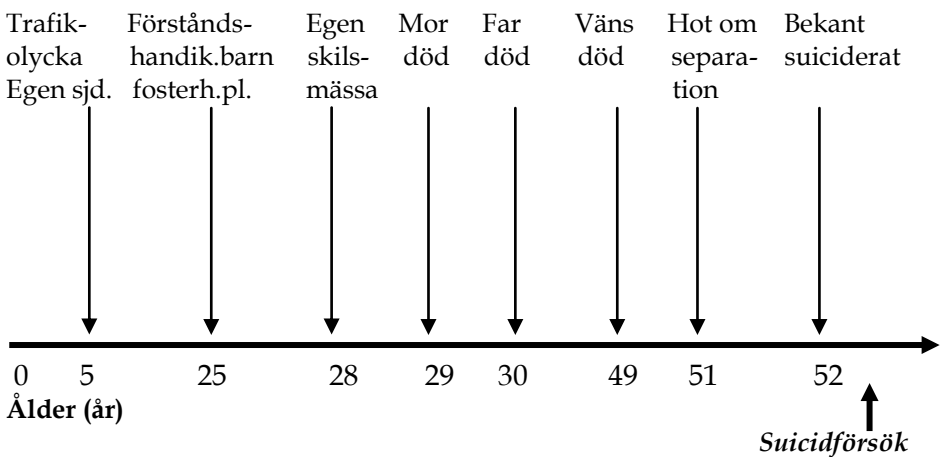
### Uppföljningsintervju:

Genomgått lyckad hjärtoperation. Mår bra både kroppsligt och psykiskt.

## Patient nr 6

Antal suicidförsök vid intervjun	1
Ålder	> 50 år
Psykiatrisk diagnos	Nej
Barndom	Trygg

## Händelse



### Uppgiven orsak till suicidförsöket:

Bekant suiciderat med patientens  
tabletter.  
Hot om separation.  
Kränkt av anklagelser. Skuld- och  
skamkänslor.

### Motiv till suicidförsöket:

Allvarlig suicidavsikt, vill dö.

### Vård och behandling:

Avvek från psykiatriska kliniken.  
Ingen uppföljning.

### Uppföljningsintervju:

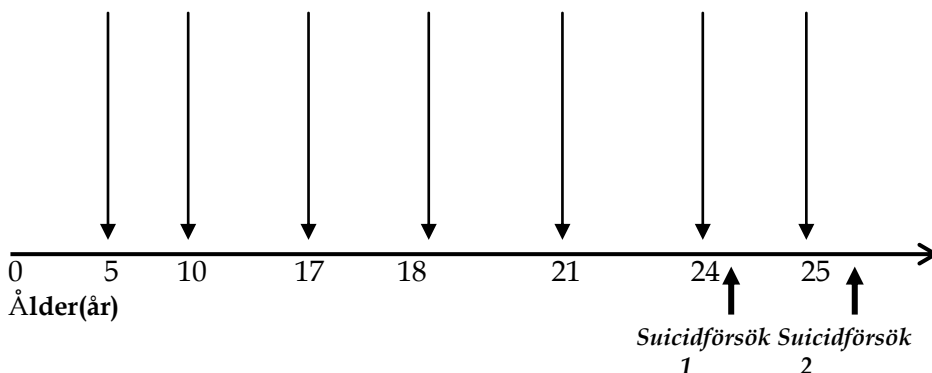
Ytterligare bekymmer efter suicidförsöket.  
Tagit hand om en son, som fått en allvarlig  
sjukdom.

## Patient nr 7

Antal suicidförsök vid intervjun	2
Ålder	< 30 år
Psykiatrisk diagnos	Ja
Barndom	Otrygg

## Händelse

Föräldrar relation-problem	Fysisk/ psykisk misshandel	Mobbad i skolan	Bilolycka Föräldrar skiljs Väns suicid	Morfars död	Separation från partner	Relationsproblem
----------------------------	----------------------------	-----------------	--	-------------	-------------------------	------------------



**Uppgiven orsak till suicidförsök 1:**

Separation från partner.  
Övergivenhet. Hopplöshet.

**Motiv till suicidförsök 1:**

Komma bort från outhärdlig situation. Orkar inte leva.

**Vård och behandling:**

Framgick inte.

**Uppgiven orsak till suicidförsök 2:**

Övergivenhet. Hopplöshet.

**Motiv till suicidförsök 2:**

Komma bort från outhärdlig situation. Orkar inte leva.

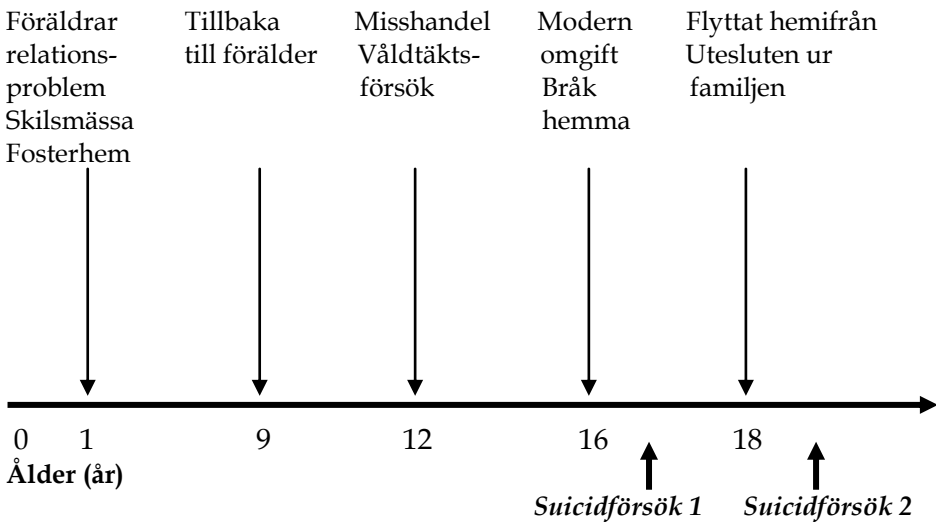
**Uppföljningsintervju:**

Vård en vecka på psykiatrisk klinik.  
Önskade, men fick inte krissamtal.  
Erbjöds psykiatrisk öppenvårdskontakt men tackade nej.

## Patient nr 8

Antal suicidförsök vid intervjun	2
Ålder	< 30 år
Psykiatrisk diagnos	Nej
Barndom	Otrygg

## Händelse



**Uppgiven orsak till suicidförsök 1:**

Ständiga gräl hemma. Gräl om partner. Kulturell problematik.

**Motiv till suicidförsök 1:**

Komma bort från outhärdlig situation. Orkar inte leva.

**Vård och behandling:**

Framgick inte.

**Uppgiven orsak suicidförsök 2:**

Att inte få bestämma över eget liv.

**Motiv till suicidförsök 2:**

Vill komma bort från allt.

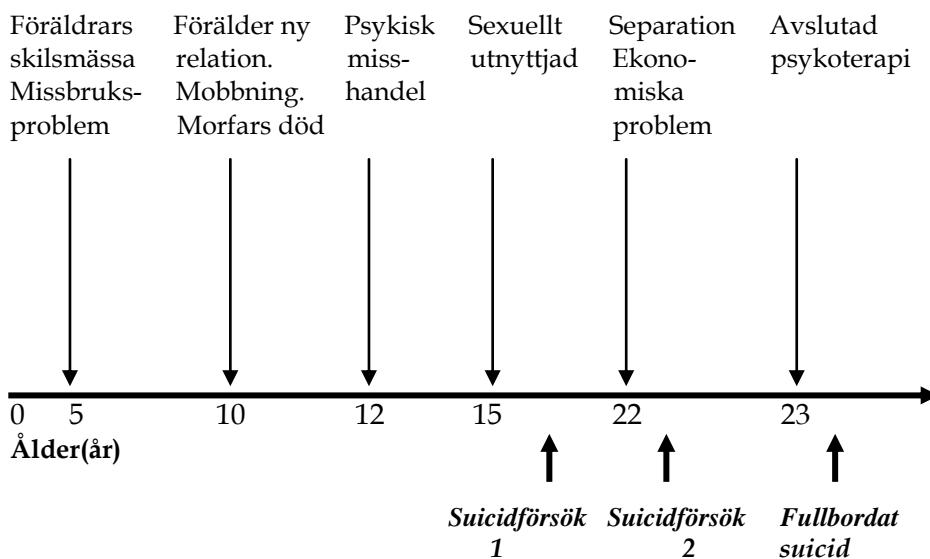
**Uppföljningsintervju:**

Vård två månader på psykiatrisk klinik. "Förvaring" Inget stöd från läkare/ annan personal. Inget förtroende för socialassistent.

## Patient nr 9

Antal suicidförsök vid intervjun: 2  
Ålder < 30 år  
Psykiatrisk diagnos Nej  
Barndom Otrygg

## Händelse



**Uppgiven orsak till suicidförsök 2:**

Separation. Sålgt lägenhet med förlust.  
Ekonomiska problem.  
Studieuppehåll p.g.a. hög frånvaro.

**Motiv till suicidförsök 2:**

Komma bort från outhärdlig situation.  
Orkar inte leva. Avskedsbrev.

**Vård och behandling:**

Intagningsavdelning under två dagar.  
Fick en samtalskontakt inom öppenvård.

**Uppföljningsintervju:**

Vård två månader på psykiatrisk klinik efter andra suicidförsöket.  
"Förvaring". Inget stöd från läkare/ annan personal.

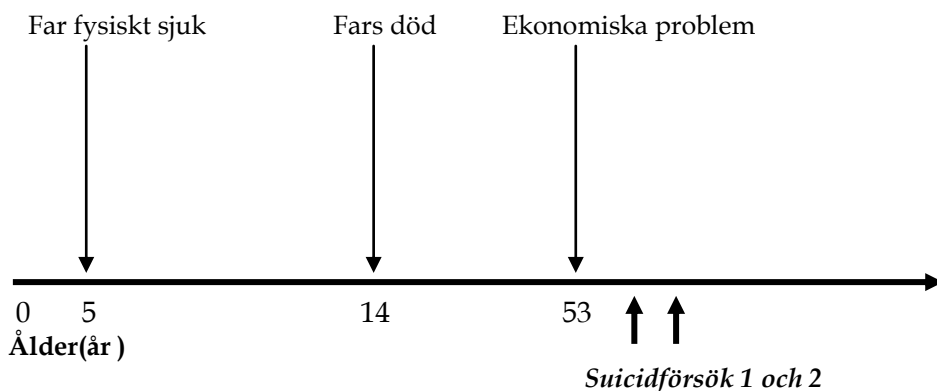
Avliden i suicid inom 10 år efter andra suicidförsöket.



## Patient nr 10

Antal suicidförsök vid intervjun	2
Ålder	> 50 år
Psykiatrisk diagnos	Ja
Barndom	Trygg

## Händelse



**Uppgiven orsak till suicidförsök 1:** Egen företagare med ekonomiska problem. Skuld och skamkänslor.

**Motiv till suicidförsök 1:** Allvarlig suicidavsikt, ville dö.  
Försökte köra ihjäl sig med egen bil.

**Vård och behandling:** Somatisk avdelning.  
Berättade inte om suicidförsöket.  
Ingen frågade. Ingen psykologisk hjälp.

**Uppgiven orsak till suicidförsök 2:** Egen företagare med ekonomiska problem.  
Rädsla att förlora allt.  
Skuld och skamkänslor.

**Motiv till suicidförsök 2:** Såg ingen annan utväg.

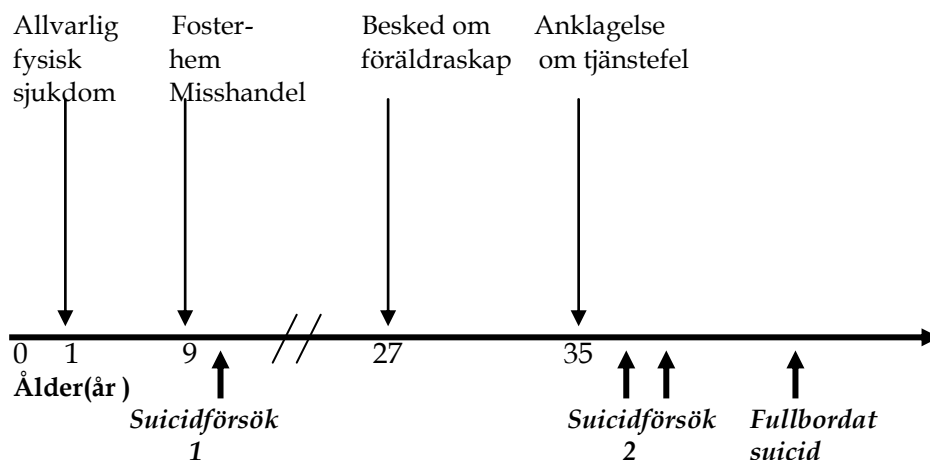
**Vård och behandling:** Tre månaders vård på psykiatrisk klinik.  
Depressionsbehandling. Medicinsk- och samtalsbehandling. Poliklinisk uppföljning.

**Uppföljningsintervju:** Ledsen över att ha gått i konkurs.  
Nöjd med stöd från familj och psykiatri.

## Patient nr 11

Antal suicidförsök vid intervjun	3
Ålder	30 - 50 år
Psykiatrisk diagnos	Ja
Barndom	Otrygg

## Händelse



### Uppgiven orsak till suicidförsök 3:

Separation och rädsla att förlora vårdnaden av.  
Allvarliga psykiska problem.

### Motiv till suicidförsök 3:

Komma bort från outhärdlig situation

### Vård och behandling:

Sluten psykiatrisk vård i nio månader.  
Uppföljning inom psykiatrisk öppenvård.

### Uppföljningsintervju:

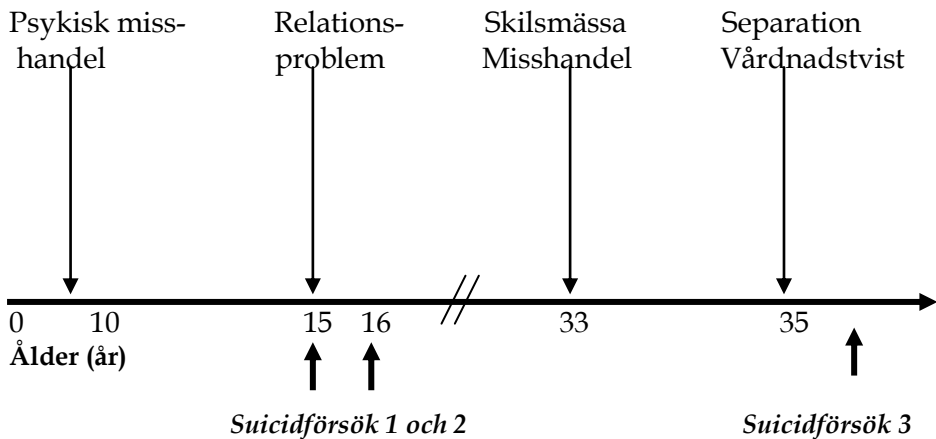
Fått hjälp, mår förhållandevis bra.  
Sjukpension.

Avliden i suicid inom 10 år efter tredje suicidförsöket.

## Patient nr 12

Antal suicidförsök vid intervjun	3
Ålder	30 - 50 år
Psykiatrisk diagnos	Ja
Barndom	Otrygg

## Händelse



### Uppgiven orsak till suicidförsök 3:

Separation samt rädsla att förlora vårdnaden av sonen.  
Allvarliga psykiska besvär med svåra fobier.

### Motiv till suicidförsök 3:

Komma bort. Allt kändes meningslöst.  
Trött på att vara psykiskt sjuk.

### Vård och behandling:

Psykiatrisk öppenvårdskontakt sedan många år.

### Uppföljningsintervju:

Opererad för svåra fobier.  
Mår bättre, fortsatt  
Öppenvårdskontakt.

Dessa 12 levnadshistorier exemplifierar de resultat som tidigare beskrivits. Potentiellt traumatiserande händelser är vanligt förekommande i många människors liv. Hos den studerade patientgruppen, d.v.s. personer som gjort suicidförsök, var påfrestande händelser under uppväxttiden vanliga. De som haft svåra uppväxtförhållanden gjorde suicidförsök tidigt i livet och upprepade dem oftare än de som haft en trygg barndom. Vid samtliga suicidförsök uppgav patienterna händelser som de ansåg vara helt eller delvis bidragande till suicidförsöket.

Två av dessa 12 patienter suiciderade inom några år efter det aktuella suicidförsöket. Av de intervjuade patienterna avled under de följande 10 åren efter undersökningen 50 personer (24,8 %), 23 män och 27 kvinnor. Av dessa har 25 patienter avlidit till följd av suicid (12,4 %).

# Kapitel 6

## Diskussion

### Inledning

Denna rapport sammanfattar resultat från intervjuer med patienter som vårdats på ett av universitetssjukhusen i Stockholms län efter suicidförsök för något mer än 20 år sedan. Trots detta har studien behållit sin aktualitet. När intervjuerna ägde rum hade såväl suicidförsök som fullbordade suicid minskat från den högsta nivån under 1980-talet för att sedan fortsätta sjunka och nå sin lägsta nivå under senare delen av 1990-talet. Emellertid har antalet patienter som vårdats på sjukhus efter suicidförsök under det senaste decenniet ökat för alla åldersgrupper. Särskilt alarmerande är den kraftiga ökningen bland kvinnor i åldern 15 - 24 år såväl i Stockholms län som i landet som helhet. I Stockholms län en ökning från 246/100 000 invånare år 1997 till 410/100 000 invånare år 2013 (Jiang et al., 2015d). Statistiken från 2011 års Folkhälsorapport i Stockholms län (Folkhälsorapport, 2011) visar också att många ungdomar och unga vuxna lider av självrapporterad psykisk ohälsa. År 2010 uppgav drygt 30 procent av kvinnorna och 20 procent av männen i åldrarna 21 - 24 år nedsatt psykiskt välbefinnande. Gruppen unga kvinnor hade högst självupplevd psykisk ohälsa och för denna grupp sågs en ökning jämfört med resultaten från folkhälsoundersökningen år 2006.

Att suicidförsöksfrekvensen under 2000-talet ökat är ett fenomen som man uppmärksammat i många västländer med tanke på att det gått stick i stäv med förhoppningen att insatta preventiva program och behandlingsformer skulle leda till en minskning av antalet suicidförsök (Kessler et al., 2005; Belik et al., 2007).

De försök som gjorts för att med sekundärpreventiva insatser minska antalet suicid hade då studien pågick inte gett uppmuntrande resultat (Gunnel & Frankel, 1994). Det framhölls att det trots stora forskningsinsatser förelåg otillräcklig kunskap om bakomliggande faktorer för utvecklingen av ett suicidalt beteende. Resultaten från denna studie kan ses som ett komplement till annan känd kunskap

och kan förhoppningsvis bidra till delvis nya synsätt på preventiva och behandlande åtgärder.

Denna studie utgjorde en del i en internationell multicenterstudie i WHO:s och EU:s regi i vilken personer, som kom till utvalda sjukhus i Europa efter ett suicidförsök registrerades och intervjuades. I Stockholms län genomfördes registrering och intervjuer på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. Under en treårsperiod mellan 1990 till 1993 genomfördes omfattande intervjuer, som följde en särskilt framtagen strukturerad enkät på 75 sidor, EPSIS (European Parasuicide Study Interview Schedule). Enkäten bestod dels av frågor, som ställdes av intervjuaren, dels av validerade självrapporteringsinstrument som patienterna själva fyllde i. Utöver frågor av sociodemografisk karaktär kartlades omständigheterna kring suicidförsöket, patientens subjektiva uppfattning om bidragande faktorer inklusive motiv till suicidförsöket samt aktuell kroppslig och psykisk hälsa. Därutöver ställdes frågor om potentiellt traumatiserande händelser under barndom och tidiga tonår (< 15 år).

Intervjuerna, som i allmänhet tog mellan två och tre timmar, ägde rum på sjukhusets vårdavdelningar samt i enstaka fall i hemmet inom en vecka efter suicidförsöket. Enkätmaterialet är mycket omfattningsrikt. I denna rapport ligger fokus dels på patienternas subjektiva uppfattning om påfrestande händelser som en bidragande omständighet till deras suicidförsök dels på förekomst och konsekvens av potentiellt traumatiska händelser under barndom och tidiga tonår.

Under den aktuella perioden vårdades 458 patienter äldre än 15 år på sjukhuset efter ett suicidförsök. Av dessa intervjuades 202 patienter, 131 kvinnor och 71 män (65 % respektive 35 %). Det fanns olika anledningar till bortfallet såsom att patienter lämnat sjukhuset innan de blivit tillfrågade om att delta i studien, att de av vårdpersonalen bedömdes vara alltför psykiskt eller kroppsligt sjuka, inte talade svenska eller själva avböjde att delta. Det fanns inga signifikanta skillnader i ålder, kön och mantalsskrivningsort mellan de som intervjuades och de som föll bort. Det hade varit önskvärt att göra en bortfallsanalys på förekomst av påfrestande händelser och uppgivna motiv till suicidförsöket, men detta var inte genomförbart p.g.a. stora brister i journalanteckningarna. Detta är beklagligt eftersom det

innebar att vi inte kunde använda oss av data från de 1000-tals patienter som genom åren registrerats i WHO - studien och vårdats på sjukhus. Än allvarligare är konstaterandet att anamnesupptagningen efter ett suicidförsök var bristfällig, vilket torde ha gjort suicidriskbedömningarna osäkra. Huruvida kvaliteten på dagens psykiatriska journaler är bättre kan vi inte uttala oss om. Med tanke på den ökande belastningen på akutavdelningar och bristen på vårdplatser inom psykiatrin i kombination med ett avtagande intresse inom vården för patienters livssituation är det tyvärr inte mycket som talar för att anamnesupptagningen förbättrats. Socialstyrelsens granskning av Lex Maria-ärenden till följd av suicid under 2006 bekräftar detta. Man identifierade bristande rutiner för självmordsriskbedömning, dokumentation, samverkan, informationsöverföring, kompetens m.m. (Socialstyrelsen, 2007).

Den patientgrupp som studerats skilde sig inte från befolkningen i upptagningsområdet vad gällde ålder, kön och svenskt medborgarskap, däremot förelåg skillnader vad gällde sociala förhållanden. Exempelvis var andelen ogifta och separerade betydligt högre i patientgruppen. Detta överensstämmer med fynden i andra undersökningar inklusive den internationella WHO-studien, där suicidförsöksfrekvensen var högre för ogifta/frånskilda än hos gifta/samboende (Schmidtke et al., 1996; Welch, 2001).

### **Suicidförsöket**

Av alla patienter som vårdades på sjukhuset efter ett suicidförsök under intervjuperioden var kvinnor överrepresenterade och en likartad fördelning mellan könen förelåg också i denna intervjustudie (65 % kvinnor och 35 % män). Motsvarande fördelning, vilken varit relativt stabil genom åren, finns för hela landet. Av dem som vårdats till följd av en självdestruktiv handling i Sverige under år 2004 var 61 % kvinnor (Socialstyrelsen, 2006). Medianåldern i studien var 39 år för kvinnor och 40 år för män. De flesta, såväl kvinnor som män, var i arbetsför ålder och den största åldersgruppen var 30 - 64 år (57 % respektive 62 %). Närmare 30 % av patienterna var yngre än 30 år då de genomförde suicidförsöket. Suicidala handlingar är vanligt förekommande i unga år. I Folkhälsorapporten från Stockholm (2011) uppgav 8 % av kvinnorna i åldersgruppen 16 - 29 år att de någon gång försökt ta sitt liv.

För närmare hälften av de intervjuade patienterna var det första gången de gjorde ett suicidförsök. De flesta valde "mjuka" metoder, d.v.s. intoxikerade sig, oftast med läkemedel. Män använde sig i högre utsträckning än kvinnor av aggressiva metoder vid sitt första suicidförsök och användandet av aggressiva metoder tenderade att öka med stigande ålder. Med tanke på att få patienter i vårt material använde sig av aggressiva metoder (12 %) är det svårt att dra några säkra slutsatser. I WHO/EUs multicenter-studie, där man registrerat suicidförsök i 16 olika länder, hade 64 % av männen och 80 % av kvinnorna intoxikerat sig och det förelåg också skillnader mellan länderna i val av metod (Michel et al., 2000).

Många av de intervjuade hade gjort upprepade suicidförsök (53 %), vilket överensstämmer med andra studier. I olika studier har 30 - 60 % gjort minst ett tidigare suicidförsök. I WHO:s multicenterstudie var frekvensen av upprepade suicidförsök inom ett år 15 % (Schmidtke et al., 1996). I en annan studie på 1 720 ungdomar i åldersspannet 15 - 19 år, som vårdats efter ett suicidförsök, hade under en uppföljningstid på sju år, 17,2 % gjort ett nytt suicidförsök (Hultén et al. 2001).

Tidigare suicidförsök är en viktig riskfaktor för fullbordat suicid (Haw et al., 2007). De som genomfört ett suicidförsök löper upp till 40 gånger så hög risk att dö i suicid (Isometsa et al., 1998). Dödligheten i suicid efter ett suicidförsök varierar i olika undersökningar men ligger på 10 - 15 % över ett längre tidsperspektiv (Maris, 1992). Samma resultat sågs i den aktuella studien där 12,4 % av patienterna hade suiciderat inom 10 år efter det aktuella vårdtillfället.

Bland de som vårdades efter suicidförsöket hade äldre patienter oftare än yngre en psykiatrisk diagnos. Andelen med psykiatrisk diagnos var lägst bland tonåringar och unga vuxna, särskilt om de vårdades för sitt första suicidförsök. I en studie i vilken man studerade unga personer mellan 15 och 29 år konstaterade man att det skett en ökning av antalet personer som vårdats efter ett suicidförsök (Beckman et al., 2010). Endast en tredjedel hade fått en psykiatrisk diagnos vid vårdtillfället. Detta kan hänga samman med att man är försiktig med att sätta psykiatriska diagnoser på yngre människor. En annan förklaring kan vara att man hos unga personer är mera benägen att lyssna efter och acceptera bakomliggande relationsproblem inom familjen eller vänkretsen som orsak till



psykisk ohälsa. Vid potentiellt traumatiserande händelser som våld, sexuella övergrepp eller mobbning har man kanske tolkat suicidförsöket som ett led i en krisreaktion där den unga personen inte lyckats bemästra den kränkning, ångest och rädsla som händelsen utlöste.

Suicidtankar är relativt vanligt förekommande hos unga människor och kommer hos de flesta att klinga av. Detta gäller särskilt hos unga kvinnor. Andelen flickor/kvinnor som gör suicidförsök särskilt vid unga år är betydligt högre än för pojkar/män. Däremot tycks mäns suicidalitet progrediera snabbare. Det har rapporterats att tiden från det att suicidtankar kommunicerats till omgivningen till ett första suicidförsök är 12 månader hos män och 42 månader hos kvinnor (Runesson et al., 1996).

Varför det är på detta sätt är inte klarlagt. Kvinnor uppger mer utsatthet under uppväxttiden och ser oftare än män suicidförsöket som en reaktion på påfrestande händelser (Pfeffer, 1988) medan pojkar/ män i högre utsträckning uppger misslyckande i studier, arbete eller arbetslöshet (Gasquet & Choquet, 1993). Vissa forskare menar att flickor har en större tendens att internalisera lidande och smärta och uttrycka sin inre smärta i ångest, depression och psykosomatiska besvär medan pojkar tenderar att externalisera sin smärta i uppförandeproblem och missbruk (Rich et al., 1992).

### **Påfrestande händelser i anslutning till suicidförsöket**

Frågan om påfrestande händelser föregår och kan utlösa ett suicidförsök är omdiskuterad. I intervjun ställdes först en öppen fråga om det fanns några speciella händelser eller omständigheter som patienterna menade ledde fram till suicidförsöket. Den huvudsakliga bidragande omständigheten noterades av intervjuaren och kategoriserades. Det gavs då endast ett alternativ. Vanligaste omständighet för både män och kvinnor var psykisk sjukdom (31 respektive 33 %). Därefter följde för kvinnor relationsproblem (31 %) och separation (19 %) medan kroppslig sjukdom (16 %) och problem med arbete/ekonomi (16 %) var vanligare för män. Patienterna fick också själva fylla i ett formulär med på förhand givna omständigheter, som de ansåg hade varit betydelsefulla för att suicidförsöket kommit till stånd. Många patienter angav fler än en

bidragande omständighet till suicidförsöket. Den omständighet för både män och kvinnor, som de flesta uppgav hade stor betydelse för suicidförsöket var åter psykisk ohälsa (59 % respektive 71 %). Därefter kom ensamhet, ett alternativ som patienterna själva inte uppgav spontant. Andelen kvinnor som uppgav olika typer av relationsproblem var större än för män medan det motsatta förhållandet gällde missbruk och kroppslig sjukdom. Det fanns ett samband mellan uppgivna omständigheter och ålder för suicidförsöket. Andelen som uppgav relationsproblem minskade medan kroppslig ohälsa ökade med stigande ålder. I den yngsta åldersgruppen, 15 - 19 år angavs relationsproblem som viktigaste orsak till suicidförsöket medan kroppslig sjukdom oftare förekom i gruppen över 65 år. Dessa fynd överensstämmer med andra studier där fr.a. äldre patienter ofta anger kroppslig ohälsa som bidragande orsak till suicidförsöket (De Leo et al., 1999; ). I en studie (Shah & Ganesvaran, 1997) var det dock först hos patienter äldre än 60 år som en större andel patienter uppgav kroppslig sjukdom som betydelsefull för suicidförsöket.

Att personer, som genomfört ett suicidförsök, härleder handlingen till påfrestande händelser eller andra omständigheter i nära anslutning till suicidhandlingen har visats i många studier (Paykel, 2001). En avgörande fråga är huruvida påfrestande händelser verkligen kan utlösa en suicidal process och leda till ett suicidförsök. Ett metodologiskt problem härrör sig till det faktum att suicidförsöket kan vara en effekt av en psykisk eller kroppslig sjukdom, som i sin tur kan leda till relationsproblem, sociala svårigheter, arbetslöshet eller dylikt. Ett annat kan vara en önskan hos den suicidal patienten att ge suicidförsöket en mening och en förklaring inför sig själv men också till människor i omgivningen. Det är också svårt att bedöma svårighetsgraden på påfrestningen och som framgått ur vår studie uppgav många av patienterna flera olika påfrestningar samtidigt. Man har försökt hantera detta genom att, med undantag för potentiellt traumatiserande händelser av typen våld, sexuella övergrepp och närståendes plötsliga död, gruppera och kategorisera olika påfrestningar. Att göra på detta sätt minskar sensitiviteten men det minskar samtidigt risken för övertolkning av enskilda påfrestningar (Paykel, 1983). I vår studie kategoriserades påfrestningarna och patienterna fick både själva fylla i en

livshändelseenkät och blev intervjuade. Intervjuaren bedömde utifrån patientens berättelse, vilken som var den viktigaste påfrestningen i anslutning till suicidförsöket. För att intervjuerna skulle genomföras på likartat sätt oberoende av vem som intervjuade spelades 16 konsekutiva intervjuer in på band som avlyssnades av två oberoende bedömare. Därigenom minskade risken för övertolkning. Detta arbetssätt överensstämmer också med rekommendationer för att reducera problem med reliabilitet och validitet vid användandet av traditionella frågeformulär om livshändelser (Dohrenwend, 2006).

Ungefär 2/3 av patienterna angav förekomst av samma påfrestande händelse vid första och andra suicidförsöket. Man måste vara försiktig i tolkningen eftersom det rörde sig om få patienter. En slutsats kan dock vara att patienterna av olika anledningar inte löst den problematik, som bidragit till beslutet om att göra ett första suicidförsök. Det som kan tala för detta är att många patienter inte ansåg att de fått hjälp med de problem de själva menade låg bakom suicidförsöket. Exempel på detta är patienterna 7, 8, 9, 10 och 12 med kvarstående problem kopplat till relationer eller ekonomi. Att det går att påverka suicidalitet genom att ta bort den påfrestning som patienten angett som bidragande till suicidförsöket är patient nr 5 ett exempel på. Han hade tidigare i livet upplevt ytterst traumatiska händelser, som påverkat hela hans liv. Men det var först när han blev svårt kroppsligt sjuk och fick besked att sjukvården inte kunde hjälpa honom, som meningen med livet gick förlorad. Han gjorde då ett mycket allvarligt suicidförsök och vårdades en längre tid på en psykiatrisk klinik enligt LPT. Vid uppföljningsintervjun ett år senare mårde han bra både psykiskt och kroppsligt. En bidragande orsak till detta kan vara att han trots tidigare negativa behandlingsbesked hade genomgått en lyckad hjärtoperation.

### **Motiv bakom suicidhandlingen**

De vanligaste motiven bakom suicidförsöket hos både kvinnor och män var en önskan att komma bort från en oacceptabel situation och egna plågsamma tankar, som man inte längre stod ut med. Över 80 % av de intervjuade uppgav detta som motiv till suicidhandlingen. Detta överensstämmer med andra forskargrupper resultat (Michel et al., 1994; Söderberg et al., 2004). I sin bok "Definition of Suicide" har Edwin Shneidman (1985) under 10 rubriker försökt beskriva vad som

är karakteristiskt för suicidalitet. Han såg suicidhandlingar som en flykt från outhärdlig smärta, psykisk eller kroppslig, snarare än som en reell önskan att dö (Shneidman, 1985).

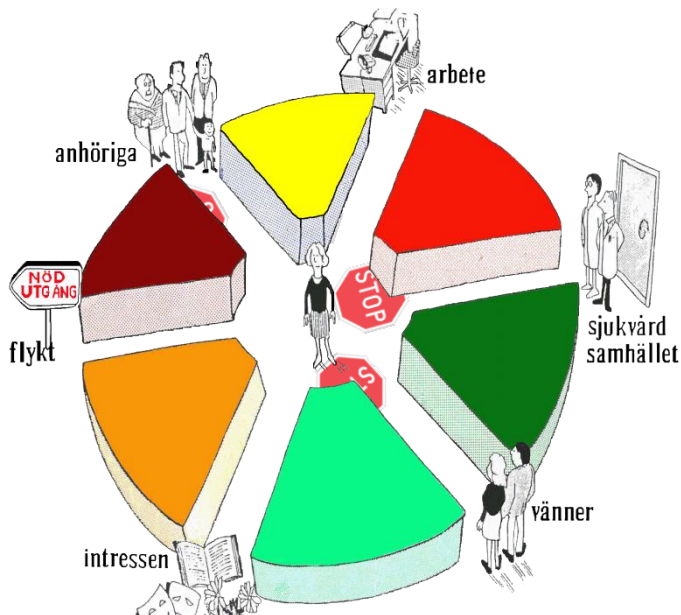
Det finns en myt hos allmänheten att suicidala personer inte vill dö och att suicidförsök är ett uttryck för manipulation. I den aktuella studien uppgav närmare 60 %, procentuellt något fler män än kvinnor att de ville dö, då de gjorde sitt suicidförsök. Döden var emellertid för många inte det egentliga målet utan snarare ett sätt att fly från en outhärdlig situation. Ungefär  $\frac{1}{4}$  uppgav att de hade en önskan att få somna bort i en förhoppning om att deras problem skulle vara borta när de vaknade upp. För en del var handlingen ett desperat sätt att förmedla sitt lidande till omgivningen. Shneidman har visat på ambivalens, som en central del i suicidaliteten (Shneidman, 1985). Man både vill och inte vill leva (Heberlein, 2008). Denna ambivalens är en bidragande orsak till att handlingen inte alltid leder till döden och den är också förutsättning terapeutiska insatser.

De minst vanliga motiven handlade om att bestraffa närstående eller få dem att känna skuld, mindre än 15 % uppgav något av dessa motiv. Att en minoritet av patienterna talade om hämnd som motiv kan vara ett uttryck för att sådana tankar är ovanliga men skulle också kunna hänga samman med att det är svårt att tala om hämndbegär efter att ha överlevt ett suicidförsök.

Många av de intervjuade har beskrivit den förtvivlan de känt men de kan inte citeras eftersom intervjuerna inte spelats in på band. Det finns emellertid många som i böcker beskrivit den förtvivlan de befunnit sig i när de inte såg en annan lösning än att avsluta sitt liv. En mycket målande beskrivning ges av en ung kvinna, vars man omkom i terroristattacken i New York den 11 september 2001: "Jag föll ner i en djup avgrund på botten av ett ännu utforskat hav... Trycket, mörkret och djupet var mer än kropp och själ kunde stå emot... Platsen kändes så verklig och så mörk att jag inte trodde att jag någonsin skulle se ljuset igen. Jag hade aldrig tidigare känt sådan förtvivlan och smärta... och jag var övertygad om att ingen skulle kunna hjälpa mig. Jag kände hur hjärtat slets i stycken, visste inte hur det var att inte kunna andas och hur det kändes att dö... Varendra cell i mig gjorde ont. Min hjärna trycktes ihop som en mangel, panik och

illamående släppte inte taget om mig... Rummet där jag befann mig var svart och saknade fönster. Det var fyllt av spindelnät, smuts. Hat, ilska, ondska, raseri, hämnd, sargade kroppar och smärta... Jag kunde inte hitta någon väg ut... Vilken väg skulle jag ta? Vilken kunde utplåna alla känslorna med en gång? Jag måste välja – droger, alkohol, hat, självmord?" (Ur *The Blue Skies of Autumn*, Elizabeth Turner, 2009).

Den psykiska smärtan, lidandet och känslan av total ensamhet kan leda till att personen känner sig instängd i ett hörn eller i ett fängelse. Detta "psykologiska fängelse" har ibland beskrivits som ett suicidalt rum. Ringel kallade det tillstånd, som en person befinner sig i nära anslutning till ett suicidförsök, det presuicidala syndromet (Ringel, 1976). Detta karakteriseras enligt Ringel av en sammansnörning, undertryckt aggressivitet mot jaget och suicidala fantasier. Den suicidala personen kan känna sig inträngd i ett rum utan möjlighet att göra något åt sin situation. En person beskrev det som att hon befann sig i en glaskupa. Utanför "glaset" fanns allt kvar men inte tillgängligt för henne. Nedanstående bild beskriver hur krisdrabbade personer i allmänhet men suicidala i synnerhet kan uppfatta att alla vägar till det tidigare livet stängts igen. En sådan tolkning av situationen kan vara riktig, men är för det mesta felaktig, något som personen behöver få hjälp att inse. I stunden måste det till en utväg, på bilden en nödutgång, som för en del personer blir ett suicidförsök.



Figur 7. Ett försök att konkretisera hur en krisdrabbad och/eller en suicidal person kan uppfatta sin livssituation. Bild av Lennart Håkanson.

### Potentiellt traumatiska livshändelser under barndom och tidiga tonår

En stor del av patienterna hade vuxit upp i splittrade hem och närmare hälften hade varit skilda från en eller båda föräldrarna under lång tid under barndomen. Många hade vuxit upp med föräldrar som hade missbruksproblem och/eller led av en kronisk sjukdom. Var tionde förälder hade vårdats inom psykiatrin och 9 % hade gjort suicidförsök. Närmare en fjärdedel av patienterna uppgav att de utsatts för fysiskt våld av sina föräldrar och ännu fler att de blivit psykiskt misshandlade av dem (31 %). Andelen kvinnor som varit utsatta för de olika händelserna var genomgående högre än för andelen män. Elva patienter, tio kvinnor och en man, hade utsatts för sexuella övergrepp av sina föräldrar eller ett syskon (5,4 %).

Att som barn och ungdom leva i en dysfunktionell familj och utsättas för olika former av övergrepp leder i hög grad till att många känner sig ensamma och övergivna (Jones, Schinka et al., 2012). I såväl

retrospektiva som prospektiva internationella studier från fr.a. USA och Australien är andelen barn och ungdomar som utsatts för olika påfrestande händelser under uppväxtåren högre än i vår studie särskilt vad gäller sexuella övergrepp (Dube et al., 2001; Fergusson et al., 2000). I en studie på kvinnor var livstidsprevalensen för suicidförsök fyra gånger högre hos tonåringar som varit utsatta för sexuella övergrepp jämfört med tonåringar som inte varit utsatta (Martin, 1996). I samma studie uppgav 51 % av kvinnorna att de varit utsatta för sexuella övergrepp. Med tanke på de höga internationella prevalenssiffrorna av påfrestande händelser under uppväxttiden gjordes inom ramen för den aktuella studien en separat studie i vilken ett slumpmässigt urval av kvinnor ur befolkningen matchades mot kvinnor, som gjort suicidförsök. Urvalskriterierna var ålder, kön och boendeområde. Jämförelsen blev delvis ofullständig genom att flera betydelsefulla frågor, som berörde potentiellt traumatiska händelser fr.a. frågor om våld och sexuella övergrepp, togs bort eftersom man inte ville vara alltför integritetskränkande. Jämförelsegruppen skilde sig signifikant från patientgruppen vad gällde födelseland och utbildningsnivå. Andelen med högre utbildning och med Sverige som födelseland var högre i jämförelsegruppen. Som förväntat hade en signifikant större andel kvinnor i patientgruppen haft en betydligt trassligare uppväxttid än kvinnorna i jämförelsegruppen. I patientgruppen uppgav signifikant fler att de varit skilda från föräldrarna under sin uppväxt. En större andel i patientgruppen uppgav också att de hade lämnats ensamma, känt sig försummade och inte trott sig vara älskade av sina föräldrar.

I vår studie liksom i många andra fanns hos många av de som gjorde sitt första suicidförsök i unga år en anamnes på påfrestande händelser i barn- och ungdomsåret i form av vanvård, sexuella och kroppsliga övergrepp, tidigare separationer från föräldrarna. Betydelsen av dessa påfrestningar för en suicidal utveckling är inte längre omstridd. Däremot råder osäkerhet om enskilda påfrestningar i sig räcker som enda förklaring.

I en prospektiv studie på närmare 900 barn i åldrarna 6 - 15 år fann man ett samband mellan ökad känsla av ensamhet och suicidalt beteende vid 15 års ålder. När man korrigerade för depression och beteendestörningar försvann emellertid sambandet varför man drog

slutsatsen att det suicidala beteendet medierades av dessa tillstånd (Jones et al., 2011). Med undantag för våld och sexuella övergrepp under uppväxttiden har man i flera studier när man kontrollerat för olika psykiatriska sjukdomstillstånd inte funnit något signifikant samband mellan påfrestande händelser och suicidförsök (Molnar et al., 2001).

En högre andel påfrestande händelser under uppväxttiden har man emellertid funnit i studier där man jämfört psykiatriska patienter som gjort suicidförsök med sådana som inte gjort det (Pompili et al., 2011). I en svensk studie på kvinnor med diagnosen borderline personlighetsstörning, som vårdades inom psykiatrin efter ett suicidförsök, uppgav 31 % att de utsatts för sexuella övergrepp och 40 % av våld av sina föräldrar under uppväxtåren (Söderberg, 2004). Andra former av psykisk ohälsa, som visat samband med påfrestande barndomshändelser, är förutom PTSD, beteendestörningar, matstörningar, depression och ångestsyndrom, tillstånd som också varit förknippade med suicidalt beteende (Kessler et al., 2010; Read & Bentall, 2012). I de fall där PTSD och depressionssjukdom samverkat har man påvisat en högre risk för suicidalt beteende än vid vart och ett av sjukdomstillstånden för sig (Oquendo et al., 2005). I en studie där man studerade sambandet mellan posttraumatiska stressymtom och suicidalt beteende hos tonåringar fann man ett kvarstående samband mellan PTSD och suicidalt beteende också efter det att man kontrollerat för andra psykiatriska tillstånd (Mazza, 2000).

Interpersonella påfrestningar som sexuella övergrepp och fysiskt våld under uppväxten har således visat på kvarstående samband med suicidförsök även sedan man kontrollerat för psykiatriska sjukdomar (Bruce et al., 2001). Detta har ansetts kunna hänga samman med att övergreppet försätter de unga i en extremt svår situation av maktlöshet och hjälplöshet under en period i livet då de är helt beroende vuxna. Övergreppet är integritetskränkande både psykisk och fysiskt, där förövaren genom sin fysiska styrka överskrider gränser för kroppslig kontakt (Herman, 1992).

Förutom våld och sexuella övergrepp har det således varit svårt att fastlägga om enskilda påfrestande händelser under uppväxten i sig ökat risken för suicidförsök. En förklaring kan vara att olika typer av



vanvård och övergrepp ofta är sammanflätade i varandra (Johnson et al., 2002). Senare års forskning har därför fokuserat på kombinationer av händelser snarare än enskilda sådana och man har då funnit att ju fler påfrestande händelser personer drabbats av under uppväxttiden desto högre odds-kvoter för både suicidtankar och suicidförsök (Fergusson et al., 2000).

I vår studie fanns ett samband mellan påfrestande händelser före 15 års ålder och åldern för det första suicidförsöket. Problem hos föräldrar, att vara separerad från minst en förälder under lång tid, vanvård och psykisk misshandel var vanligare hos patienter som gjort sitt första suicidförsök före 24 års ålder. Med ökande antal påfrestande händelser var odds-kvoten för ett tidigt suicidförsök nästan sex gånger högre för de som varit med om 4 - 6 påfrestande händelser jämfört med dem som inte upplevt någon sådan händelse. Medianåldern vid första suicidförsöket var 25 år för dem som upplevt 4 - 6 påfrestande händelser under sin uppväxt och 43 år för dem som inte upplevt någon sådan händelse. Detta överensstämmer med andra studier (Bruffaerts et al., 2010; Pompili et al., 2011; Roy, 2004).

På motsvarande sätt ökade risken för upprepade suicidförsök hos de patienter som upplevt flera påfrestande händelser under sin uppväxt. Odds-kvoten var närmare fem gånger högre för dem som upplevt två händelser jämfört med dem som inte upplevt någon sådan händelse alls. Detta överensstämmer också med resultaten från andra studier särskilt om patienterna varit utsatta för svåra övergrepp (Joiner et al., 2007). Författarna till denna artikel understryker att patienter utsatta för traumatiserande händelser under sin uppväxt och som gjort upprepade suicidförsök utgör en patientgrupp med extremt hög risk för död i suicid.

### **Utveckling av suicidalt beteende**

Utvecklingen av ett suicidalt beteende är en komplex process där olika faktorer var och en eller genom samverkan kan leda till ett suicidförsök eller ett fullbordat suicid. Suicidalt beteende väcker stark oro hos personer i den suicidalas omgivning, även hos hälso- och sjukvårdspersonal. Man söker förenklade förklaringar bakom suicidhandlingen och sätter in åtgärder i enlighet med sin egen

övertygelse. Exempel på sådana förenklingar är att suicidalitet alltid är ärftlig och hänger samman med biologiska faktorer, psykisk sjukdom eller missbruk (Wasserman & Durkee, 2009). Eller motsatsen, vilket var vanligt för några decennier sedan, nämligen att suicidala personer inte lider av en psykisk sjukdom utan att tillståndet endast är en reaktion på påfrestande situationer i livet. Med en övertro på förenklade teorier kommer emellertid många suicidala personer inte få någon hjälp att bryta sitt destruktiva beteende.

Man kan också, som i denna studie, se suicidalitet som en komplex process där utsatthet för påfrestande händelser under barn- och tonår med eller utan ärftliga faktorer för psykisk sjukdom, kan leda till en psykisk sårbarhet alternativt psykisk sjukdom. Ett sätt att beskriva utvecklingen av ett suicidalt beteende från suicidtankar till en suicidal handling har kallats för den suicidala processen (Beskow, J. 1979; Runesson et al., 1996; Van Heeringen et al., 2000). Jan Beskow (1979) använde sig av en grafisk modell för att beskriva utvecklingen från suicidtankar till suicidala handlingar. Genom att notera påfrestande händelser, som inträffat i nära anslutning till ökad suicidal aktivitet, kunde man också ta med psykologiska aspekter utöver allmänna statistiska riskfaktorer i sin suicidriskbedömning (Beskow et al., 2013). Denna process har inte kunnat studeras i denna studie eftersom intervjuerna inte handlat om förekomst av suicidtankar tidigare i livet.

### **Utlösande faktorer**

Schneidman (1985) menade att suicidförsöket ofta föregicks av en påfrestande händelse ("trigger"), som antingen var omvälvande i sig eller som återförde personen tillbaka till minnen från tidigare traumatiska händelser. Alla utom en av 202 patienter i vår studie uppgav en påfrestande händelse som bidragande till suicidförsöket. Det förefaller sålunda som att det behövs en "triggande" faktor, oftast i form av hot om eller faktisk förlust, starka känslor av skam eller skuld eller förlorad kontroll genom psykisk eller kroppslig sjukdom för att utlösa reaktioner, som är tillräckligt starka för att leda till ett suicidförsök.

## **Sårbarhet och potentiellt traumatiserande händelser tidigt i livet**

Alla kommer någon gång i livet att drabbas av förluster eller sjukdom. De flesta kommer dock inte att överväga att avsluta sina liv och detta gäller också för personer som drabbas av en psykisk sjukdom. Shneidman (1985) fann i sina studier att många av de som gjort suicidförsök eller lyckats i sin avsikt hade en sårbarhet sedan tidiga år och en benägenhet att snabbt se suicid som en lösning på ett till synes olösligt problem.

I vår studie, liksom i många andra, var tidiga potentiellt traumatiska påfrestningar och vanvård vanligare hos personer som gjorde sitt första suicidförsök i unga år. De uppgav också i hög grad relationsproblem som bidragande orsak till suicidhandlingen medan äldre oftare angav kroppslig ohälsa.

Det kan finnas olika faktorer som var och en eller i samspel bidrar till utveckling av en inre sårbarhet också i form av psykiska sjukdomstillstånd. Personlighetsutveckling, genetiska, epigenetiska, neurobiologiska, sociala och psykologiska faktorer samspelar sannolikt i olika grad hos olika personer. Hos många suicidala personer, vilket tydligt visats i denna studie, startar en suicidal process tidigt i livet och detta gäller särskilt hos barn och ungdomar, som under sin uppväxttid utsatts för allvarliga påfrestningar oftast av traumatisk karaktär. Starka påfrestningar under kritiska perioder i unga människors liv kan få både fysiologiska och psykologiska konsekvenser.

Denna studie handlar inte om biologiska förändringar efter potentiellt traumatiska händelser men det är ändå viktigt att ta med aktuell neurofysiologisk kunskap i diskussionen för att ytterligare belysa komplexiteten i utveckling av olika psykiatriska sjukdomstillstånd och suicidalitet efter svåra påfrestningar. Det finns numera många studier som visat på förändringar i HPA - axelfunktionen (hypothalamus - hypofys - binjurar) som reglerar fysiologiska stressreaktioner. Utöver ärftliga faktorer har man i studier också kunnat påvisa att extrem utsatthet kan ge epigenetiska effekter som påverkar regleringen av stressreaktioner. Man har sett funktionella effekter på genomen utan samtidiga strukturella

förändringar i DNA - sekvenserna, som man menar kan bidra till utveckling av psykisk sjukdom (Tsankova et al., 2007, Dudley et al., 2011). Man har också funnit kemiska förändringar i hippocampus, som har med stressreglering att göra, i högre grad hos personer som avlidit till följd av suicid och som varit utsatta för vanvård under barndomen jämfört med sådana som inte varit det (McGowan et al., 2009). Studier har visat biologiska förändringar i hjärnvävnad i form av en volymminskning i hippocampus hos personer som varit utsatta för traumatiska händelser under sin uppväxt (Heim et al., 2010). Liknande förändringar kan man också påträffa hos personer med affektiva sjukdomar (Janssen et al., 2007, Davidson & McEwen, 2012). I djurförsök där ungar tidigt utsatts för vanvård av sina föräldrar har man iakttagit beteendestörningar kopplade till förändringar i abnormt hög ångestnivå, ökad HPA - aktivitet och förändringar i neurohormonnivåer i cerebros spinalvätska. Okontrollerbar stress (påfrestning) hos unga djur har visat sig leda till "inlärda hjälplöshet" (Overmier & Seligman, 1967). Känslor av hjälplöshet, hopplöshet och meningslöshet är också vanliga hos höggradigt suicidala men också hos djupt deprimerade personer.

Att under uppväxttiden ha varit utsatt för påfrestande händelser kan också leda till störningar i personlighetsutvecklingen med självförakt och dålig självkänsla. Grundtrygghet slås i spillror och den unga växande människan tappar tilliten till sin omgivning. Tron av att ingen kan eller vill hjälpa samtidigt med upplevelsen av att man inte själv kan förändra sin situation är riskabel eftersom det kan leda till att man inte söker hjälp (McHolm et al., 2004).

Efter en tid av oförmåga att lösa upplevda problem och sjunkande självkänsla utvecklas en stark känsla av ensamhet och instängdhet (Figur 7). Stark känsla av ensamhet under barndom och tonår har visat samband med suicidtankar och självskadebeteende redan vid 15 års ålder (Jones et al., 2011). Den psykiska smärtan i förening med en känsla av hopplöshet och hjälplöshet förstärker känslan av att livet saknar mening. Dessa resultat stärks också i vår studie av utfallet i Becks Depressionsinventarium och Hopplöshetskalan, som visade på stora skillnader mellan kvinnor som gjort respektive inte gjort något suicidförsök. I vår studie uppgav närmare 80 % av patienterna att de före suicidförsöket befunnit sig i en outhärdlig situation, som de inte

såg någon annan väg att ta sig ur än genom suicid. Tanken på suicid som en lösning av problemet kan te sig tröstande, minska ångesten och på så sätt faktiskt hålla personen vid liv (Shneidman, 1985). Men tanken kan också leda till ett första suicidförsök.

### **Upprepade suicidförsök**

Ett suicidförsök i unga år ökar också risken för upprepade suicidförsök. I vår studie hade nästan hälften av alla som kom till sjukhuset ett tidigare suicidförsök i anamnesen, något som överensstämmer med andras erfarenheter (Crane, 2007). Det förefaller således som att övergången från suicidtankar till handling ökar risken för ett nytt suicidförsök. I en studie hade 16 % gjort om suicidförsöket inom 12 månader (Owens et al., 2002). De finns olika teorier om vad som ligger bakom detta. En möjlighet, som är omdiskuterad, är att det första suicidförsöket skulle kunna leda till emotionella, kognitiva, interpersonella eller som beskrivits ovan neurobiologiska förändringar som ökar risken för upprepning. I traumlitteraturen kallas detta för kindling eller episodisk sensibilisering (Post, 1992, Segal, 1996). Enligt denna modell kan man förvänta sig att varje suicidförsök förstärker känslan av nedstämdhet, hopplöshet och kvarstående önskan att skada sig. Detta skulle kunna förklara varför mindre påfrestande händelser eller händelser med association till tidigare påfrestningar kan utlösa ett nytt suicidförsök.

När en person gjort upprepade suicidförsök ställdes också en psykiatrisk diagnos, vilket inte var lika vanligt vid ett första suicidförsök eller då det rörde sig om en ung människa. Många av de som gjorde ett upprepat suicidförsök uppgav också själva psykisk sjukdom som bidragande orsak till försöket. Det förefaller som att ju längre man kommit i den suicidal processen desto mer autonom och kopplad till psykisk sjukdom blir suicidhandlingen (Neelman et al., 2004).

### **Sårbarhet i form av psykisk sjukdom**

Ca 90 procent av de som suiciderar har en psykisk störning eller sjukdom och en psykiskt sjuk person löper 20 gånger så hög risk att dö i suicid (Lönqvist, 2009). Vanligaste diagnoserna är depression, missbruk, schizofreni och personlighetsstörning, vilket också var

fallet i vår studie särskilt hos äldre och patienter som gjort upprepade suicidförsök. Att diagnosticera dessa sjukdomstillstånd, göra en suicidriskbedömning och behandla grundsjukdomen är en förutsättning för god suicidprofylax. Detta borde vara möjligt om patienten gjort ett suicidförsök och vårdas på sjukhus. Svårare är det att upptäcka suicidala patienter som söker annan vård. I en nyligen publicerad studie i USA fann man att 83 % av närmare 6 000 personer, som suiciderat under en tio-årsperiod, hade haft kontakt med hälso- och sjukvården inom ett år före dödsfallet. Hälften av patienterna hade inte någon journalförd psykiatrisk diagnos och majoriteten hade sökt sig till primärvården p.g.a. medicinska problem (Ahmedani et al., 2014).

De flesta personer som lider av en allvarlig psykisk sjukdom kommer emellertid inte att göra något suicidförsök än mindre avlida som en följd av suicid. Jan Beskow har tydligt visat detta genom en enkel beräkning (Beskow et al. 2013). Antalet personer med en depression en viss dag uppskattas till omkring fem procent i Sverige. Det motsvarar mer än 300 000 vuxna svenskar. 1 500 personer dör årligen till följd av suicid. Om alla dessa varit deprimerade innebär det att mindre än 0,5 procent av alla deprimerade människor tar livet av sig samma år. Ändå uppfattas suicidalitet inom sjukvården, också inom psykiatri, som symtom på psykisk sjukdom, oftast depression. Detta är problematiskt eftersom diagnostiken av psykisk sjukdom inte ger vägledning för bedömning eller behandling av suicidalitet. En person väljer inte att suicidera för att hen har en kroppslig eller psykisk störning utan för att hen inte står ut med störningen och dess konsekvenser.

Skattningsskalor har i allt större utsträckning kommit att användas för att bedöma depression och suicidrisk inom både primärvården och psykiatri, men hittills finns det inga vetenskapliga belägg för att skattningsskalor ökat precisionen i suicidriskbedömningen (Runeson et al., 2012).

Om man ser suicidförsöket som tecken på psykisk sjukdom och ersätter samtalet med olika skattningsskalor för att bedöma risken för suicid kan detta förstärka personens upplevelse av utanförskap och därmed faktiskt öka risken för suicid (Beskow et al., 2013). Intervjuarna i denna studie fick ofta höra av patienterna att det var

första gången någon hade tagit sig tid att lyssna på deras uppfattning om vad som kunde ligga bakom suicidförsöket eller försökt förstå handlingen utifrån en beskrivning av deras livssituation. Några uttryckte att samtalet bidragit till egen ökad förståelse och därmed också till funderingar på hur de skulle kunna ta sig an sina problem efter utskrivning från sjukhuset. En av många myter kring suicidalitet handlar om att man inte ska prata om existentiella frågor med suicidala patienter eftersom detta skulle kunna öka patienternas ångestnivå och därmed också risken för suicid. Enstaka personer reagerade med att bli mera ångestfyllda under intervjun men majoriteten av de intervjuade uppfattades i stället som lugnare. Flera uttryckte också en lättnad över att få berätta om sitt suicidförsök som för många av dem var kopplat till starka skam- och skuld känslor. Intervjuarna blev förvånade över den öppenhet patienterna visade fr.a. när de berättade om svåra händelser i livet också från barndom och tonår. Intervjun utgjorde i sig också en suicidriskbedömning. I de fall patienten uppfattades vara höggradigt suicidal informerade intervjuarna ansvarig läkare om detta.

### **Stress - sårbarhetsmodellen som grund till ett förebyggande arbete**

Avsikten med denna studie var att söka kunskap om betydelsen av påfrestande händelser under barndom och tonår respektive senare i livet som riskfaktorer för ett suicidförsök. Studiens resultat passar väl in i en stress-sårbarhetsmodell för att förklara utveckling av den suicidala processen. Figur 8 visar på hur samspelet mellan arv och miljö påverkar utvecklingen av den suicidala processen. Modellen används också för att förklara sårbarhet för såväl posttraumatiskt stressyndrom som annan psykisk sjukdom. Visst vetenskapligt stöd för modellen finns för depression (Silberg et al., 2001) medan stödet för utveckling av suicidalitet är svagare. Modellen är användbar men bör därför än så länge främst ses som en teoretisk modell (Wasserman, 2001).





Utöver riskfaktorer omfattar modellen också skyddsfaktorer, som är kopplade till personlighet, sociala och kulturella faktorer samt stöd från personer i den suicidala personens närmaste omgivning. Långt ifrån alla unga människor som utsatts för extrema påfrestningar som krig, fysiska och/eller sexuella övergrepp eller annan vanvård under sin uppväxttid blir suicidala eller utvecklar PTSD, depression eller annan psykisk sjukdom. Många är resilienta d.v.s. har en förmåga att övervinna starka påfrestningar med bibehållen kroppslig och psykisk funktion. Det har också visat sig att en majoritet av tonåringar som stannat upp i sin utveckling p.g.a. traumatiska påfrestningar lyckats komma i fatt i utveckling när de hamnat i en stödjande och kärleksfull omgivning (Masten, 2001; Rutter, 2012). Motsatsen d.v.s. avsaknad av socialt stöd ökar däremot risken för suicid. Och här spelar mötet med sjukvårdspersonal särskilt efter ett första suicidförsök en stor roll. Ett okänsligt bemötande och bristfällig förståelse kan leda till det som i traumasammanhang brukar benämnas "sekundär" traumatisering. Med primär traumatisering menar man den psykiska skada som själva händelsen åstadkommer och den kan hälso- och sjukvårdspersonal sällan göra något åt. Den sekundära skadan, som ett dåligt bemötande åstadkommer, kan bli den faktor som gör att personen fastnar i negativa upplevelser av händelsen och förlorar tilliten till vården.

Tankar på suicid kan hos en ung människa te sig skrämmande och skamfyllda varför de inte kommuniceras till omgivningen. Och även om tankarna uttalats leder detta sällan till kontakt med sjukvården. Det första suicidförsöket, som kanske är en ung människas första kontakt med sjukvården, är emellertid en tydlig varningssignal till omgivningen och måste tas på allvar.

Sjukvårdspersonal på akutmottagningar möter i vardagsarbetet ofta personer som gjort ett suicidförsök och kanske inte ser det unika hos den suicidala personen. Men för den personen kan det första suicidförsöket vara ett sista desperat försök att ta sig ur en till synes ohållbar situation. Sårbarheten är stor vilket gör personen känslig inte minst för bemötandet från sjukvårdspersonalen. "Man får sällan en andra möjlighet att göra ett gott intryck". Mötet kan bli en bekräftelse av en oförstående och kall omgivning och kan förstärka känslan av utsatthet, övergivenhet, hopplöshet och hjälplöshet. Ett "dåligt

bemötande” kan leda till att personen för lång tid framåt utesluter möjligheten att söka hjälp på nytt.

Å andra sidan kan ett respektfullt möte och lyhördhet för den suicidala personens egen uppfattning om vad som bidragit till att hen försökt ta sitt liv utgöra en viktig pusselbit tillsammans med andra för att förstå drivkraften bakom suicidhandlingen. Denna förståelse är också en del i en seriös suicidriskbedömning.

Symboliskt handlar det om att öppna dörren till det ”suicidala rum” som patienten befinner sig i. Ett sådant samtal förutsätter att den som möter personen är trygg i sig själv och orkar hårbärgera förtvivlan och ångest. Även om den suicidala personen har dåliga erfarenheter av tidigare möten inom vården kan ett gott bemötande leda till att personen ger sjukvården en ny chans.

# Sammanfattning av studiens resultat

- Andelen patienter som uppgav en påfrestande händelse som bidragande omständighet till det första suicidförsöket var högre hos unga personer än hos äldre.
- Vanligaste påfrestande händelse som bidragit till ett suicidförsök hos unga människor fr.a. kvinnor var relationsproblem med familjemedlemmar och partner medan unga män angav problem relaterade till skola och arbete.
- Vanligaste yttre händelsen för äldre var kroppslig sjukdom och förlust av närstående.
- Andelen personer som angav psykisk sjukdom som bidragande orsak till suicidförsöket ökade med åldern och antal suicidförsök.
- Vanligaste motivet för suicidförsök var en önskan att komma bort från en oacceptabel situation, egna plågsamma tankar och ensamhetskänslor, som man inte längre stod ut med.
- Vanvård under barndomen, inkonsekvent föräldraskap och relationsproblematik hos föräldrarna ökade risken för interpersonella konflikter under tonåren och för suicidförsök under senare tonår och hos unga vuxna.
- Många suicidala patienter beskrev en trasslig barn- och tonårsuppväxt med vanvård, fysiska och psykiska övergrepp och tidiga förluster. Många uppgav en känsla av att inte ha varit älskade av sina föräldrar.
- Andelen patienter som hade en anamnes på påfrestande händelser under sin uppväxttid var högre hos dem som gjorde ett första suicidförsök före 24 års ålder jämfört med dem som gjorde ett suicidförsök senare i livet.

- Andelen patienter som hade en anamnes på påfrestande händelser under sin uppväxt var högre hos dem som gjorde upprepade suicidförsök jämfört med dem som inte tidigare gjort något försök.
- Kvinnor i patientgruppen skilde sig signifikant från en matchad jämförelsegrupp beträffande förekomst av påfrestande händelser före 15 års ålder och utfall i depressions- och hopplöshetsskalorna.

# Rekommendationer

Det finns numera internationella (WHO, 2012, Wasserman et al., 2012, Wasserman et al., 2013, WHO, 2014), nationella (Socialstyrelsen, 2006) och regionala (Stockholms läns landsting, 2010) riktlinjer för suicidprevention. I dessa betonas vikten av diagnosticering och behandling av underliggande psykisk sjukdom. Suicidriskbedömning behöver alltid vara allsidig och omfatta såväl psykiatrisk, somatiskt och psykologisk utvärdering som sociala aspekter (Wasserman et al., 2013). Dessutom måste man göra upprepade riskbedömningar eftersom suicidrisken varierar också inom korta tidsintervall. De rekommendationer som vi här föreslår kan ses som ett komplement till dessa och utgår från resultaten i den aktuella studien.

Tidiga preventiva insatser riktade mot barn och tonåringar som utsatts för potentiellt traumatiska påfrestningar är nödvändiga men sätts i allmänhet in för sent. I ett universellt suicidpreventivt program har man visat att nya fall av suicidförsök och svåra suicidtankar med suicidplaner kan minskas genom en intervention, som riktar sig till hela skolklasser (Wasserman et al., 2015). Så länge suicidtankar inte kommuniceras till omgivningen är det svårt att vidta åtgärder. Unga människor berättar inte om sin utsatthet p.g.a. skamkänslor och rädsla för att utsättas för nya övergrepp eller förlora sina föräldrar och föräldrarna i sin tur berättar inget p.g.a. rädsla för sociala myndigheter. Ett sätt att kringgå detta är att alltid lägga ett barn- och familjeperspektiv i vården av föräldrar med psykisk sjukdom, missbruk, suicidbenägenhet eller då det finns anamnes på familjevåld.

Barn reagerar inte på samma sätt som vuxna efter potentiellt traumatiska händelser. Beteendestörningar, matproblem, nedsatt koncentrationsförmåga och försämrade skolresultat kan vara en effekt av missförhållanden i hemmet eller andra svåra upplevelser i tidig ålder. Personal i förskolor, skolor och på fritidsverksamheter behöver vara observanta på sådana reaktioner.

När en människa gör ett suicidförsök d.v.s. går från suicidtankar till handling har den suicidala processen fortskridit och antagit en farlig

dimension. Samtidigt har man då inom hälso- och sjukvården kanske för första gången en möjlighet att intervensera och påverka det fortsatta förloppet. Det måste inom vården finnas tydliga rutiner för hur man gör en suicidriskbedömning, som också inkluderar hur man samtalar med en suicidal person. Personer som gjort ett suicidförsök kan ändra inställning till livet efter ett samtal med en engagerad människa.

Ett suicidförsök är ett desperat sätt att ta sig ur en situation, som den suicidala personen inte längre tror sig kunna hantera. Varje människa som vaknar upp efter ett suicidförsök behöver få möta sjukvårdspersonal som tar sig tid att lyssna, orkar härbärgera svåra känslor och lidande samt har förmåga att förmedla trygghet.

I samband med att personen vårdas efter ett första suicidförsök, särskilt om det gäller unga människor, är det nödvändigt att man gör en grundlig anamnesgenomgång som utöver frågor om tidigare psykisk och kroppslig ohälsa också handlar om påfrestande händelser under uppväxten. Därutöver behöver man ta reda på personens syn på vad som utlöste suicidförsöket och vilka problem handlingen avsett att lösa. Samtidigt är det viktigt att inte enbart fokusera på problem utan också se till personens egna resurser och tillgång till socialt nätverk.

För att få en ökad förståelse för bakgrunden till ett aktuellt suicidförsök kan det vara av värde att utgå från stress - sårbarhetsmodellen och på motsvarande sätt som i denna studie för varje person redan vid det första suicidförsöket föra in viktiga påfrestande livshändelser längs en tidsaxel. Detta "protokoll" kan läggas till journalhandlingarna och tas fram varje nytt suicidförsök.

Vid upprepade suicidförsök är risken stor att man placerar in personen i olika fack utifrån diagnoser som depression, psykos eller missbruk. Det är lika viktigt som vid det första suicidförsöket att man tar reda på vad handlingen utlösts av och vad den avsåg att lösa för problem. Personer som under sin uppväxt utsatts för sexuella övergrepp och fysiskt våld och gör upprepade suicidförsök utgör en grupp med extremt hög suicidrisk.

Kvinnor gör fler suicidförsök medan män i högre utsträckning tar till aggressivare metoder och lyckas i sin suicidavsikt. Utvecklingen från suicidtankar till handling går betydligt fortare hos män. Det är därför extra viktigt att fånga upp män i samband med första suicidförsöket.

Hos äldre personer är den utlösande uppgivna orsaken vanligen kroppslig sjukdom och ensamhet till följd av förlust av närstående. Det är därför viktigt med samverkan mellan ansvariga för både den psykiatriska och somatiska vården.

Det hjälper inte en suicidal person att man gör en suicidriskbedömning om man inte kan erbjuda personen något som innebär en möjlighet till förändring av livssituationen på sikt.

Önskvärt är att alla unga personer som gör ett suicidförsök och för patienter som bedömts ha hög suicidrisk omhändertas och behandlas av ett multidisciplinärt team bestående av bestående av psykiatriker, psykolog, socionom och psykiatrisjuksköterska.

Före utskrivning till hemmet måste det vara ordnat med återbesök för uppföljning.

Grundläggande och fortlöpande utbildning i suicidologi för vårdpersonal inom BUP, vuxenpsykiatri och primärvård borde vara obligatorisk. Inom psykiatri behövs handlingsprogram för genomgång och granskning av rutiner såväl vid suicidförsök som efter fullbordade suicid i anslutning till vård.

Det behövs ett handlingsprogram för stödjande åtgärder såväl i nära anslutning till händelsen som på sikt till personal efter fullbordat suicid. Därutöver borde det vara självklart att man i lugnare skede ca 1 månad efter suicidet genomför en lärande genomgång med berörd personal i form av en retrospektiv genomgång.

# Referenslista

- Ahmedani, B.K., Simon, G.E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B.E., Rossom, R.,...Solberg, L.I. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of General Internal Medicine*, 29(8): 870-877.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Tredje upplagan, (DSM-III), Washington DC.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fjärde upplagan, (DSM-IV-TR), Washington DC.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Femte upplagan, (DSM-5), Washington DC.
- Anda, R.F., Croft, J.B., Felitti, V.J., Nordenberg, D., Giles, W. H., & Williamson, D. F.(1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 282: 1652-1658.
- Apter, A., & Freudenstein, O. (2000). Adolescent suicidal behaviour: psychiatric populations. In K. Hawton, & K. van Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 261-273). New York: Wiley.
- Arensman, E., & Kerkhof, A.J.F.M. (1996). Classification of attempted suicide: a review of empirical studies, 1963-1993. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 26: 46-64.
- Barak, Y., Atzenberg, D., Szor, H., Schwartz, M., Maor, R., & Knobler, H.Y. (2005). Increased risk of attempted suicide among aging holocaust survivors. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(8): 701-704.



- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., & Mulder, R.T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 to 24 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 1174-1182.
- Beautrais, A.L. (2000). Risk factors for suicides and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34: 420-436.
- Beautrais, A.L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychological Medicine*, 31: 837-845.
- Beautrais, A.L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 32(1): 1-9.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 561-571.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism. The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42: 861-865.
- Beckman, K., Dahlin, M., Tidemalm, D., & Runeson, B. (2010). Drastisk ökning av unga som slutenvårdas efter självskada. Läkemedel vanligast skademethod. *Läkartidningen*, 7(107): 428-443.
- Beekman, A.T.F., Deeg, D.J.H., Tilburg, T., van Smit, J.H., Hooijer, C., & Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 36: 65-75.
- Belik, S.L., Cox, B.J., Stein, M.B., Asmundson, J.G., & Sareen, J. (2007). Traumatic events and suicidal behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4): 342-349.
- Beskow, J. (1979). Suicide and mental disorders in Swedish men. *Acta Psychiatrica, Scandinavica, Vol Suppl.* 277.

- Beskow, J., Allebeck, P., Wasserman, D., & Åsberg, M.(1993). *Själv mord i Sverige: En epidemiologisk översikt*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, Forskningsrådsnämnden och Folksams vetenskapliga råd.
- Beskow, J., Palm Beskow, A., & Ehnwall, A. (2013). *Suicidalitet som problemlösning, olyckshändelse och trauma*. Studentlitteratur AB.
- Bille – Brahe, U., Schmidtke, A., Kerkhof, A.J., De Leo, D., Lonnqvist, J., & Platt, S. (1994). Background and introduction to the study. In A.J.F.M. Kerkhof, A. Schmidtke, U. Bille – Brahe, D. De Leo and J. Lonnqvist (Eds), *Attempted Suicide in Europe: Findings from the Multicentre Study on Parasuicide by the WHO Regional Office for Europe* (pp. 3-15). DSWO Press: Leiden.
- Bille-Brahe, U., Andersen, K, Wasserman, D., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P.,... Kerkhof, A.(1996). The WHO/EURO Multicentre Study: risk of parasuicide and the comparability of the areas under study. *Crisis*,17(1): 32-42.
- Bojanowsky, J. (1980). Wann droht der Selbstmord bei Verwitweten? *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr*, 127: 99-103.
- Brent, D.A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D.,Stanley, B.,...Mann, J.J. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt. Risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of General Psychiatry*, 59: 801-807.
- Breslow, N.E., & Day, N.E. (1987). *Statistical Methods in Cancer Research, Vol. 2. The Design and Analysis of Cohort Studies*. IARC Scientific Publications No. 82, Lyon, IARC.
- BRIS-rapport, 2013. Från [http://bris.se/upload/Articles/Bris\\_rapporten\\_2013.pdf](http://bris.se/upload/Articles/Bris_rapporten_2013.pdf).

- Brodsky, B.S., Oquendo, M., Ellis, S.P., Haas, G.L., Malone, K.M. & Mann, J.J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158:1871-1877.
- Brottsförebyggande rådet, BRÅ (1998). *Kriminalstatistik för 1997*.
- Brown, J., Cohen, P, Johnson, F.G., & Smailes, E.M. (1999). Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 38: 1490-1496.
- Brønnum - Hansen, H., Stenager, E.N., & Koch-Henriksen, N. (2005). Suicides among Danes with multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 76: 1457-1459.
- Bruce, S.E., Weisberg, R.B. Dolan, R.T., Machan, J.T., Kessler, R.C., Manchester, G., & Keller, M.B.. (2001). Trauma and posttraumatic stress disorder in primary care patients. *Primary Care Companion Journal Clinical Psychiatry*, 3: 211-217.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G, Haro, J.M., Chiu, W.T.,Hwang, J,...Nock, M.K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 197: 20-27.
- Cavanagh, J.T.O., Owens, D.G.C., & Johnstone, E.C. (1999). Life events in suicide and undetermined death in southeast Scotland: A case-control study using the method of psychological autopsy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34: 645-650.
- Cheng, A.T., Chen, T.H., Chen, C.C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case - control psychological autopsy study. *British Journal of Psychiatry*, 177: 360-365.
- Colman, I, Newman, S.C., Schopflocher, D., Bland, RC., & Dyck, RJ. (2004). A multivariate study of predictors of repeat parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4): 306-312.

- Conwell, Y., Rotenberg, M. & Caine, E.D. (1990). Completed suicide at age 50 and over. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38:640-644.
- Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N., & Caine, E.D. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 6: 122-126.
- Conwell, Y., Lyness, J.M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., DiGiorgio, A., & Cain, E.D. (2000). Completed suicide among older patients in primary care practices: A controlled study. *Journal of the American Geriatrics Society* 48:23-29.
- Crane, C., Williams J.M.G., Hawton, K., Arensman, E., Hjelmeland, H., Bille-Brahe, U.,...Wasserman, D. (2007). The association between life events and suicide intent in self-poisoners with and without a history of deliberate self-harm: A preliminary study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4): 367-378.
- Darves-Bornoz, J.M., Choquet, M., Ledoux, S., Gasquet, I. & Manfredi, R. (1998). Gender differences in symptoms of adolescents reporting sexual assault. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33:111-117.
- Davidson, R.J., & McEwen, B.S. (2012). Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, 15: 689-695.
- De Leo, D., Scocco, P., Marietta, P., Schmidke, A., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A.J., ... Bjerke, T. (1999). Physical illness and parasuicide: Evidence from the European parasuicide study interview schedule (EPSIS/WHO-EURO). *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(2): 149-163.
- De Wilde, E.J., Kienhorst, I.C., Diekstra, R.F.W., & Wolters, W.H.G. (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149, 45-5.

- Dietz, P.M., Spitz, A.M., Anda, R.F., Williamson, D.F., McMahon P.M., Santelli, J.S., & Nordenberg, D.F. (1999). Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Journal of the American Medical Association*, 282:1359-1364.
- Dohrenwend, B.P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intra category variability. *Psychological Bulletin*, 132(3): 477- 495.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Chapman, D.P., Williamson, D.F., & Giles, W.H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span; Findings from the adverse childhood experience study. *Journal of the American Medical Association*, 286(24): 3089-3096.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Edwards, V.J., & Croft J.B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behavior*, 7:713-725.
- Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Giles, W.H. & Anda, R.F.. (2003a). The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37:268-277.
- Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H., & Anda, R.F (2003b). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experience study. *Pediatrics*, 111(3): 564-572.
- Duberstein, P.R., Conwell, Y., Seidlitz, L., Lyness, J.M., Cox, C., & Caine E.D. (1999) Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7:289-296.
- Dudley, K.J., Li, X., Kobor, M.S., Kippin, T.E., & Bredy, T.W. (2011). Epigenetic mechanisms mediating vulnerability and resilience to psychiatric disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35: 1544-1551.

- Elliot, D.M., & Briere, J. (1995). Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: A general population study. *Journal of traumatic Stress*, 8(4): 629-648.
- Enns, M.W., Cox, B.J., Afifi, T.O., De Graaf, R., Ten Have, M., & Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: A longitudinal population-based study. *Psychological Medicine*, 36, 1769-1778.
- Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U., & Vaupel, J.W. (2004). Loss of partner and suicide risks among oldest old: A population-based register study. *Age and Ageing*, 33:378-383.
- Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., & Donaldson, D. (2003). Affective, cognitive, and behavioral functioning in adolescents with multiple suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33: 389-399.
- Fabre, A.P., Desclaux, P., Lareng, L., Millet, L., Moron, P., & Schmitt, L. (1988). Suicide et cancer. *Psychologie Médicale*, 21: 525-527.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4): 245-258.
- Fergusson, D.M., Woodward, L.J., & Horwood, L.J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30(1): 23-39.
- Forman, E.M., Berk, M.S., Henriques, G.R., Brown, G.K. & Beck, A.T. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161: 437-443.

- Gasquet, I, & Choquet, M. (1993). Gender role in adolescent suicidal behavior: observations and therapeutic implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(1): 59-65.
- Green, A. H. (1995). Comparing child victims and adult survivors: clues to the pathogenesis of child sexual abuse. *Journal American Academy of Psychoanalysis*, 23(4) : 655-670.
- Green, B.H., Copeland, J.R.M., Dewey, M.E., Sharma, V. Saunders, P.A., Davidson, I.A., Sullivan, C., & McWilliam, C. (1992). Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(3): 213-217.
- Gunnel, D., & Frankel, S. (1994). Prevention of suicide aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308: 1227-1233.
- Harris, C., & Barraclough, B. (1994). Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine*, 73: 281-296.
- Haw, C., Bergen, H., Casey, D., & Hawton, K. (2007). Repetition of deliberate self-harm: a study of the characteristics and subsequent deaths in patients presenting to a general hospital according to extent of repetition. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 37(4): 379-396.
- Hawton, K., Arensman, E., Wasserman, D., Bille-Brahe, U., Bjerke, T., Crepet, P., ... Temesváry, B. (1998). Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52:191-194.
- Heberlein, A. (2008). Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva. Stockholm: Weyler.
- Heikkinen, M.E., Isometsa, E.T., Aro, H.M., Sarna, S.J., & Lonnqvist, J.K. (1995). Age - related variation in recent life events preceding suicide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183: 325-331.

- Heikkinen, M.E., Henrikson, M.M., Isometsa, E.T., Marttunen, M.J., Aro, H.M., & Lonnqvist, J.K. (1997). Recent life events and suicide in personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185: 373-381.
- Herlofson, J. (2014). *Mini-D 5*. Översättning av DSM-5. Pilgrim Press.
- Herman, J. (1998). *Trauma och tillfrisknande. Om följderna av incest, våldtäkt, krig och terror och behandling av dessa trauma*. PR-Offset AB, Mölndal. (originalarbete publicerat 1992).
- Heim, C., Shugart, M., Craighead, W.E., & Nemeroff, C.B. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52: 671-690.
- Hillis, S.D., Anda, R.F., Felitti, V.J., Nordenberg, D., & Marchbanks, P. (2000). Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women; a retrospective study. *Pediatrics* 106(1): E11.
- Hjelmeland, H. (1996). Repetition of parasuicide: a predictive study. *Suicide Life- Threatening Behavior*, 26: 395-404.
- Hultén, A., Jiang, G-X., Wasserman, D., Hawton, K., Hjelmeland, H., De Leo, D., ... Schmidtke, A. (2001). Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe; frequency, timing and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(3): 161-169.
- Isometsa, E.T., & Lonnqvist, J.K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry*, 173: 531-535.
- Janssen, J., Hulshoff Pol, H.E., De Leeuw F-E., Schnack, H.G., Lampe, I.K., Kok, R.M., ... Heeren, T.J. (2007). Hippocampal volume and subcortical white matter lesions in late life depression: comparison of early and late onset depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 78: 638-640.



- Jiang, G-X., Floderus, B., & Wasserman, D. (2010). *Själv mord i Stockholms län och Sverige 1980 - 2008*. Rapport 2010:30. Karolinska Institutets folkhälsoakademi (FKA).
- Jiang, G-X., Hadlaczky, G. & Wasserman, D. (2015a). *Själv mord i Sverige 1980-2013*. NASP, Karolinska Institutet & Stockholms läns landsting.
- Jiang, G-X., Hadlaczky, G., & Wasserman, D. (2015b). *Själv mord i Stockholms län 1980-2013*. NASP, Karolinska Institutet & Stockholms läns landsting.
- Jiang, G-X., Hadlaczky, G., & Wasserman, D. (2015c). *Själv mordsförsök i Sverige 1980-2013*. NASP, Karolinska Institutet & Stockholms läns landsting.
- Jiang, G-X., Hadlaczky, G. & Wasserman, D. (2015d). *Själv mordsförsök i Stockholms län 1980-2013*. NASP, Karolinska Institutet & Stockholms läns landsting.
- Jones, A. C., Schinka, K. C., van Dulmen, M. H. M., Bossarte, R. M., & Swahn, M. (2011). Changes in loneliness during middle childhood predict risk for adolescent suicidality indirectly through mental health problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40: 818 - 824.
- Johnson, J.G, Cohen, P., Gould, M.S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J.S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8): 741-749.
- Joiner, T.E., & Rudd, M.D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5): 909-916.

- Joiner, T.E., Sachs-Ericsson, N.J., Wingate, L.R., Brown, J.S., Anestis, M.D., & Selby, E.A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: a persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy*, 45: 539-547.
- Jorm, A.F., Henderson, A.S., Scott, R., Korten, A.E., Christensen, H., & Mackinnon, A.J. (1995). Factors associated with the wish to die in elderly people. *Age and Ageing*, 24: 389-392.
- Juurink, D.N., Herrmann, N., Szalai, J.P., Kopp, A., & Redelmeier, D.A. (2004). Medical illness and the risk for suicide in the elderly, *Archives of Internal Medicine* 164(11): 1179-1184.
- Kantona, C. (1993). The aetiology of depression in old age. *International Review of Psychiatry*, 5: 407-416.
- Kerkhof, A., Bernasco, W., Bille-Brahe, U., Platt, S., & Schmidtke, A. (1989). *WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. European Parasuicide Study Interview Scheduel (EPSIS)*. Leiden, Leiden University, Department of Clinical Health and Personality Psychology.
- Kerkhof, A., Bemasco, W, Bille-brahe, U., & Schmidke, A. (1993). In Bille-Brahe, U. et al. (Eds), *WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Facts and Figures*. WHO/EURO/ICP/PSF 018, Copenhagen.
- Kessler, R.C., Davis, C.G., & Kendler, K.S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US national comorbid survey. *Psychological Medicine*, 27: 1101-1119.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., & Wang, P.S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA, Journal of the American Medical Association*, 293(20): 2487-2495.

- Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Greif, L., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavski, A.M., ... Williams, D.R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197: 378-385.
- Khan, A., Leventhal, R.M. Khan, S., & Brown, W.A. (2002). Suicide risk in patients with anxiety disorders: A meta analysis of the FDA database. *Journal of Affective Disorders*, 68: 183-190.
- Kraaij, V., Kremers, I., & Arensman, E. (1997). The relationship between stressful and traumatic life events and depression in the elderly. *Crisis*, 18: 86-88.
- Kreitman, N., & Casey, P. (1988). Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 153:792-800.
- Linehan, M. (1986). Suicidal people. One population or two? In J. Mann & M. Stanley (Eds.), *Psychobiology of Suicidal Behaviour* (pp. 16-33). Annals of the New York Academy of Sciences: New York, NY.
- Lonnqvist, J.( 2009). Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. In D. Wasserman and C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention* (pp. 275-286). Oxford: Oxford University Press.
- 
- Mackenzie, T.B., & Popkins, M.K. (1987). Suicide in the medical patient. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 17: 3-22.
- MacMillan, H.L., Fleming, J.E., Streiner, D.L., Lin, E., Boyle, M.H., Jamieson, E., ... Beardslee, W.R.(2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158:1878-1883.

- Maris, R.W. (1992). The relationship of non-fatal suicide attempts to completed suicide. In R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, & R.I. Jufit (Eds). *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guildford.
- Marzuk, P., Tierney, H., Tardiff, K. Gross, E., Morgan, E., Ming-Ann. H., & Mann. J. (1988). Increased risk of suicide in persons with AIDS. *Journal of the American Medical Association*, 259: 1333-1337.
- Martin, G. (1996). Reported family dynamics, sexual abuse, and suicidal behaviours in community adolescents. *Archives of Suicide Research*, 2: 183-195.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56: 227-238.
- Mazza, J.J. (2000). The relationship between posttraumatic stress symptomatology and suicidal behaviour in school-based adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2): 91-103
- McGowan, P.O., Sasaki, A., D'Alessio, A.C., Dymov, S., Labonte, B., Szyf, M., ...Meaney M.J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Natural Neuroscience*, 12: 342-348.
- McHolm, A., Cheng, C., & MacMillan, H. (2004). Risk of suicide among depressed women: epidemiological and clinical considerations. *Directions in Psychiatry*, 24 (21).
- Meehan, P.J., Lamb, J.A., Saltzman, L., & O'Carroll, P.W. (1992). Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 149(1): 41-44.
- Michel, K., Ballinari, P., Bille-Brahe, U. Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D.,... Wasserman, D. (2000). Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35: 156-163.

- Michel, K., Valach, L., & Waeber, V. (1994). Understanding deliberate self-harm: the patients views. *Crisis*, 15: 172-178.
- Moscicki, E.K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinic of North America*, 3: 499-517.
- Molnar, B.E., Berkman, L.F., & Buka, S.L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychological Medicine*, 31: 965-977.
- Morton, M.J. (1993). Prediction of repetition of parasuicide: with special reference to unemployment. *International Journal of Social Psychiatry*, 39(2): 87-99.
- Mäkinen, I.H., & Jiang, G-X. (2002). *Själmord i Sverige 1980 - 1999*. Nyhetsbrev 1/2002, NASP.
- Neeleman, J., De Graaf, R., & Vollebergh, W. (2004). The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *Journal of Affective Disorders*, 82:43-52.
- Newbold, P. (1988). *Statistics for Business and Economics*. Prentice Hall.
- Oquendo, M., Brent, D.A., Birmaher, B., Greenhill, L., Koklo, D., Zelasny, B., ... Mann, J.J. (2005). Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression. Factors mediating the association with suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 162(3): 560-566.
- Overmier, J.B., & Seligman, M.E. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63: 28-33.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 181(3): 193-199.

- Parks, C.M. (1992). Bereavement and mental health in the elderly. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2: 45-51.
- Paykel, E.S. (1974). Recent life events and clinical depression. In E.K. Gunderson, & R.H. Rahe (Eds). *Life stress and illness*. Springfield Illinois.
- Paykel, E.S., Prusoff, B.A., & Myers, J.K. (1975). Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 25: 340-347.
- Paykel, E.S. (1976). Life stress, depression and attempted suicide. *Journal of Human Stress*, 2(3): 2-12.
- Paykel, E.S. (1983). Methodological aspects of life events research. *Journal of Psychosomatic Research*, 27: 341-352.
- Paykel, E.S. (2001). The evolution of life events research in psychiatry. Millennial review. *Journal of Affective Disorders*, 62: 141-149.
- Pfeffer, C.R., Newcorn, J., Kaplan, G., Misruchi, M.S., & Plutchnik, R. (1988). Suicidal behaviour in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of the American Acadademic Child and Adolescent Psychiatry*, 27: 357-361.
- Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., ... Michel, K. (1992). Parasuicide in Europe: The EHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide: Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85: 97-104.
- Pompili, M., Innamorati, M., Szanto, K., Di Vittorio, C., Conwell, Y. Lester, D., ...Amore, M. (2011). Life events as precipitants of suicide attempts among first-time attempters, repeaters, and non-attempters. *Psychiatry Research*, 186:300-305.
- Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149:999-1010.

- Post, R.M., Weiss, S.R.B., Leverich, G.S., George, M.S., Frye, M., & Ketter, T.A. (1996), Developmental psychobiology of cyclic affective illness: implications for early intervention. *Development and Psychopathology*, 8:273-305.
- Read, J. & Bentall, R.P. (2012), Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *British Journal of Psychiatry*, 200:89-91.
- Rich, A.R., Kirkpatrick-Smith, J., Bonner, R.L. & Jans, F. (1992). Gender differences in the psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22: 364-373.
- Ringel, E. (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 6: 3. 131-149.
- Romans, S.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Herbison, G.P., & Mullen, P.E. (1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 152(9): 1336-1342.
- Roy, A. (2004). Relationship of childhood trauma to age of first suicide attempts in substance dependent patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109:121-125.
- Runeson, B. (1990). *Suicide and mental disorder in Swedish youth*. (Doctoral dissertation, Gothenburg University).
- Runeson, B.S., Beskow, J. & Waern, M. (1996). The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93: 35-42.
- Runeson, B., Salander Renberg, E., Westrin, Å., & Waern, M. (2012). *Den suicidnära patienten: värdering och hantering av suicidrisk*. Förlag: Studentlitteratur AB.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24: 335-344.

- Salander Renberg, E., Lindgren, S., & Österberg, I. (2004). Sexual abuse and suicidal behaviour. In De Leo, D., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A.J., & Schmidtke, A. (Eds.). *Suicidal Behaviour: Theories and research findings* (pp. 185-195). Hogrefe & Huber.
- Sandin, B., Chorot, P., Santed M.A., Valiente, R.M. & Joiner, T.E. (1998). Negative life events and adolescent suicidal behavior; a critical analysis from the stress process perspective. *Journal of Adolescence*, 21: 415-426.
- Saxe, G.N., Van der Kolk, B.A., Berkowitz, R. , Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150: 1037-1042.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D. Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., ... Sampaio-Faria, J.G. (1996). Attempted suicide in Europe: Rates, trends, and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989 - 1992: Results of the WHO/EURO Multicentre Study in Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 93: 327-338.
- Schmidtke A, Kerkhof AJ, De Leo D, Lönnqvist J, Platt S, Sampaio & Faria J. (1995). Background and introduction to the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Crisis* 16(2): 72-84.
- Schotte, D.E., & Clum, G.A. (1987). Suicide ideation in a college population. A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 690-696.
- Segal, Z.V., Williams, J.M., Teasdale, J.D., & Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*, 26: 371-380.
- Shah, A., & Ganesvaran, T. (1997). Psychogeriatric inpatient suicides in Australia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12: 15-19



- Shalev, A.Y., Yehuda, R., & McFarlane, A.C. (2000). *International Handbook of Human Response to Trauma*. Kluwer Academic / Plenum Publishers, New York, Boston, London, Moscow.
- Shneidman E.S., Farberow N.L., & Litman, R.E. (1970). *The Psychology of Suicide: A Clinician's Guide to Evaluation and Treatment*. New York. Science Haus.
- Shneidman E.S. (1981). The psychological autopsy. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11(4): 325-340.
- Shneidman E S. (1985). *Definition of Suicide*. John Wiley & Sons. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore.
- Sidley, G.L., Calam, R., Wells, A., Hughes, T., & Pericay, J.M. (1999). The prediction of parasuicide repetition in a high-risk group. *British Journal of Clinical Psychology*, 38: 375 – 386.
- Silberg, L., Rutter, M., Neale, M., & Eaves, L. (2001). Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 179: 116-121.
- Silverman, A.B., Reinherz, H.Z., & Giaconia, R.M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect* 20 :709-723.
- Skoog, I., Aevansson, O., Beskow, J., Larsson, L., Palsson, S., Waern, M. Landahl, S., & Ostling, S. (1996). Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. *American Journal of Psychiatry*, 153 1015-1020.
- Socialstyrelsens vårdprogramnämnd (1983). *Problemet självmord. Underlag till vårdprogram*. Utarbetat av en arbetsgrupp under ledning av Jan Beskow. Malmö: Utbildningsproduktion AB.
- Socialstyrelsen (1996). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997*. Almqvist & Wiksells Tryckeri, Uppsala.

- Socialstyrelsen (2006). *Avsiktlig självdestruktiv handling i Sverige – en underlagsrapport*. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).
- Socialstyrelsen (2007). *Själv mord 2006 anmälda enligt Lex Maria En sammanställning av de beslut som har fattats t.o.m. mars 2007*.  
Artikelnr : 2007-109-22. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), juli 2007.
- Socialstyrelsen (2006). *Förslag till nationellt program för suicidprevention – strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevehälsan*. NASP.
- Stockholms läns landsting (2010). *Regionalt vårdprogram. Suicidnära patienter*.
- Stockholms läns landsting (2011). *Folkhälsorapport 2011. Folkhälsan i Stockholm – I dag och i morgon*.
- Stenager, E.N., Stenager, E., & Jensen, K. (1994). Attempted suicide, depression and physical diseases: A 1 year follow-up. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61: 65-73.
- Stengel, E.N., & Cook, R. (1958). Attempted suicide. Maudsley Monograph No. 4. Chapman and Hall: London.
- Stiles, T.C., Bille-Brahe, U., Bjerke, T., Lönnqvist, J.K., Jacobsson, L. & Wasserman, D. (1993). WHO (Nordic) multicentre study on parasuicide. Description and present status. *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift*, 47(4): 281-286.
- Söderberg, S. (2004). *Att lämna allt bakom sig. Faktorer bakom självmordsförsök. Vägar till stabilitet*. (Doktorsavhandling. Umeå universitet).
- Söderberg, S., Kullgren, G., & Salander Renberg, E. (2004). Life events, motives and precipitating factors in parasuicide among borderline patients. *Archives of Suicide Research*, 8: 153-162.
- Tsankova, N., Renthal, W., Kumar, A., & Nestler, E.J. (2007). Epigenetic regulation in psychiatric disorders. *Nature Reviews Neuroscience*, 8: 355-367.

- Turner, E. (2009). *The blue skies of autumn. A journey from loss to life and finding a way out of grief*. London, New York, Sydney, Toronto: Simon & Schuster.
- Uhlenhuth E.H., & Paykel E.S. (1973). Symptoms configuration and life events. *Archives of General Psychiatry*, 28: 743.
- Wagner, B.M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121: 246-298.
- Waern, M., Rubenowitz, E., Runeson, B., Skoog, I., Wilhelmson, K., & Allebeck, P. (2002). Illness burden in elderly suicides: a controlled study. *British Medical Journal*, 324: 1355-1358.
- Van der Kolk, B.A., & McFarlane, A.C. (1996). The black hole of trauma. In B.A. Van der Kolk, A.C. Farlane, & L. Weisaeth (Eds). *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp 3-23). The Guilford Press, New York.
- Van Heeringen, K., Hawton, K., & Williams, J.M.G. (2000). Pathways to suicide: an integrative approach. In K. Hawton & K. Van Heeringen, (Eds.). *The International Handbook of Suicide and Suicidal Behavior* (pp 223-234). Wiley, Chichester.
- Wasserman. D. (1991). Världshälsoorganisationens program för suicidprevention. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 1991: 24-30.
- Wasserman, D., Larsson, N., Estari, J., Adamsson, C. & Spellerberg S. (1994). Parasuicide in Stockholm, Sweden 1989 - 1991. In A.J. Kerkhof , A. Schmidtke, U. Bille-Brahe, D. De Leo, & J. Lonnvist.(Eds). *Attempted Suicide in Europe, Findings from the Multicentre Study on Parasuicide by the WHO Region Office for Europe* (pp. 175-187). The Netherlands: DWSO Press, Leiden University.
- Wasserman, D. (2001). A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In D. Wasserman (Ed). *Suicide: an unnecessary death* (pp 13-27). London: Martin Dunitz Ltd.

- Wasserman, D. (2003). *Depression är en vanlig sjukdom. Symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wasserman, D., & Durkee, T. (2009). Strategies in suicide prevention. In D.Wasserman, & C. Wasserman (Eds.). *Oxford Textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective* (pp 381-384). Oxford: Oxford University Press.
- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., ... Carli, V. (2012). The European Psychiatric Organization (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27: 129-141.
- Wasserman, D., Stain, R. & Carli, V. (2013). Fördjupat kunskapsunderlag för att förhindra självmord. *Läkartidningen*, 6(110): 268-269.
- Wasserman, D., Hoven, C.W., Wasserman, C., Wall, M, Eisenberg, R., Hadlaczky, G., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*, 385: 1536-1544.
- Velamoor, V.R., & Cernovsky, Z.Z. (1992). Suicide with the motive to die or not to die and its socioeconomic correlates. *Social Behavior and Personality*, 20: 193-198.
- Welch, S.S. (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*, 52(3): 368-374.
- Whitlock, F.A. (1986), Suicide and physical illness. In A. Roy, & B. Chir (Eds.). *Suicide* (pp 151-170). Baltimore, Williams & Wilkins.
- Williams, S.W., Anderson, J., McGee, R. & Silivia, P.A. (1990). Risk factors for behavioral and emotional disorder in preadolescent children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29: 413-419.

- World Health Organization (1977). *Manual of International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*. Nionde reviderade upplagan, vol. 1 (ICD-9). Geneva: WHO.
- World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention on suicide. A framework*. WHO Document Production Services. Geneva. Switzerland.
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. WHO Document Production Services. Geneva. Switzerland.
- Yen, S., Pagano, M.E., Shea, M.T., Grilo, C.M., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., ... Zanarini M.C. (2005). Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 73(1): 99 – 105.
- Ösby, U. (2000). *Mortality in schizophrenia and affective disorder* (Doctoral dissertation, Karolinska Institutet).

# Bilagor

**WHO-studie +  
nationell tilläggsstudie**

**Patientinformation**

Ungefär 600 patienter kommer varje år till Huddinge sjukhus efter att ha gjort självmordsförsök eller försökt skada sig själva. För att bättre förstå vad som hänt och för att öka kunskaperna om hur liknande situationer ska kunna förebyggas har vi tillsammans med flera länder i Europa inom Världshälsorganisationen, WHO, startat en undersökning som syftar till att öka denna kunskap.

Undersökningen innebär att vi systematiskt samlar uppgifter om patienter som tagit tabletter eller på annat sätt avsiktligt skadat sig själva och sedan följer upp vilka patienter som blivit hjälpta eller själv klarat upp sin situation samt vilka som kanske återkommer till sjukhuset efter förnyade liknande handlingar.

Det vore mycket värdefullt om Du ville hjälpa oss med denna viktiga undersökning. I så fall vill vi att Du ställer upp på en djupgående intervju om hur Du har det och har haft det. Den tar mellan 1,5 och 3 timmar att genomföra. Vi kommer då också att hämta uppgifter ur din journal om diagnos.

Vill Du inte svara på någon viss fråga eller vill Du avsluta intervjun kan Du göra det när som helst även om Du säger "ja" nu.

Vi vet att vid stress som förekommer t.ex. vid sorg, sömnbrist eller arbetslöshet har man funnit vissa förändringar i kroppens biologiska och kemiska system. Kan biologiska och kemiska faktorer ha någon betydelse hos individer i Din situation? För att få svar på denna fråga bestämde vi vid Huddinge sjukhus att komplettera WHO-undersökningen med en enkel blodprovsundersökning. Denna medför inga besvär eller komplikationer.

Vill Du delta i intervjun men inte lämna några blodprov går det också bra.

Vi kommer också att be om Din tillåtelse att kontakta Dig om ett år för en ytterligare intervju och förnyad blodprovstagning, vilket Du får ta

**WHO-studie +  
nationell tilläggstudie**

ställning till då om Du vill medverka i.

Detta är enbart forskning och om Du vill delta eller ej, eller hur Du än svarar på intervjufrågorna, så har det ingen betydelse för Din behandling vid sjukhuset.

Deltagandet är fullständigt frivilligt och även om Du säger ja nu, så kan Du när som helst sedan ångra Dig och säga nej och vi kommer att respektera Ditt ställningstagande.

- Uppgifterna om Dig kommer att förvaras av forskningsledaren under strängaste sekretess och varken läkare eller annan personal på sjukhuset eller andra personer eller myndigheter kommer att få tillgång till dem. Resultatet av undersökningen kommer att databearbetas och sparas i tio år. Resultaten kommer endast att presenteras i vetenskapliga tidskrifter och möten och ingen kommer att kunna utläsa något om någon enskild patient, inte ens vilka som undersöktes.

Undersökningen sker under överinseende av professor Bengt Jansson, tel. 746 46 56 och med.dr. Danuta Wasserman, tel. 746 49 56

Vi är tacksamma om Du vill medverka vilket är mycket betydelsefullt. Har Du några frågor eller synpunkter som Du kommer på efter intervjun är Du välkommen att kontakta intervjuare eller undertecknad, Göran Isacson, tel. 08-746 46 05.

Med vänlig hälsning

Göran Isacson  
biträdande överläkare  
psyk.klin. I  
Huddinge sjukhus  
141 86 Huddinge

Bengt Jansson  
professor  
psykiatriska institutionen  
Huddinge sjukhus  
141 86 Huddinge

Danuta Wasserman  
medicin doktor  
psykiatriska institutionen  
Huddinge sjukhus  
141 86 Huddinge

Intervjuare:.....





KAROLINSKA SJUKHUSET

Centrum för suicidforskning och prevention  
Tomtebodav. 11 F, Box 60210, 104 01 Stockholm  
Tel. 728 70 26

Information beträffande undersökningen av psykisk och fysisk hälsa.

Vid Huddinge sjukhus pågår i samarbete med epidemiologiska enheten vid Institutet för Miljömedicin (i Världshälsoorganisationens regi) en omfattande undersökning av psykisk och fysisk hälsa hos de personer som söker vård till följd av självmordsförsök.

Denna forskning bedrivs i syfte att hitta förebyggande behandlingsprogram. För att kunna utföra sådana program är det viktigt att kartlägga om förhållanden vi ser hos våra patienter endast förekommer hos dem, eller om de är vanliga hos de flesta.

Därför skulle vi vilja ställa frågor till Dig vid ett personligt besök, beträffande Din fysiska och psykiska hälsa. Vi vill fråga om olika livshändelser, Dina sociala kontakter, hur Du ser på livet, på Dig själv och Din familj, och om Du varit i kontakt med människor som försökt ta sitt liv.

Du valdes genom lotning från Befolkningsregistret.

Alla Dina svar kommer att behandlas strängt konfidentiellt. De kommer att avidentifieras omedelbart efter intervjun och kommer aldrig att kunna kopplas till Dig som individ. Vi som handskas med formulären har tystnadsplikt. Resultaten kommer att redovisas i tabeller och diagram och enskilda personens svar kommer ej att kunna spåras.

Det vore mycket värdefullt om Du ville hjälpa oss med denna undersökning. Vill Du inte svara på någon viss fråga eller vill avsluta intervjun kommer Du att kunna göra det när som helst, även om Du har givit Ditt medgivande.

Om Du har några frågor är Du välkommen att kontakta någon av oss, som svarar för denna undersökning.

Address  
Karolinska sjukhuset  
Box 60500  
104 01 STOCKHOLM

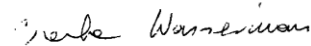
Address  
Karolinska hospital  
Box 60500  
S-104 01 STOCKHOLM  
Sweden

Telefon  
08-729 20 00 växel  
08-729 .....direktval

## Bilaga 2

Om några dagar kontaktar Lena-Britt Wärdenius eller Paulo Chaves Dig för att ge ytterligare information om undersökningen. Vi skulle vilja tacka Dig på förhand för Din medverkan i undersökningen.

Med vänlig hälsning,



Danuta Wasserman, docent vid Karolinska institutet och vid Centrum för suicidforskning och prevention, Karolinska sjukhuset. Tomtebodav. 11F, Box 60210, 104 01 Stockholm. Tel. 08-728 70 26

Gunnar Persson, dr. med. sci. vid Karolinska institutet, Institutet för Miljömedicin. Doktorsringen 18, Box 60208, 104 01 Stockholm. Tel. 08-728 74 79

Rapport 2015:1  
Tryckeri: E0 Grafiska  
ISSN: 1653-9877  
ISBN: 978-91-976626-5-9

