

Affektiva syndrom är dödliga – självmordsrisken är hög

Affektiva syndrom är förknippade med förhöjd mortalitet, främst på grund av den höga självmordsrisken. Svår depression med inslag av hopplöshetskänsla, ångest eller sömnstörning är ett särskilt observervandum, likaså bipolär depression.

BO RUNESON, professor, överläkare

AXEL HAGLUND, doktorand, överläkare axel.haglund@ki.se

båda institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet, Norra Stockholms psykiatri

Samhällets kostnader i samband med depressionssjukdom har ökat under senare år [1]; de indirekta kostnaderna orsakas av bl a utebliven arbetsinsats och för tidig död. De stora kostnaderna kan bero på att sjukdomen är vanlig; i en svensk undersökning av självrapporterad depression var förekomsten högre hos unga människor än hos medelålders [2]. Det är dock osäkert om depressionssjukdom ökar i förekomst, diagnosystemen inkluderar i dag lindrigare depressiva tillstånd än tidigare [3]. Men depressionssjukdomen är värd all uppmärksamhet, inte minst för risken för förtida död genom suicid.

Risikfaktorer för suicid

Depression är den psykiska störning som är starkast förenad med risk för suicid. I äldre studier av långtidsrisken för suicid hos patienter som vårdats i psykiatrisk heldygnsvård noterades att så hög andel som 15 procent sedermera dog i suicid [4]. I senare studier av personer som haft depression och vårdats i öppen vård är siffran lägre, 2–3 procent [3]. I en stor dansk långtidsuppföljning var den absoluta risken för suicid hos bipolära patienter 8 procent och för unipolära patienter 7 procent, baserat på patienter som hade vårdats i heldygnsvård [5].

Enligt retrospektiva studier har 50–80 procent av alla som tar sitt liv en depression, högst andel bland kvinnor och äldre [6, 7]. I en ännu större andel av alla suicid finns inslag av depressiv sjukdom, även om dessa personer kan ha haft annan grundsjukdom.

Ett antal faktorer medför ökad risk för suicid vid affektiv sjukdom (Fakta 1). Svåra depressioner utgör en särskild risk; detta är tydligast när det gäller män [8]. Känsla av hopplöshet bidrar till risken, särskilt hos äldre deprimerade som gjort tidigare suicidförsök [9]. Ångestinslag i depressionen ger ökad risk redan på kort sikt [10]; 80 procent av patienter som tagit sitt liv inom psykiatrisk vård hade visat tecken på ångest eller agitation senaste veckan före självmordet, och många av dem hade samtidig depressiv sjukdom [11].

Sömnstörning, tex kortare nattsömn eller försämrad sömnkvalitet, höjer suicidrisken vid depression, liksom mar- drömmar [12]. Vanföreställningar, särskilt av hypokondrisk karaktär, bör uppmärksammas, även om flertalet depressioner som leder till suicid inte är av psykotisk karaktär.

Bipolär depression innebär en särskild risk, ibland genom den mer dramatiska sjukdomsbilden med snabbare insjuknande eller förlopp. Den könsskillnad som ses i suicidstatistik världen över (förutom i Kina), där männen står för mer än

dubbelt så många fullbordade suicid, tycks saknas vid bipolära syndrom [13]. En lång uppföljningsstudie har visat högre risk vid bipolär sjukdom typ I, dvs de som har fullt utvecklade maniska episoder i sin sjukdom [14]. Det är svårt att avgöra vilken undergrupp som har högst risk, men en metaanalys visade lägre risk hos dem med ett första insjuknande i mani [15].

En psykologisk autopsistudie utförd i Finland visade att suicid vid bipolär sjukdom typ I vanligen sker i depressiv fas, vid samtidigt missbruk eller vid nedsatt följsamhet till behandling [16]. Flera studier har bekräftat att mer än hälften av de bipolära patienter som suiciderar saknar behandling vid tiden för dödsfallet [17].

I en av de ovan citerade studierna noterades också att patienter som lades in för behandling av depression och nyligen hade gjort ett suicidförsök hade avsevärt högre risk än patienter med depressioner utan suicidalt beteende [3]. Om bipolär eller unipolär affektiv sjukdom förelåg när patienten gjorde ett suicidförsök var risken för senare suicid särskilt hög redan under första året efter försöket. Även vid måttliga depressioner i samband med suicidförsök fanns risk för suicid [18].

Samsjuklighet (särskilt alkohol- eller drogmissbruk) och personlighetsstörning med impulsivitet och svårigheter att hantera aggressivitet höjer risken för suicid bland deprimerade. Depression efter förlossning är också ett riskskede.

Antidepressiva läkemedel är centrala i behandlingen

Att behandla depressioner är angeläget och kräver omsorg, men det är också konstruktivt och tacksamt. Ett återkommande fynd är att få av dem som dött i suicid haft optimal behandling av depression. Antidepressiva läkemedel har bevisad effekt mot depression och är en central komponent vid depressionsbehandling, i synnerhet vid måttliga och svåra fall. Ett rimligt antagande är att en behandling som fungerar mot depression även kan reducera suicidrisk. Den ökande användningen av SSRI de senaste decennierna har också angivits som en förklaring till de sjunkande suicidtalerna under samma tidsperiod [19]. Huruvida antidepressiva läkemedel har en direkt antisuicidal effekt har dock debatterats [20].

Allra viktigast för den som behandlar depressioner är att känna till att färre suicid observerats i samband med antidepressiv läkemedelsbehandling, både hos unga och äldre [21].

Vid bipolär sjukdom har det tydligt visats att litiumbehandling har antisuicidal effekt [22]. Vid sekundära depressioner, som vid psykos, kan antidepressiva läkemedel i tillägg till antipsykotiska läkemedel minska risken för suicid, medan däremot bruk av bensodiazepiner kan höja risken [23].

Patienter med depressioner med låg suicidrisk kan ofta be-

■ SAMMANFATTAT

Affektiva syndrom orsakar lidande och kostnader för samhället, särskilt genom förhöjd mortalitet.

Den förhöjda mortaliteten vid affektiva syndrom beror främst på suicid, men överdödlighet i hjärt-kärlsjukdomar bidrar.

Vid svåra depressioner och bipolära syndrom kan livstidsprevalensen av suicid vara 7–8 procent.

Upplevelse av hopplöshet, ökad ångestnivå, sömnsvårigheter och psykiatrisk samsjuklighet såsom alkoholberoende är riskfaktorer för suicid vid affektiva syndrom. **En omsorgsfull** depressionsbehandling omfattar en noggrann värdering av suicidrisken; denna bedömning är viktig under hela behandlingsskedet.

FAKTA 1. Riskfaktorer för suicid vid depression

- Djupa eller utdragna depressioner
- Bipolära depressioner
- Psykotiska inslag i symtombilden
- Hög ångestnivå
- Upplevd hopplöshet
- Sömnstörning
- Samtidig personlighetsproblematik med impulsiv aggressivitet
- Samtidigt missbruk av alkohol och droger
- Samtidig somatisk sjuklighet
- Tidigare suicidalt beteende

handlas i primärvård. Antidepressiva läkemedel i adekvat dos, kognitiv beteendeterapi (eller, enligt en färsk studie, även psykodynamisk psykoterapi [24]), samtidig sjukskrivning och samtal med anhöriga samt adekvat behandling av ångest och sömnstörning är rekommenderat vid depressionsbehandling.

Somatiska komplikationer och för tidig död

Depressionssjukdom är såväl riskfaktor för som vanlig komplikation till hjärt-kärlsjukdom. Den kardiotoxiska effekten av antidepressiva läkemedel och sjukdomens negativa effekter på livsstilsfaktorer som rökning räcker sannolikt inte för att förklara överdödligheten. En färsk studie av bipolära patienter visade att graden av depressiva symtom korrelerade till 10-årsrisken för hjärt-kärlrelaterad mortalitet, även efter kontroll för en rad fysiologiska markörer [25]. En stor studie av diabetiker rapporterade hög förekomst av depression men ingen därav ytterligare ökad risk för kardiovaskulär död [26]. Andra studier har visat risk för kardiovaskulär död hos deprimerade, därtill också hos individer som gjort suicidförsök [27].

Att bedöma suicidrisk

Överrisken för suicid hos patienter med affektiva syndrom behöver observeras mycket noga och på ett tillförlitligt sätt. Vi har pekat på särskilda riskfaktorer och hur man kan försöka undvika att suicid inträffar under pågående behandling.

Att bedöma suicidrisk är dock vanskligt, särskilt som suicid, som framgår ovan, förekommer vid både svåra och lättare depressioner och i olika skeden av sjukdomen. Kan man på ett strukturerat sätt få en bättre uppfattning om suicidrisken? Det är inte tydligt visat att intervjuinstrument eller skattning av suicidavsikt är bättre än den globala bedömning som en erfaren kliniker gör. Däremot kan intentionsskalor ge ett visst stöd vid anamnestagandet, och ibland kan en väl konstruerad

skala visa något högre värden vid risk för senare nytt försök eller för suicid i ett kortare eller längre perspektiv [28]. Ingen skala har dock lyckats identifiera faktorer som entydigt innebär omedelbar risk, vilket egentligen är det viktigaste behovet i klinisk praxis.

En annan studie visade att risken bättre förutsades av depressionsgraden än av den suicidala intentionen, mätt enligt en ofta använd skala för suicidriskbedömning efter suicidförsök, Suicidal Intent Scale av Aaron Beck [29]. I en värdering av en annan skala, SUAS (Suicide Assessment Scale) [30], urskiljdes att den faktor i skalan som hade störst prediktivt värde var just den som direkt beskrev den suicidala processen och inte lika tydligt symtombilden i övrigt [31]. Med detta menades hopplöshet, dödsönskan, ständiga suicidtankar, avsikt att ta sitt liv och suicidal planering, vilket betydde mer än nedstämdhet, låg självkänsla, ångest med spänningssymtom och misstänksamhet. I en modifikation av SUAS iaktogs nyligen att det gick att ange en viss poänggräns, som innebar att alla psykiatriska patienter som hade högre poäng gjorde ett nytt suicidförsök [32].

Strävandet efter att påvisa de särskilda aspekter av suicidal intention och sjukdomsbild som medför ökad risk för suicid fortsätter. Ett av de senaste försöken att påvisa graden av risk och att också bättre definiera vad som är ett suicidförsök är C-SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale) [33]. Den är redan översatt till över hundra språk, även svenska, och är obligatorisk när en klinisk prövning i USA sanktioneras av läkemedelsmyndigheten FDA (Food and Drug Administration).

C-SSRS ger också en bra nomenklatur för faktiska suicidförsök, avbrutna försök (när man hindras av något eller någon) och uppgivna försök (när man själv avstår från att sätta handlingen i verket). Men denna skala har inte heller lyckats definiera särskilda poänggränser för vad som innebär tydlig risk. Det har dock visats att förekomsten av suicidavsikt med eller utan färdig suicidplan medför 3–4 gånger högre risk för suicidhandling än suicidtankar utan suicidavsikt. Vid förekomst av suicidavsikt rekommenderas därför remiss för psykiatrisk bedömning.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

LÄS MER Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Sobocki P, Lekander I, Borgström F, et al. The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *Eur Psychiatry*. 2007;22(3):146-52.
2. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*. 2000;157(12):1925-32.
3. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(10):1058-64.
4. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, et al. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry*. 1990;147(9):1189-94.
5. Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(1):14-9.
6. Sjöström N, Waern M, Hetta J. Nightmares and sleep disturbances in relation to suicidality in suicide attempters. *Sleep*. 2007;30(1):91-5.
7. Angst J, Angst F, Gerber-Werder R, et al. Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up. *Arch Suicide Res*. 2005;9(3):279-300.
8. Hawton K, Sutton L, Haw C, et al. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(6):693-704.
9. Gonda X, Pompili M, Serafini G, et al. Suicidal behavior in bipolar disorder: epidemiology, characteristics and major risk factors. *J Affect Disord*. 2012;20;143(1-3):16-26.
10. Tidemalm D, Långström N, Lichtenstein P, et al. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *BMJ*. 2008;337:a2205.
11. Isacsson G. Suicide trends and antidepressants. *Br J Psychiatry*. 2007;190:79; author reply 79-80.
12. Isacsson G, Rich CL, Jureidini J, et al. The increased use of antidepressants has contributed to the worldwide reduction in suicide rates. *Br J Psychiatry*. 2010;196(6):429-33.
13. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, et al. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(12):1358-67.
14. Muller-Oerlinghausen B, Lewitzka U. Lithium reduces pathological aggression and suicidality: a mini-review. *Neuropsychobiology*. 2010;62(1):43-9.
15. Johansson R, Ekbladh S, Hebert A, et al. Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(5):476-83.
16. Johansson R, Ekbladh S, Hebert A, et al. Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: a randomised controlled trial. *PLoS One*. 2012;7(5):e38021.
17. Slomka JM, Piette JD, Post EP, et al. Mood disorder symptoms and elevated cardiovascular disease risk in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2012;138(3):405-8.
18. Shah AJ, Veledar E, Hong Y, et al. Depression and history of attempted suicide as risk factors for heart disease mortality in young individuals. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(11):1135-42.
19. Waern M, Sjöström N, Marlow T, et al. Does the Suicide Assessment Scale predict risk of repetition? A prospective study of suicide attempters at a hospital emergency department. *Eur Psychiatry*. 2010;25(7):421-6.
20. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266-77.