

2. Vem är självmordsnära och varför? Översikt över självmordsforskningen

Tre strategier för självmordsforskningen

Det är svårt att forska kring självmord. Den som tagit sitt liv kan ju inte berätta om det efteråt. För att komma runt detta använder man inom självmordsforskningen tre olika strategier.

Den första är att samla in så mycket information som möjligt om den som har dött. Man frågar de anhöriga, och vården om den har varit inblandad. Har den döde fått psykiatrisk vård går man igenom alla journaler. Denna metod kallas *retrospektiv genomgång*.

Den andra strategin är att undersöka människor som har överlevt ett självmordsförsök. Man intervjuar dem om deras livshistorier och vad de tror om orsakerna till självmordsförsöket, och man kan också göra olika undersökningar av hur deras psyke och hjärna fungerar.

Den tredje strategin är att använda data från olika register. De flesta länder har register över dödsorsaker i befolkningen, och utifrån dessa kan man bland annat undersöka hur de självmordsdöda skiljer sig från andra grupper. Den här metoden kallas *registerforskning*.

Självmordsfrekvensen i Sverige – varken topp eller botten

Genom registerforskning kan man bland annat jämföra självmordstalen i olika länder. Många tror att Sverige är ett land med särskilt höga suicidtal, men det stämmer inte. Aktuell statistik från Världshälsoorganisationen WHO visar att självmordsfrekvensen i Sverige ligger nära genomsnittet för EU-länderna. De högsta självmordstalen finns i Ryssland, Östeuropa och vissa länder i Asien och Afrika. Allra högst självmordstal har Sri Lanka.

Flera muslimska länder i Nordafrika och Mellanöstern, liksom Pakistan och Malaysia, har påfallande låg självmordsfrekvens. Det beror sannolikt på islams mycket negativa syn på självmord.

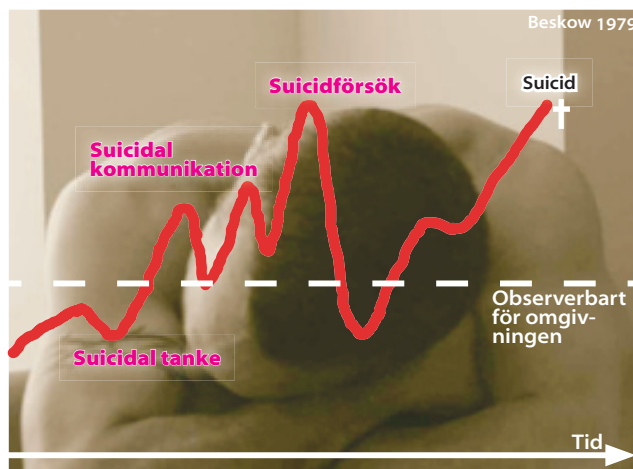
Siffror sedan mitten av 1700-talet

Sverige har en bra folkbokföring, där man kan följa utvecklingen av självmordstalen ända sedan mitten av 1700-talet. Siffrorna visar en kraftig ökning, men inte på senare tid. Den stora ökningen ägde rum från mitten av 1800-talet till tiden för första världskriget. Vid den tiden var förhållandena i Sverige svåra, med fattigdom och svält, och 1,5 miljoner människor utvandrade till främst Amerika.

Siffrorna visar också en stor skillnad mellan män och kvinnor, där självmord är vanligare bland män. Den skillnaden finns i många länder, men den är olika stor. Ett undantag är Kina, där fler kvinnor än män tar sitt liv.

Nya läkemedel sänkte självmordstalen

Från början av 1980-talet skedde något dramatiskt i Sverige, och något liknande har hänt i många andra länder. Självmordstalen minskade kraftigt – inte för ungdomar, men för alla andra åldersgrupper. De flesta experter tror att ned-



NÄSTAN ALLA som funderar över att ta sitt liv är väldigt ambivalenta. De pendlar fram och tillbaka mellan suicidtankar, antydningar i tal, och kanske konkreta förberedelser eller suicidförsök. Att man aldrig skulle kunna förhindra självmord hos någon som redan har bestämt sig är en ren myt.

gången hänger ihop med genombrottet för en ny typ av antidepressiva läkemedel, säger Marie Åsberg:

»De serotoninpåverkande läkemedlen har effekt mot depression och ångest. De kan tas utan svåra biverkningar och utan risk att ta sitt liv genom överdos. När läkarna i primärvården fick tillgång till de här medicinerna, ledde det också till att de började fråga sina patienter efter depressionssymtom och självmordstankar. Något som också kan ha en gynnsam effekt.«

Efter år 2000 har självmordskurvan i Sverige planat ut. Antalet självmordsförsök har också varit ganska oförändrat, utom för unga människor där det ökat kraftigt under 2000-talet.

Psykisk sjukdom föregår självmord

Ide retrospektiva genomgångarna tar man reda på så mycket man kan om den människa som har tagit sitt liv. Många stora undersökningar har gjorts, både i Sverige och i andra länder, och de är överens om en sak: 90–95 procent av alla som tagit sitt liv har dessförinnan haft en psykisk sjukdom.

Vilka psykiska sjukdomar som är vanligast varierar mellan grupperna. För kvinnor är depression den vanligaste diagnosen, och hos gamla människor är depression ännu vanligare. Tittar man på män är missbruk av alkohol och andra droger en vanlig diagnos, även om det ibland kan vara svårt att skilja mellan missbruksproblem och depression. Hos unga människor ser man också missbruk, men olika typer av personlighetsstörningar är också vanligare än hos äldre.

MARIE ÅSBERG är seniorprofessor i psykiatri. Hon började som klinisk psykiater 1965 och har sedan dess forskat kring behandling av depression, självmordsproblem och utmattningssyndrom. Hon har bl a varit ledamot av SBU:s styrelse, och ledde SBU:s arbete med att granska depressionsbehandling. Nu forskar hon kring stress och utmattning på Karolinska institutet, Danderyds sjukhus.



Vägen till självmord är en lång process

Ett självmord kommer nästan aldrig som en blixtnedslag från klar himmel. Ibland verkar det så för de anhöriga, men den som försöker ta sitt liv har ofta tänkt på saken i perioder långt innan det första försöket. I efterhand kan man ofta tolka saker som den döda har sagt eller gjort som signaler som man inte uppfattade just då, men som man kan förstå i efterskott.

Man brukar tala om vägen till ett självmord som en process som börjar med självmordstankar, sedan kanske fortsätter med att man talar med eller antyder något till anhöriga, och att man kanske gör ett självmordsförsök. Ofta pendlar personen fram och tillbaka mellan tankar, ord och handlingar.

Att ha gjort ett självmordsförsök är den största enskilda riskfaktorn för självmord. Men de flesta som försökt ta sitt liv gör inte om det. Självmordsförsök är 10–20 gånger vanligare än fullbordade självmord.

Svåra barndomsupplevelser sätter spår i hjärnan

När man frågar människor om varför de försökt ta sitt liv, berättar de ofta om händelser som så att säga tippat dem över kanten. De kan ha förlorat någon som stått dem nära, till exempel genom skilsmässa. Det kan också handla om sociala problem eller misslyckanden, eller om smärta och kroppslig sjukdom.

Frågar man om deras livshistoria, visar det sig att många självmordsbenägna har råkat ut för rader av svåra upplevelser, alltifrån tidig barndom och framåt. Den besvärliga barndomen sätter spår, inte bara i minnen utan också i själva hjärnans organisation.

Vi vet i dag att svåra upplevelser i barndomen kan programmera om hjärnans stresssystem så att det reagerar annorlunda biologiskt på stress.

Många människor som har gjort självmordsförsök har en lägre omsättning av signalämnet serotonin än andra. Många friska människor har också en låg serotoninomsättning, och vanligen har detta ingen betydelse. Men i en svår situation kan låg serotoninomsättning leda till allvarigare självmordsförsök och större risk att dö.

Ett outhärdligt känsloläge

Hur kan alla dessa forskningsresultat hjälpa oss att förstå vad som kan driva en människa till självmord?

»Det är uppenbart att ingen tar sitt liv bara för att man har låg serotoninomsättning eller överaktiva stresshormoner«, säger Marie Åsberg. »Nej, den som är nära att ta sitt liv befinner sig i ett akut känsloläge som är helt outhärdligt. Men om man har sådana biologiska egenheter och sedan kommer in i ett outhärdligt känsloläge, kanske man löper större risk att gå från tanke till handling.«

Hur kommer man in i ett sådant känsloläge? Det är troligen här psykisk sjukdom har betydelse. Till exempel innebär en depression oftast nedstämdhet, förtvivlan och ångest. Centralt i en depression är en stark känsla av hopplöshet, av att »det här kan aldrig bli bättre«. I ett sådant läge söker man förtvivlat efter en lösning. Många som försökt ta sitt liv säger att de inte såg någon annan lösning.

Ångest och stress ger tunnelseende

När man på detta sätt söker efter lösningar spelar det roll hur man fungerar psykiskt. Befinner man sig i ett tillstånd av ångest och stress, snävas synfältet in och man får en sorts tunnelseende. Man blir stelare i sitt sätt att tänka, och har inte tillgång till olika idéer om hur situationen skulle kunna lösas. Att lära ut problemlösningsförmåga kan därför vara en användbar strategi för att förebygga att ett självmord sker hos den som är självmordsnära.

Människor är olika bra på att uthärda obehagliga känslor som ångest och desperation. Självmordsnära människor har ofta svårare än andra att stå ut med sådana känslor. Strategier för hur de ska lära sig att bli bättre på detta har utvecklats och använts med viss framgång.

Många självmordsnära människor har tidigt klart för sig vilken metod de tänker använda, och tenderar att hålla fast vid den. Om man försvarar för människor att använda vanliga metoder, till exempel genom att sätta upp räcken på broar eller genom att inte skriva ut farliga mediciner, kan många självmord förhindras.

Impulsivitet ökar risken

Att gå från ord till handling och ta sitt liv är – lyckligtvis – svårt. Det kräver både beslutsamhet och ett visst mått av hänsynslöshet och aggressivitet. Troligen är det här den låga serotoninomsättningen spelar in. Den har kopplats till en svårighet att kontrollera aggressiva impulser.

Överhuvudtaget är impulsivitet en riskfaktor. Den som är mycket impulsiv kan hinna handla innan hen hunnit tänka sig för, och kanske inte hinner ångra sig innan det är för sent.

Berusing minskar impulsivitet och är därför en riskfaktor. Många som tar sitt liv gör det när de är berusade. Men det beror också på att många som bestämt sig för att ta sitt liv tar till alkohol för att våga.

»Vi har sett hur olika biologiska och psykologiska faktorer kan spela in på olika ställen i självmordsprocessen«, säger Marie Åsberg. »Motsvarande gäller för faktorer som kultur och religion. Det är bra att veta vad som kan spela in för den enskilda människan. Detta ger en möjlighet att ingripa.«

LÄS MER: Bo Runeson: *Suicidal beteende. I Herlofson m fl: Psykiatri* (Studentlitteratur 2016).

Jan Beskow, Marie Åsberg m fl: *Problemet självmord (Forskning i korhet, Forte 2015)*. Kan laddas ner från <https://forte.se/app/uploads/2015/09/fik-sjalvmord.pdf>

INFORMATION

om självmordsstatistik finns på NASPs webbplats, www.ki.se/nasp/statistik