

Selvmondsrisikovurderinger og selvmondsforebygging

Varselsignaler

Kristin Jørstad Fredriksen

Overlege, Avdeling Sikkerhet

Klinikk psykisk helsevern voksne, Stavanger

Universitetssykehus

Disposisjon

- Quiz
- Hva skal en vektlegge i vurdering av suicidrisiko?
- Noen kliniske tilstander og faser forbundet med forhøyet suicidfare?
- Praktisk- hvordan utføre og dokumentere risikovurdering
- Selvmordsforebygging
 - Finnet det medisiner som er suicidforebyggende?
 - Er innleggelse suicidforebyggende?
- Depresjonsbehandling, symptombehandling
- Psykotisk depresjon-funn fra studie

Bakgrunn

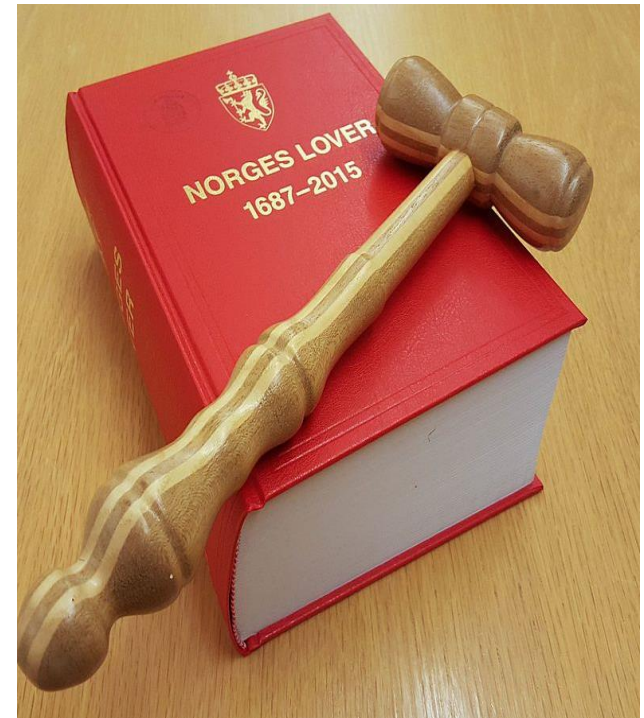
- Suicid er et alvorlig folkehelseproblem, årsaksforhold sammensatt og ufullstendig forstått
- Pasienter med forhøyet suicidrisiko og psykose ofte ekskludert fra studier, samt vanskelige å rekruttere/få samtykke fra
- Nesten kun langtidsstudier (>1 år) på suicidrisiko, mens i klinisk praksis skal gjøres korttidsrisikovurderinger
- Suicidrisikoskalaer lav sensitivitet og spesifisitet, kun lang oppfølgingstid; ingen anbefales å bruke
- Norge: Ca 600 suicid pr år. Stabile tall.
- Psykisk Helsevern: 50%-70% av innleggelsene knyttet til suicidalitet
- Inneliggende pasienter i psykiatrisk institusjon høy risiko tross fremskritt i behandling og sikkerhetstiltak

Å jobbe med selvmordstruede pasienter

- Vår «jobb»: Prøve redde pasientens liv
- Komplekst og utfordrende
- Kan vekke mange følelser hos behandler:
 - Sympati, empati
 - Distansering, aggresjon, skyld, angst frykt
 - Kan vekke sterke emosjonelle reaksjoner hos terapeut hvis pasienten dør (sorg, sinne, skyldfølelse)
- Konfronterer egne følelser rundt død, sårbarhet, feilbarhet
- Egne personlige opplevelser (som pårørende, tidligere pasienter)

Selvmondsrisikovurdering

- Prediksjon på individnivå umulig
- Motstridende hensyn; pasientens autonomi og rett til selvbestemmelse versus bruk av tvang/ ivaretagelse
- Lovpålagt



Risikofaktorer (over tid): Psykiske lidelser

- **Depresjon.** Risiko korrelert med alvorlighet av depressiv episode
- **Non-affektive psykoselidelser,** spesielt ved sykdomsdebut og i dårlige/ustabile faser.
- **Alvorlige personlighetsforstyrrelser** Risiko mindre knyttet til sykdomsfase og mer knyttet dysfunksjonelle personlighetstrekk over tid

Qin, P. and M. Nordentoft (2005) Arch Gen Psychiatry; Kessing, L. V. (2004) The British Journal of Psychiatry; Aaltonen, Isometsa, Sund, & Pirkola, 2018; Caldieraro et al., 2017; Gournellis et al., 2018; Zalpuri & Rothschild, 2016), Gournellis, R. (2017) Acta Psychiatr Scand; Krupinski et al(1998) Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; Zalpuri & Rothschild(2016) J Affect Disord; Bergen, et al, Lancet, 2012

Varselsignaler (rett før suicid)

- Psykotiske symptomer (vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser)
- Alvorlig senket stemningsleie, skam, angst/panikk/agitasjon; «intense affective states»
- Økt rusmisbruk
- Store søvnevansker
- Nylig brudd i relasjon/alvorlig belastning/tap/æreskrenkelse
- Nylig redusert impuls kontroll

Sani (2011) Psychiatry and clinical neurosciences; Radomsky et al (1999) American Journal of Psychiatry; Swann, A. C., et al. (2008) Journal of affective disorders; Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Archives of Suicide Research; Fawcett, J., et al. (1990). The American journal of psychiatry.; Busch, K.A., et al (2003) Journal of Clinical Psychiatry; Hendin et al, (2007) J Nerv Ment Dis; Beck, A. T., et al. (1990). American Journal of Psychiatry;

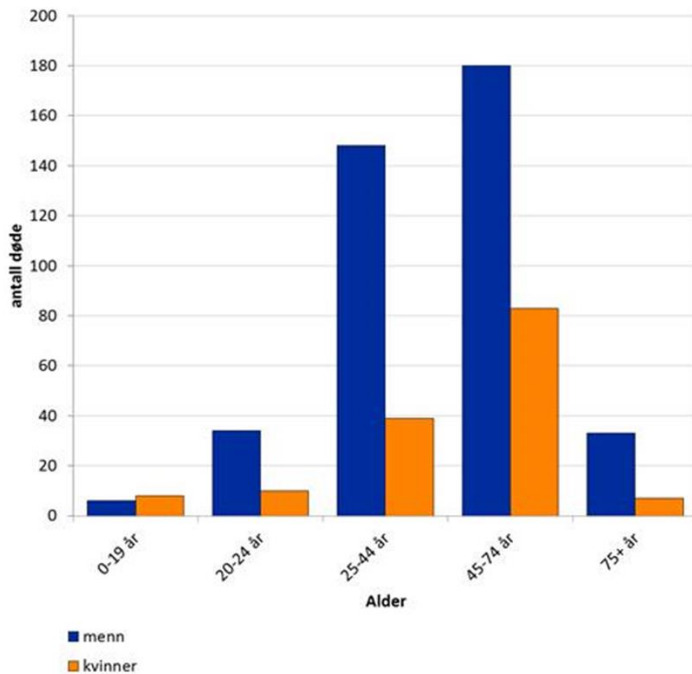
Høyriskofaser

Nylig innlagt (1.uke), nylig utskrevet psykiatrisk institusjon

Selv mord skjer oftest på permisjon/rømming mens innlagt institusjon

40-50% av døde med selvmord som dødsårsak har hatt kontakt med psykisk helsevern/TSB siste året før de døde i Norge. 2/3 hadde hatt døgnopphold. Median liggetid: 10 døgn.

Risikofaktor: mann. Gender paradox



Selvordsforsøk

Overvekt av kvinner

Selvord –i befolkningen

Norge: Menn/kvinner **2-3 : 1**

Verden: Menn/kvinner **3-8 : 1**

I kontakt med PHV/TSB: Menn/kvinner 3:2

Kvinner:

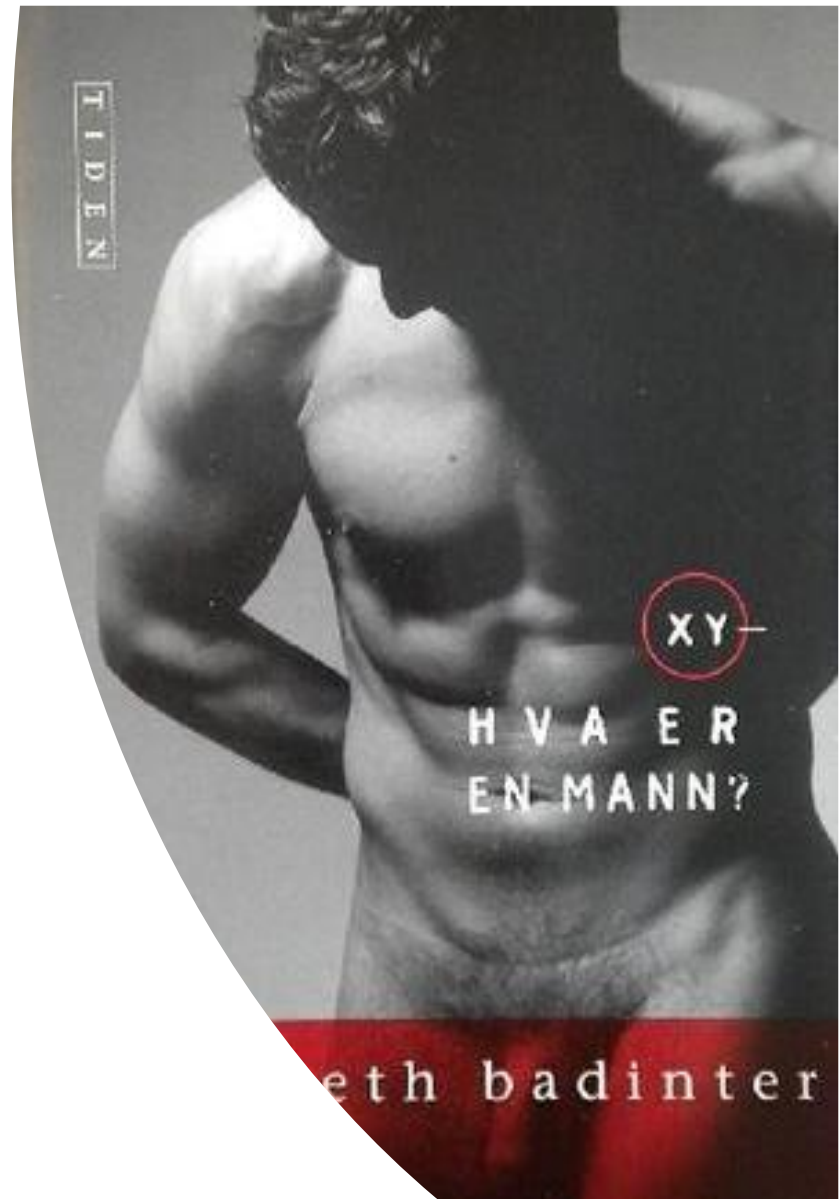
- Mindre dødelige metoder; forgiftning, kutting
- Mange repeterer
- Yngre kvinner

Menn:

- Mer dødelige metoder; Skyting, henging
- >50% dør i første forsøk
- Alle aldre

Teorier hvorfor overdødelighet hos menn

- Søker ikke psykiatrisk hjelp, samt faller ut av behandling
- Kan ha andre depresjonssymptomer enn kvinner, seiler under feil/komorbide diagnoser (rus, ADHD, PF). Feil/mangelfull hjelp
- Sosioøkonomiske forhold
- Skilsmisse og fremmedgjøring til egne barn
- Betydning av testosteron på aggresjon, humør og kognisjon



GOTLANDSKALÄEN

for måling av mannlig depressivitet (W.Rutz, Z.Rihmer,A.Dalteg)

Har du eller noen av dine nærmeste den siste måneden lagt merke til adferdsforandringer som hverken du eller andre riktig kjenner igjen hos deg selv, og i så fall hvilke ?
(Ikke i det hele tatt 0, i en viss grad 1, stemmer ganske bra 2, i betydelig grad 3)

Poeng

1. Lavere stresstolerance enn vanlig
2. Øket aggressivitet, utagering, dårlig impulskontroll
3. Følelse av utbrenthet og tomhet
4. "Kronisk" uforklarlig tretthet
5. Lett irriterbar, rastløs, utilfreds
6. Problemer med å treffe enkle beslutninger i hverdagen
7. Søvnforstyrrelser (for mye, for lite, urolig, innsøvningsproblemer, tidlig oppvåkning)
8. Morgenuro/-angstelse, følelse av ubehag spesielt om morgenen
9. Har du registrert adferdsforandring på et vis som gjør at hverken du eller andre kjenner deg igjen/ er umulig å ha med å gjøre ?
10. Har du følt deg dystert, negativ eller håpløs til sinns, "ser svart på all" ?
11. Har du selv følt eller andre registrert økende tendens til selvmøllidighet, klaging, "ynklighet" ?
12. Finnes det i slekten din personer med misbruk, depresjon/ nedstemthet, selvmordsadferd eller tendens til risikofyllt adferd ?
13. Overforbruk av alkohol eller tabletter for å oppnå avslapping, Oversaktivitet eller avreagering v.h.a. hastig/ rastløst arbeide, jogging eller annen idrett, for mye/ for lite spising ?

Poeng: 0-13 Ingen holdepunkter for depresjon
13-26 Depresjon er mulig. Muligens indikasjon for spesifikk, inkl. psykofarmakologisk behandling
26-39 Klare indikasjoner på depresjon og spesifikk, inkl. psykofarmakologisk behandling

Beskyttende faktorer?

Ingen studier har identifisert klart beskyttende faktorer for selvmord som kan vektlegges i en selvmordsrisikovurdering.

På individnivå kan der være beskyttende faktorer, men da forutsettes god kjennskap til pasienten

Stor dansk registerstudie: «Suicidal cocktail»: Høy inntekt, gift, god utdanning.
(1)

Hypotese: «Fallet» (innbilt eller reelt). Økt sykdomsinnsikt?

(1) Agerbo, E. (2007). "High Income, Employment, Postgraduate Education, and Marriage." *A Suicidal Cocktail Among Psychiatric Patients* Arch Gen Psychiatry **64**(12): 1377-1384.

Lite evidens for at pasientens uttalelser kan vektlegges tungt ved suicidrisikovurdering

- Selvmordsatferd er en måte å kommunisere tanker og følelser på for en stor heterogen pasientgruppe
- Impulsivitet er korrelert til suicidal atferd
 - >50% av selvmordsforsøk foregår innen 10 min fra tanke til handling
- 78% meddeler ikke selvmordstanker før død i psykiatrisk sengepost
- Psykotiske og alvorlige affektive tilstander: endret realitetsoppfatning, fluktuerende symptombilde og impulsive handlingsmønstre

Praktisk- hvordan utføre selvmordsrisikovurdering

- **Klinisk intervju:**
 - Har pasienten selvmordstanker?
 - Har pasienten noen gang gjort selvmordsforsøk?
 - Evt komparentopplysninger hvis hensiktsmessig
- **Psykiatrisk status presens:** varselsignaler
- **Kartlegging av risikofaktorer**

Obs hvis

- utsatt for akutt traume eller krenkende hendelse
- høy grad av fortvilelse og/eller agitasjon
- psykotiske forestillinger eller styringsopplevelser

-> **Samlet vurdering og tiltak**

OBS: Risiko for selvmord er fluktuerende. Risikovurdering er en «ferskvare»

Dokumentasjon i journal: samarbeidsredskap + juridisk dokument. Hvem konferert med.

Klinisk intervju, tips:

- Har du håp om at disse problemene skal løse seg?
- Tanker om at livet ikke er verdt å leve?
- Tanker om døden?
- Selvmordstanker?
- Selvmordsplaner?
- Konkrete forberedelser (ift suicidmetode, avskjedsbrev, forsikringer osv)?
- Stemmer som sier du skal ta livet ditt eller andres?
- Noe som holder deg tilbake? Som gir livet glede og/eller mening? Håp og fremtidplaner

Kronisk suicidalitet/ selvskading

- Ender ofte opp med §3-2 innleggelse.
- Ofte vanskelige vurderinger når en er ny.
- Vanskelig å vurdere hvor farlig det de gjør er.
- Nasjonale retningslinjer s. 25: *”Innleggelse bør unngås. Hvis de må innlegges bør det begrenses til å omfatte den akutte suicidalkrisen.”*

Selvmordsforebygging

- Opplæring av helsepersonell; oppdage og behandle depresjon
- Fjerne suicidmetode, f.eks våpen, sikre broer
- Behandling av psykisk lidelse

1) Mann, J. J., et al. (2005). "Suicide Prevention Strategies." *JAMA: the journal of the American Medical Association*; 2) Cristea et al (2017) *JAMA Psychiatry*

Effekt av innleggelse, beskyttelsestiltak, tilsyn, samarbeid

Forebyggende tiltak:

- mer bruk av ambulante tjenester
- tettere oppfølging av dobbeltdiagnose pasienter
- tverrfaglig gjennomgang av dødsfall i samarbeid med pårørende
- bedre planlegging av overgang fra barne- og ungdom til voksenpsykiatri
- implementering av retningslinjer for depresjon
- fjerne festepunkter for hending
- sjekkliste på sikkerhetstiltak i sykehus

Intervallobservasjon (IO) 15 minutter ingen effekt.

Låste dører- omdiskutert

Review: Pasientens behov under innleggelse blir dekket: tiltak avhengig av god relasjon til helsepersonellet

Medikamentell suicidforebygging

Behandle grunnlidelse medikamentelt:

- Stemningslidelser: Lithionit
- Schizofreni: Leronex
- Legge til f.eks Zyprexa eller Risperdal ved alvorlig depressiv episode

SSRI/SNRI:

- Usikkert om økt suicidrisiko i oppstart, og høyest risiko antatt for unge samt bipolare
- Reduserer nivå av depresjon, selvmordstanker, noen viser redusert selvmordsadferd, i liten grad selvmordsrisiko
- Foreskrivingsrate korrelert med fallende suicidrate

Akutt/symptombehandling: lite forsket på

- Komorbid ruspåvirkning og agitasjon: benzo førstevalg
- Symptombehandling av angst, panikk og insomnia
- Ketamin neseppray

(1) Cipriani, A., et al. (2005 American Journal of Psychiatry, (2) Hennen et al (2005). *Schizophr Res*, 3) Kasckow et al (2011). *CNS drugs*; (4) Reeves, H., et al. (2008).. *J Clin Psychiatry*; (5) Mann, J. J., et al. (2005 JAMA, (6) DiazGranados (2010). *The Journal of clinical psychiatry*, (7) Garriga et al., 2016) *The World Journal of Biological Psychiatry* (8) Busch, Journal of Clinical Psychiatry al (2003)

Praktisk depresjonsbehandling

- Jevnlig avtale. Samtale, bringe håp, lindre
- Søvn
- Kosthold
- Mosjon/aktivitet
- Evt psykofarmaka

Valg av preparat: Følg nasjonale retningslinjer (Obs bivirkningsprofil)

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten>

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar>

Tips ift søvn

- Søvnhygieneråd (inkl. bruk av koffein og alkohol)
- Tolvon 10 mg, evt øke dose, Alimemazin
- Benzo, Imovane/Zopliklone for en kort periode
- Store søvnvansker og alvorlig deprimert: Zyprexa/Seroquel

Hva betyr «virkningsmekanismen» for ulike antidepressiva?

- Lite (eller ingenting?) for den antidepressive effekten
- Viktig i forhold til bivirkninger:
 - Søvn: Tolvon (mianserin)/Remeron (mirtazapin) gir søvn
 - Vekt: SSRI mest nøytral -spesielt Fontex (fluoksetin) og Zoloft (sertraline), samt Wellbutrin (bupropion). Økning vekt av mianserin/mirtazapin
 - Tvang og panikk: SSRI best
 - Seksualitet: Wellbutrin, samt Tolvon (mianserin)/Remeron (mirtazapin) best

Menn og depresjon

- Mange mest opptatt av nedsatt funksjon (arbeidsliv/yteevne, konsentrasjonsevne, sexliv), mindre lyst å snakke om følelser. Følelser respekteres som symptom, men fokus på å fikse årsak
- Gi praktisk hjelp til å håndtere depresjon. Søvn, kosthold, mosjon/aktivitet, ev. psykofarmaka. Føle opp med jevnlig avtale. Samtale, bringe håp om bedring og normaliser
- Ikke angrip alkoholbruken (ofte selvmedisinering) før du har et alternativ å tilby



Why We Sleep

UNLOCKING THE POWER OF
SLEEP AND DREAMS

Matthew Walker Ph.D.

Praktiske tiltak

- **NB: Viktigste suicidforebygging: diagnostikk og behandling av psykisk lidelse**
- Evt Sikkerhetsplan (f.eks ang toksiske medikamenter hjemme, tilgang til våpen, "Time i hånden" hos fastlege/ poliklinisk behandler, mobilisere nettverk)
- Kriseplan
 - 1) *Varselsignaler*
 - 2) *Tiltak*
 - Indre mestringsstrategier (avledningsteknikker)
 - Ytre mestringsstrategier (folk som kan hjelpe og avlede)
 - 3) *Profesjonelle hjelpere* pasienten kan kontakte

Depressiv episode

(mild, moderat eller alvorlig, som ledd i uni- eller bipolar lidelse)

- Senket stemningsleie
- Tap av evne til å føle interesse for noe eller glede seg
- Tretthet og redusert energi
- Tankevirkosomhet ↑ eller ↓
- Kognitive forstyrrelser
- Depressivt tankeinnhold (selvtillit, skam/skyld, håpløshet, tanker om døden/selv mordstanker)
- Angst
- Irritabilitet
- Somatiske symptomer
 - Søvn
 - GI symptomer; appetitt, fordøyelse, kvalme
 - Smerter
 - motorisk retardasjon eller agitasjon
 - markert tap av libido

Depressiv episode med psykose

Psykose kodes i ICD-10 og DSM-4 som alvorlighetsmarkør ved alvorlig depressiv episode

- Stemningskongruente psykotiske vrangforestillinger
 - Helse (alvorlig syk). Eks: Tarmene råtner, dødelig sykdom
 - Økonomi (ruinert) Eks: Vi går konkurs og havner på gaten
 - Moral (fortjener straff) Eks: Skulle heller vært i fengsel
 - Inkompetent (ikke noe verdt) Eks: Kommer til å miste jobben
 - Forhold til andre (forfølgelsesforestillinger)
- Hallusinose
 - Vanligvis hørsel-ofte linket til vrangforestillinger. Eks stemmer med nedsettende innhold, oppforde til suicid
- Psykomotiske forstyrrelse (agitasjon, retardasjon)
- Alvorlig angst
- Kognitive forstyrrelser



Psychiatry

Interpersonal and Biological Processes



ISSN: 0033-2747 (Print) 1943-281X (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/upsy20>

Psychotic Depression and Suicidal Behavior

Kristin J. Fredriksen, Helle K. Schoeyen, Jan O. Johannessen, Fredrik A. Walby, Larry Davidson & Margrethe A. Schaufel

To cite this article: Kristin J. Fredriksen, Helle K. Schoeyen, Jan O. Johannessen, Fredrik A. Walby, Larry Davidson & Margrethe A. Schaufel (2017) Psychotic Depression and Suicidal Behavior, *Psychiatry*, 80:1, 17-29, DOI: [10.1080/00332747.2016.1208002](https://doi.org/10.1080/00332747.2016.1208002)

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/00332747.2016.1208002>



Metode

Mål

Undersøke om og i tilfelle hvordan alvorlig deprimerte pasienter relaterer psykotiske symptomer til suicidalitet

Deltakere

- Alvorlig depressiv episode som ledd i uni- eller bipolar lidelse (SCID-1 for DSM-IV)
- Positive psykotiske symptomer (PANSS)
- Suicidalitet ikke et inklusjonskriterie
- Et strategisk utvalg av 9 pasienter 19-55 år
- Semistrukturerte intervju rett før utskrivelse

Analyse

- Systematisk tekstkondensering

Styrt



Styrt til impulsiv fatal handling

Plutselig overbevisning; stemmer, beskjeder, kall, besettelse

Mannen sa "gå og heng deg! Det er ingen her. Det går fort. Det er smertefritt"

"Jeg fikk et kall. Som lyn fra klar himmel."

Styrt mot egen vilje

"Jeg trodde at de som overvåket meg forventet at jeg skulle hoppe ut vinduet."

"Det følte som om kroppen ble tatt over. En stemme sa "du skal dø"

Jaget



Filmen "Black swan", Darren Aronofsky, 2010

Jaget mot døden av

Intens angst og fysisk smerte og forfølgelse kan føre til

- Rømme fra angst, smerte og forfølgere

“Jeg trodde jeg hadde skrevet under på min egen henrettelse”

“Jeg fikk et angstanfall jeg aldri før har kjent. Det eneste jeg tenkte på var å hoppe ut vinduet. Angsten var så ulevelig.”

- Foregripe død

“Jeg trodde jeg skulle dø snart likevel”

Fanget



Filmen "Melancholia", Lars von Trier, 2011

Fanget i en ny, uløselig virkelighet

- Skam og selvtap

“Jeg fikk følelsen av at jeg hadde gjort noe forferdelig galt. Til slutt trodde jeg at jeg hadde AIDS og hadde smittet mange uten å vite det. (...) Så begynte jeg å tenke på Breivik. At jeg var like gal. Eller at han skulle komme å ta meg. (...) Jeg var et monster. Jeg var stygg i språket og tenkte bare ondt.”

- Relasjonstap og eksistensielt mørke.

“Jeg er ond”

“Det var en forbannelse over meg. Folk døde og ble syke rundt meg”

- Livene deres var allerede tatt fra dem, mening tapt
- Spare omgivelsene for videre skade/byrde- altruisme

Fratatt mental kontroll



Filmen "Antichrist",
Lars von Trier, 2009

Fratatt mental kontroll

- Smertefullt mentalt kaos.

“Sykdommen vant over fornuften”

“Det eneste jeg kunne kontrollere var om jeg skulle leve eller dø.”

- Fratatt rasjonell konsekvenstenkning

“Jeg tenkte ikke på konsekvenser. Mine eneste tanker var å forsvinne og at folk ikke ville brydd seg uansett.”

«Jeg trodde jeg var Guds marionette og kunne fly»

- Fratatt evne til å identifisere og kommunisere psykotiske symptomer og suicidal prosess

“Jeg var redd for at venner skulle ta livet sitt. Jeg forsto smerten deres.(...) Men jeg tenkte ikke på å ta livet mitt selv. Selv om jeg var helt desintegret og alt hadde endret seg. (...) Kanskje det var en projeksjon? Det er rart hvordan du kan peke på andre mens det egentlig handler om deg selv.”

Konklusjoner

Selvmondsrisikovurdering kan ikke baseres på pasienters uttalelser grunnet

- impulsivitet

- underrapportering av både psykosesymptomer og selvmordstanker- og planer.

-> Eksplorere innhold i pasientenes depressive vrangforestillinger, for å undersøke om selvmordsatferd kan være resultat av skam, skyld og altruistiske motiv.

Take-home messages

- Suicidrisikovurdering kan ikke baseres for mye på pasienters uttalelser, men på klinikk
- Depresjon- og psykosebehandling viktig suicidforebygging
 - 1.linje viktig. Utrede for depresjon, gi tilstandsrettet behandling
- Intense affektive tilstander; høyt lidelsestrykk- skyld, selvanklager, skam, søvnløshet, angst, agitasjon
 - 1.linje viktig. Medisinering!
- Innleggelse hvis psykotisk depresjon/alvorlige affektive tilstander, samt ved behov for låste dører (obs også andre indikasjoner)

Kontaktinfo

Kristin Jørstad Fredriksen

jokr@sus.no