

Selv mord ved schizofreni: risikofaktorer og tiltak

Wenche Sortland og Jens Egeland

Selv mord ved schizofreni: risikofaktorer og tiltak

Det er økt risiko for suicid ved schizofreni. Derfor er det viktig å kjenne til risikofaktorene og hvordan selvmord kan forebygges.

I overkant av 500 personer i året tar sitt eget liv i Norge. Antallet suicid økte fra slutten av 1960-årene til ca. 650 årlig i siste halvdel av 1980-tallet (Gjertsen, 2003) og har siden sunket med 25 %. Selv om dette delvis skyldes redusert nøyaktighet i registreringen av antall selvmord, da antall dødsfall registrert som «ukjent eller dårlig definert dødsårsak» i samme tidsrom økte (Folkehelseinstituttet, 2005), er det lite sannsynlig at hele denne nedgangen skyldes endrede registreringsrutiner alene. Svingningene illustrerer at suicidraten ikke er noen naturlov. Det er mulig å gjøre noe med det! I et større historisk perspektiv er antall suicid likevel uvanlig høyt. Flere personer suiciderer enn antallet som omkommer i trafikken.

Som en av seks anbefalinger i kampen mot selvmord anbefaler WHO styrking av det psykiske helsevernet. Sett utenfra er imidlertid institusjoner i psykisk helsevern et farlig sted å oppholde seg hvis man er selvmordstruet: Åtte prosent av alle pasienter innlagt i psykisk helsevern forsøkte suicid i forbindelse med institusjonsoppholdet i 2003 (Hagen & Ruud, 2004). Det skyldes naturligvis at suicidfare er en hyppig årsak til innleggelse. Sammenlignet med fire år tidligere var dette en knapp økning fra 7 %. I absolutt forstand er det likevel ingen økning av antall suicid eller suicidforsøk, fordi antallet institusjonsopphold har gått ned i perioden. Flere virksomheter i psykisk helsevern har imidlertid fått påtale fra tilsynsmyndighetene for et mangelfullt tilbud. Helsetilsynet i Vest-Agder har påpekt svikt i rutiner og praksis i forbindelse med selvmord i psykisk helsevern (Fosse, 2005). Virksomheter som ikke har fått noen påtale ennå, har neppe noen grunn til å hovre, for det kan være dem neste gang.

Depressive symptomer øker risikoen for suicid i normalpopulasjonen. Når det gjelder pasienter med schizofreni og schizoaffektiv lidelse, er imidlertid bare halvparten deprimert på det tidspunktet da de forsøker suicid (Harkavy-Friedman, Nelson, Venarde & Mann, 2004). Dette kan skyldes underdiagnostisering av depresjon i denne gruppen (Saarinen, Lehonene & Lønnquist, 1999). Mange pasienter med schizofreni i psykotisk fase suiciderer uten forvarsel (Barker & Rolfe, 2003; Barner-Rasmussen, 1986; Kelly, Shim, Feldman, Yu & Conley, 2004). Svekkede kommunikative evner vanskeliggjør suicidvurderinger. Barker og Rolfe (2003) understreker at pasienter med schizofreni kan være i faresonen for selvmord også når de er i tilsynelatende bedring. Samlet tyder

dette på at spesifikk kunnskap om risikofaktorer for selvmord i denne pasientgruppen vil være nødvendig for å forebygge suicid.

Innledningsvis i denne artikkelen vil vi belyse selvmordets epidemiologi blant pasienter med schizofreni. Basert på slik kunnskap drøfter vi spørsmålet om det er spesielle risikofaktorer for suicid, og hva som er sammenhengen mellom depresjon og schizofreni. Dette vil vi igjen anvende til drøfting av hvordan selvmord blant pasienter med schizofreni kan forebygges

De fleste artikler som refereres her, er hentet fra litteratursøk på PsychINFO, Psychiatryonline.org, Tidsskrift for Den norske lægeforening, Suicidologi og British Journal of Psychiatry på søkeordene «schizophrenia» og «suicid», publisert fra 1999 til 2006, samt en del tidligere artikler sitert i artikler fra litteratursøket, eller som var relevante for å knytte internasjonal forskning til norske forhold.

Selvordets epidemiologi ved schizofreni

Selvordsprevalens

Selvord regnes som den viktigste årsaken til for tidlig død blant pasienter med schizofreni. I Norge har vi ikke eksakte tall på hvor mange personer med schizofreni som suiciderer, fordi diagnose for suiciderte pasienter ikke registreres systematisk. Tradisjonelt har man anslått livstidsrisikoen for suicid blant mennesker med schizofreni til å være ca. 10 % (Caldwell & Gottesman, 1990). Inskip, Harris og Barraclough (1998) mener imidlertid at dette estimatet er for høyt og basert på feilaktige metoder. De anslår livstidsprevalensen til 4 %, som er i tråd med Palmer, Pankratz og Bostwicks (2005) anslag på 4, 9 %. De nye statistiske modellene for å beregne livstidsrisiko i disse to studiene tilsier altså at tidligere prevalensrate har vært overvurdert. Den er likevel fortsatt betydelig høyere enn for normalpopulasjonen.

Tar man hensyn til at suicidfaren er størst i ung alder (ettersom sykdommen ofte debuterer tidlig og suicidfaren er størst i de første årene etter sykdomsdebut), tar schizofreni et betydelig antall leveår fra de som suiciderer. En studie viser at 44 % av de som suiciderer, gjør det i løpet av første tiår etter sykdomsdebut. Deretter avtar prosentandelen betydelig, henholdsvis 22 % for andre og tredje tiår etter sykdomsdebut (Tsuang & Woolson, 1977). Nordentoft et al. (2004) fant en nedgang i antall suicid blant pasienter med schizofreni i Danmark på 80- og 90-tallet, parallelt med generell nedgang i suicidraten for populasjonen som helhet.

Selv mord vs. selvmordsforsøk

Tross økt fare for selvmord ved schizofreni forekommer det likevel så vidt sjelden at det er vanskelig å få signifikante funn i forskning på fenomenet. Selvmordsforsøk, derimot, forekommer langt hyppigere, og er derfor mer tilgjengelig for forskning. Livstidsprevalens for selvmordsforsøk blant pasienter med schizofreni varierer fra 30 til 40 % (Addington & Haddington, 1992; Allebeck, 1989; Gupta, Black, Arndt, Hubbard & Andreasen, 1998; Harkavey-Friedman et al., 2004). *Tidligere selvmordsforsøk* er en viktig *prediktor for selvmord* (Harkavey-Friedman et al., 2004; Hawton, Sutton, Haw, Sinclair & Deeks, 2005; Johannesen, 2002; Walby, Ødegaard & Mehlum, 2006; Yim et al., 2004). I denne artikkelen har vi også tatt med studier som omhandler selvmordsforsøk. Begrepet selvmordsfare brukes både i forbindelse med selvmord og selvmordsforsøk. Leseren bes likevel være bevisst på at det er en forskjell på pasienter som begår selvmord, og pasienter som begår selvmordsforsøk, med hensyn til ambivalens, intensjon og forventning om å dø. Drake, Gates og Cotton (1986) fant en forskjell mellom pasienter med schizofreni som suiciderte og som gjorde forsøk, hvor den førstnevnte gruppen i større grad bodde alene, hadde flere depressive symptomer samt håpløshets- og mindreverdfølelse.

Selv mordsmetode

Den vanligste selvmordsmetoden i Norge er henging/kveling (Statistisk sentralbyrå, 2003). Vi vet lite om selvmordsmetoder blant pasienter med schizofreni i Norge. Internasjonalt er forgiftning i form av overdosering av medisiner den vanligste selvmordsmetoden blant pasienter med schizofreni (Heila et al., 1997). Valg av metode avhenger mer av demografiske faktorer enn av diagnose, men *tilgjengelighet* (medikamenter, våpen, etc.) spiller også inn. Nyere antipsykotika, for eksempel Olansapin, gir mindre dødsrisiko ved overdosering enn de eldre medikamentene (Bosch, Baumbach, Bitzer & Erley, 2000). Etter hvert kan vi derfor forvente lavere forekomst av selvmord som følge av medikamentforgiftning.

Når og hvor skjer suicid?

Ved psykiske lidelser generelt er suicidfaren størst *i den første tiden etter sykdomsdebut* og ved *akutt forverring* (Sher, 2004). Dette gjelder også pasienter med schizofreni (Kimhy, Harkavy-Friedman & Nelson, 2004; Nordentoft et al., 2004; Yim et al., 2004), men hele første år etter utskrivning er forbundet med økt selvmordsfare. Flere suiciderer i starten av sykdomsforløpet enn senere (Harkavy-Friedman & Nelson 1997; Meltzer, 2005; Nordentoft et al., 2004). Mange gjør sitt første suicidforsøk allerede før de er kommet i kontakt med psykisk helsevern (Melle et al., 2006). *Tidlig sykdomsdebut*

er forbundet med økt suicidfare (Gupta et al., 1998; Nordentoft et al., 2004). Videre er tiden etter sykdomsdebut knyttet til høy suicidfare (Melle et al., 2006).

Pasienter med schizofreni har høy sannsynlighet for å suicidere mens de er innlagt på sykehus (Barker & Rolfe, 2003; Barner-Rasmussen, 1986; Rossau & Mortensen, 1997); pasienter med affektiv lidelse har likevel størst sannsynlighet for å suicidere under og etter sykehusbehandling (Walby, Ødegaard & Mehlum, 2006). Man bør være ekstra bevisst på selvmordsfare for inneliggende pasienter med en kombinasjon av schizofreni og affektiv lidelse.

Man må ta hensyn til hvor i sykdomsforløpet pasienten befinner seg, når man foretar suicidalvurderinger, i tillegg til symptombilde og sosiale forhold. At selvmordsfaren er spesielt høy under sykehusinnleggingen (i akutfase), kan være forbundet med ønske om å *unnslippe* stort ubehag, samt fortvilelse og håpløshetsfølelse som følge av tilbakefall. At selvmordsfaren er spesielt høy like etter utskrivning, kan skyldes at *innsikt* i alvorlighetsgraden av den psykiske lidelsen inngir en følelse av håpløshet og en erkjennelse av tap av funksjoner, livskvalitet, venner og fremtidsmuligheter. Selv om faren er stor gjennom hele sykdomsforløpet, er de første årene de mest risikofylte. Det er viktig for helsepersonell å være bevisst på at for pasienter med schizofreni kan selvmordsfaren være forhøyet også i perioder med sykdomsforbedring (Barker & Rolfe, 2004).

Gjelder de samme risikofaktorene som for andre pasientgrupper?

Pasienter med schizofreni har en rekke risikofaktorer til felles med befolkningen for øvrig: tidligere selvmordsforsøk (også i øvrig familie), nylig opplevelse av avvising, relasjonsbrudd og tapsopplevelse, kjønn (menn), tendens til impulsive og aggressive handlinger, depresjon, arbeidsledighet, bruk av illegale rusmidler, sosial isolasjon og lite sosial støtte, ustabile og stressende familieforhold, håpløshetsfølelse, lav selvfølelse og affektiv lidelse (Caldwell & Gottesman, 1990; Hawton et al., 2005), suicidale tanker og intensjoner (Hawton et al., 2005; Kontaxakis et al., 2004), nikotinhengighet (Malene, Waternaux, Haas, Li & Mann, 2003; Jarbin & Knorrning, 2004), aggresjon, impulsivitet og lavt serotoninnivå (Malone, Waternaux, Haas, Li & Mann, 2003). Noen av disse risikofaktorene er forbundet med tap som ikke trenger å være sammenfallende med psykotisk gjennombrudd. Dette innebærer at selvmord kan skje i faser preget av innsikt. Flere av de ovenfor nevnte risikofaktorer, som impulsivitet og lav selvtilitt, finnes i stor utstrekning hos pasienter med schizofreni. Disse pasientene er ofte deprimert (Harkavy-Friedman et al., 2004) og sosialt isolert.

Suicidale tanker forekommer ofte hos inneliggende pasienter med schizofreni, gjerne forbundet med depresjon, motorisk retardasjon, skyldfølelse og selvdevaluering (Kontaxakis et al., 2004).

Konkrete selvmordsplaner er en av de viktigste risikofaktorene i normalbefolkningen som helhet. Pasienter med schizofreni kommuniserer imidlertid sine suicidale intensjoner i mindre grad enn andre pasienter (Breier, Boris & Astrachan, 1984). Det er derfor nødvendig for klinikere å ha et blikk for de øvrige risikofaktorene for å kunne vurdere spørsmålet om økt selvmordsfare i det enkelte tilfellet.

Spesifikke risikofaktorer hos pasienter med schizofreni

Stabile risikofaktorer

Med stabile risikofaktorer menes faktorer som vedvarer, eksempelvis *sosiodemografiske faktorer*. Harkavy-Friedman et al. (2004) fant at selvmordsforsøkere med schizofreni ikke skilte seg i vesentlig grad fra ikke-forsøkere med hensyn til demografiske karakteristika. Andre studier har imidlertid dokumentert demografiske sammenhenger: Unge, hvite menn med schizofreni og høyt premorbid funksjonsnivå har høyere risiko enn andre pasienter med schizofreni (Caldwell & Gottesman, 1990; Marcinko et al., 2003; Hawton et al., 2005). Kvinner med schizofreni (til forskjell fra kvinner i normalpopulasjonen) opptrer mer som menn mht. selvmordsatferd (Caldwell & Gottesman, 1990). Mens menn har høyere risiko enn kvinner i normalpopulasjonen, fant Saarinen et al. (1999) lik fordeling mellom kvinner og menn med schizofreni.

Premorbid fungeringsnivå er en sosiodemografisk faktor det er rettet stor oppmerksomhet mot i forbindelse med suicid og schizofreni. Selv om ikke alle studier finner signifikante forskjeller i premorbid fungeringsnivå (Gupta et al., 1998), tyder et flertall på at høyt premorbid funksjonsnivå er forbundet med økt selvmordsfare (Caldwell & Gottesman, 1990; Marchinko et al., 2003; Hawton et al., 2005).

Antall sykehusinnleggelser i pasientens sykehistorie korrelerer med suicid hos pasienter med schizofreni (Harkavy-Friedman et al., 2004; Jarbin & Knorrning, 2004). Dette har neppe noe med selve sykehuset å gjøre, men sier noe om at jo mer funksjonshemmende lidelsen er, desto mer selvmordstruet er pasienten.

Kognitiv svikt forekommer ofte hos pasienter med schizofreni og er en relativt stabil egenskap når denne først har inntrådt, selv om forverring forekommer i akutte faser. Kognitiv svikt påvirker

funksjonsnivå, arbeidsevne, sosiale og akademiske ferdigheter (Schooler, Buckley, Harvey, Weiden & Ginsberg, 2005). Bevissthet om at lidelsen virker inn på mental fungering, er forbundet med økt selvmordsfare (Hawton et al., 2005). Goldstein, Haas, Pakrashi, Novero og Luther (2006) fant imidlertid ingen sammenheng mellom kognitiv svikt og suicidal atferd. Meltzer (2003) framhever imidlertid bedring av kognitiv fungering som et viktig selvmordsforebyggende tiltak for denne gruppen, og framhever atypiske antipsykotika som gunstig i denne sammenhengen.

Tilstandsspesifikke risikofaktorer

Med tilstandsspesifikke risikofaktorer menes her forhold som endrer seg over tid. Dette kan være symptomtrykk, livshendelser eller tiltak satt inn av hjelpeapparatet.

Positive symptomer er forbundet med økt suicidfare i de fleste studier (Fenton, McGlashan, Victor & Blyler, 1997; Kelly et al., 2004; Saarinen et al., 1999), selv om det også her har vært negative funn (Gupta et al., 1998). Ser vi mer detaljert på *art* av positive symptomer, fant Caldwell og Gottesman (1990) at pasienter med schizofreni sjelden begår selvmord som følge av befaling fra stemmer. Dette er vanskelig å dokumentere ved gjennomført selvmord, men Harkavy-Friedman et al. (1999) fant en lav forekomst også av selvmordsforsøk som følge av kommanderende stemmer. Noe overraskende fant Hawton et al. (2005) at hallusinasjoner var forbundet med *reduisert* selvmordsfare, men nærmere analyse av de få enkeltstudiene som inngikk i denne metastudien, viste varierende kvalitet på dataene og stor spredning studiene imellom. Paranoide vrangforestillinger og paranoid atferd er i noen studier forbundet med suicidfare (Axelsson & Lagerkvist-Briggs, 1992; Marcinko et al. 2003; Saarinen, 1999). Generelt har pasienter med *paranoid schizofreni* økt selvmordsfare i forhold til andre former for schizofreni (Fenton et al., 1997; Saarinen, 1999). Kelly et al. (2004) fant at de som suiciderte, hadde høyere forekomst av positive symptomer i form av *tankepåvirkningsideer, tankeflukt og løse assosiasjoner*. Igjen fant Hawton et al. (1995), et kontrært funn, nemlig at vrangforestillinger var forbundet med lavere selvmordsfare i de best kontrollerte studiene.

Negative symptomer er i flere studier knyttet til redusert selvmordsfare (Fenton et al., 1997; Heila & Lønnqvist 2003; Jarbin & Knorrning, 2004). De negative symptomene som var sterkest korrelert med redusert suicidal atferd, var sosial og emosjonell tilbaketrekning, dårlig kontakt og allianse og avflatet affekt (Fenton et al., 1997). Hawton et al. (2005) inkluderer tre studier som omhandlet sammenhenger mellom negative symptomer og suicid. To av dem viste en beskjeden negativ korrelasjon, mens den tredje derimot viste en økt risiko for suicid ved høye negative symptomer. Ved anvendelse av metastudiemetoder var det samlet sett ingen statistisk signifikant

sammenheng mellom negative symptomer og suicid. Det foreligger begrenset forskning på dette feltet, og metastudien til Hawton innbefatter derfor få studier. Ingen av de studiene vi ovenfor refererer til som støtte for antagelsen av en sammenheng, var med i metastudien. Etter vår vurdering er det samlet sett holdepunkter for å konkludere med at negative symptomer har en viss beskyttende effekt på suicidfare.

Generelt er *kommunikasjonssvikt* et vanlig symptom ved schizofreni, særlig i akutfasen. Vi har tidligere hevdet at det vanskeliggjør suicidalvurderinger. Empirien er imidlertid ikke omfattende på dette punktet. Barner-Rasmussen (1986) fant at mannlige psykotiske pasienter i mindre grad enn ikke-psykotiske pasienter formidler suicidale intensjoner før suicidforsøk. Heila et al. (1998), derimot, hevder at hvis man lytter og forstår budskapet, formidler pasienter med schizofreni suicidale intensjoner faktisk like ofte som andre pasientgrupper.

Rusmisbruk er en risikofaktor for selvmord i normalbefolkningen (Althaus & Hegerl, 2003; Sher, 2006), men om det er en tilsvarende sammenheng blant pasienter med schizofreni er uklart. Goldstein et al. (2006) fant en økning av risiko for suicid, mens Heila og Lønnquist (2003) fant at rusmisbruk var sjeldnere blant pasienter med schizofreni som suiciderte, altså at rusmisbruk har en beskyttende effekt mot selvmord. Det er likevel klart at mange selvmord og selvmordsforsøk utføres i ruset tilstand (Bentsen, 1999; Sher, 2006). Hawtons et al.s (2005) metastudie tyder på at det ikke er likegyldig hvilken *type* rus pasienten bruker. Studiene som ikke differensierte mellom type rusmiddel, fant ikke sammenheng mellom rus og selvmord. Studier som differensierte mellom type rus, fant at alkohol i mindre grad var knyttet til selvmord enn illegale rusmidler.

Angst er forbundet med økt forekomst av selvmordsforsøk blant pasienter med psykose (Jarbin & Knorrning, 2004). Pasienter med psykose har ofte høyt angstnivå i akutfasen. Hawton et al. (2005) fant imidlertid ikke at angst var en viktig prediktor for selvmord. Derimot fant de at *frykt for mental oppløsning, agitasjon og motorisk uro* var knyttet til suicid. Nær forbundet med angst er også pasientens opplevelse av stress i sin hverdag, som er av større betydning enn store livshendelser som dødsfall i familien (Beck & Worthen, 1972).

Medikasjonsbruk (da særlig annengenerasjons-antipsykotika) er forbundet med lavere suicidalfare. Størst reduksjon av selvmordsatferd er rapportert for Klozapin (Duggan, Warner, Knapp & Kerwin, 2003; Meltzer & Okayli, 1995; Spivak, Shabash, Sheitman, Weizman & Mester, 2003). Det er kontrollert for den ukentlige kliniske kontakten, grunnet behov for blodprøve ved administrering av Klozapin, og likevel demonstrert en nedgang i antall suicidforsøk på 25 %

sammenlignet med gruppen som fikk Olansapin (Meltzer, 2005). Spivak et al. (2003) fant at reduksjon av suicidalitet ved bruk av Klozapin skyldes reduksjon i *impulsivitet* og aggresjon. *Manglende sykdomsinnsikt, frykt for bivirkninger og svak allianse* kan bidra til manglende samarbeid om medisiner (etterlevelse). *Manglende etterlevelse* er viktigste årsak til tilbakefall hos pasienter med schizofreni (Weiden, Kozma, Grogg & Locklear, 2004). *Akatesi* er en bivirkning av 1. generasjons preparater som tidligere ble antatt å være forbundet med suicid (Drake, Bartels & Torrey, 1989). Man antok depresjon og dysfori som en mellomliggende variabel (Hansen, Jones & Kingdon, 2004). Hansen et al. (2004) fant imidlertid ingen sammenheng mellom akatesi og suicidalitet, ei heller mellom parkinsonisme og suicidalitet.

Håpløshet og innsikt er knyttet til selvmordsfare. Hawton et al. (2005) fant ikke sammenheng mellom innsikt og suicid. Bourgeois et al. (2004) fant at selvmord var positivt korrelert med sykdomsinnsikt hos pasienter med schizofreni. Denne effekten var imidlertid forbundet med depresjon og håpløshet. Innsikten virket angivelig indirekte på suicidalitet ved at innsikt i sykdommens funksjonshemmende effekt utløste depresjon og håpløshet. Behandlingsrelatert innsikt reduserer suicidfare (Bourgeois et al., 2004). *Håpløshet* er identifisert som en robust prediktor i mange ulike studier (Caldwell & Gottesman 1990; Hawton et al., 2005), og et bindeledd mellom sykdomsinnsikt og suicid (Bourgeois et al., 2004).

Akkumulasjon og interaksjon

Jo flere risikofaktorer som er til stede samtidig, desto større er selvmordsfaren (Bentsen, 1999; Marchinko et al., 2003). Enkelte risikofaktorer er imidlertid ofte knyttet til hverandre. Eksempelvis forekommer depresjon ofte sammen med økt innsikt og høyt premorbid fungeringsnivå. Like viktig som antall risikofaktorer er det å se på hvordan ulike risikofaktorer samspiller. Sher (2004) hevder at en *synergieffekt* kan forekomme, slik at risikofaktorer kan forsterke hverandre når de opptrer samtidig. I tillegg vil risiko for selvmord modifieres av *beskyttende faktorer* som sosial støtte, opplevelse av seg selv som verdifull, religiøs tro, barn i hjemmet, impulskontroll, fravær av rus og lite aggresjon. Man må se på den totale livssituasjonen, samt nåværende og tidligere symptombilde.

Sammenfatning

Litteraturgjennomgangen ovenfor har vist at en rekke forhold som er helt vanlige ved schizofreni er statistisk forbundet med økt risiko for suicidforsøk og gjennomført suicid (se tabell 1). Hvordan omforme rekken av enkeltstående studier til konkrete retningslinjer for klinikerer som jo er klar

over at de fleste pasienter med schizofreni *ikke* begår suicid, til tross for at de i perioder både har depresjon, positive symptomer og mangler håp for fremtiden?

Tabell 1. Risikofaktorer for selvmord for pasienter med schizofreni

Depresjon, pågående og tidligere
 Håpløshetsfølelse
 Tidligere selvmordsforsøk
 Suicidale intensjoner
 Høyt premorbid fungeringsnivå
 Nylig utskrivelse fra sykehus
 Illegale rusmidler
 Aggitasjon/motorisk uro
 Frykt for mental oppløsning
 Dårlig etterlevelse («compliance»)

Ut fra en grunnholdning om at menneskelig handling er multideterminert, vil vi foreslå en samlet vurdering som gjerne kan struktureres ut fra en distinksjon mellom trekk og tilstand («state» og «trait»). Litteraturgjennomgangen viser at følgende bakgrunnsvariabler disponerer for suicidal atferd: tidlig sykdomsdebut, høyt premorbid funksjonsnivå, en historie med tidligere suicidforsøk og et kronisk forløp med et høyt antall tidligere sykehusinnleggelser. Vi leser ut av denne listen at det er de dårligst stilte som i utgangspunktet er disponert for suicid. Men hva utløser suicidforsøket på et bestemt tidspunkt? Når det gjelder de psykotiske symptomene, synes det som positive symptomer, særlig *mistenksomhet og vrangforestillinger*, øker risikoen. Litteraturgjennomgangen gir grunnlag for en generalisering om at enkelte psykotiske pasienter *velger* selvmordet som en måte å unnsnippe lidelse på. Det synes ikke å være belegg for at pasienter nærmest mot sin vilje begår suicid på kommando fra stemmer. Vi har sett at det er størst risiko for suicid i akutfasen og like etter utskrivning fra sykehus. Den forhøyede risikoen i akutfasen tolker vi som at faren er størst når lidelsestrykket er tyngst. Situasjonsbestemte forhold som i mindre grad har med lidelse her og nå å gjøre, men som skyldes bekymring for fremtiden, øker også risikoen. Litteraturgjennomgangen har dokumentert at håpløshet som subjektiv følelse og dårlig prognose øker risikoen. *Innsikt*, som etterstrebes i psykoterapi, defineres som en kognitiv erkjennelse av faktiske forhold. Den ledsagende emosjonelle tonen synes bestemmende for om selvmordsrisikoen øker eller reduseres. Hvilke

attribusjoner klienten gjør, synes å være viktige i den betydningen at selvdevaluering og skyldfølelse øker risikoen.

Hva beskytter mot selvmord? Ved siden av det å ha få risikofaktorer synes det som negative symptomer er knyttet til redusert selvmordsrisiko og trolig har en beskyttende effekt. Dette kan ha sammenheng med at negative symptomer er forbundet med en følelsesmessig avflatning, mens depresjon er forbundet med høyt symptomtrykk i form av tungt stemningsleie, sterk mindreverdighetsfølelse og selvbebreidelse. De negative symptomene kan i så måte fortone seg mer plagsomme for omgivelsene enn for pasienten selv, som gjerne ikke har noe sterkt ønske om nære relasjoner og derfor ikke opplever isolasjonen like smertefull som en deprimerert pasient. Høyt alkoholforbruk synes også å ha en beskyttende effekt, men dette vil vi tro skyldes en tredjevariabel-sammenheng. Det kan være et sosialt nettverk rundt drikkingen eller en særegen personlighetsstruktur. Under rus-intoksikasjonen er risikoen uansett forhøyet, slik at alkohol neppe vil anbefales som et hjelpetiltak. Generelt gjelder det at komorbid rusmisbruk blant pasienter med schizofreni reduserer sannsynligheten for adekvat ettervern (Suominen, Isometsa & Lønnquist, 2002), slik at det er mer korrekt å se på fravær av rusmisbruk som en beskyttende faktor. Ved Hawton et al.s (2005) gjennomgang av en rekke studier ble det funnet en svak beskyttende effekt av å bo med familie, ha barn og være gift/samboer.

Kunnskap om risikofaktorer i seg selv er ikke tilstrekkelig for å vurdere selvmordsfare. I tillegg til ovenstående generelle vurderinger om hva som disponerer for suicidforsøk i en konkret situasjon, vil vi understreke nødvendigheten av at klinikerer gjør vurderinger på et individuelt og ikke et generelt grunnlag. Under hvilke omstendigheter og på hvilken måte har pasienten tidligere gjort suicidforsøk? Utenom spørsmål om sykdomsresidiv og prognose, er det hendelser i klientens liv for øvrig som kan disponere? Eksempler kan være tapsopplevelser som ikke er knyttet til sykdommen direkte, som endringer i familie og nettverk. Pasienter med schizofreni ser ut til å kommunisere suicidale intensjoner mer uklart enn andre gjør forut for et gjennomført suicid. Dette legger et særlig ansvar på klinikerer for å lese situasjonen og tilstanden, og ikke minst ta initiativ overfor pasienten til samtale for å avdekke ønsker om å ta sitt eget liv. Individuell kunnskap om pasienten er essensielt for å fange opp selvmordssignaler når disse ikke kommuniseres eksplisitt fra pasientens side. Samarbeid med nære pårørende, når pasienten tillater dette, kan være en fordel, da pårørende kan fange opp varselsignaler som hjelpeapparatet ikke nødvendigvis får tilgang til.

Sammenhengen mellom depresjon og schizofreni

Komorbid depresjon ved schizofreni er forbundet med dårligere prognose (Siris, 2000) og tilbakefall av psykose (Hagen, Grove, Grotmol & Holen, 2006). Det eksisterer ulike teorier om forbindelsen mellom depresjon og schizofreni. Hagen et al. (2006) skisserer fire sentrale forklaringer: depresjon som del av psykoselidelsen, som forårsaket av nevroleptikabehandling, som resultat av diagnostiske utfordringer eller som naturlig reaksjon på livshendelser. De konkluderer med at det er hensiktsmessig å skille mellom to typer depresjon: som del av selve grunnlidelsen (noe bl.a. den store forekomsten av depresjon i prodromalfasen taler for) og depresjon som reaksjon på tap, stress og skuffelse knyttet til det å være rammet av schizofreni.

Drake og Cotton (1986) fant at pasienter med schizofreni som gjennomførte suicid, hadde flere depressive symptomer enn de som ikke suiciderte. Gupta et al. (1998) fant imidlertid en overhyppighet av depressive symptomer uansett om pasientene med schizofrenispektrum-diagnose hadde gjennomført suicidforsøk eller ikke. I en undersøkelse av hvilke grunner pasienter med schizofreni selv oppga for selvmordsforsøk, var depresjon den hyppigst oppgitte årsaken (Harkavy-Friedman et al., 1999). Studien viste imidlertid ikke hvor mange som faktisk oppfylte kriteriene for depressiv episode på det tidspunktet da suicidforsøket ble utført. Harkavy-Friedman et al. (2004) hevder at livstidsrisikoen for *alvorlig depressiv episode* for pasienter med schizofreni er 50 %. Variasjonen mellom ulike studier er betydelig, noe som kan forklares med ulik operasjonalisering av depresjon. Siris (2000) understreker at man bør skille mellom depresjon som *affekt*, *symptom* eller *syndrom*, og at manglende differensiering mellom disse fenomenene er årsak til forvirring omkring forekomst og betydning av depresjon blant pasienter med schizofreni. Ulike studier finner også ulik sammenheng mellom antall depressive episoder og suicidfare blant pasienter med schizofreni, noe som kan forklares med at håpløshet i større grad enn depresjon er assosiert med økt suicidfare (Harkavy-Friedman, 2004).

Ikke bare pågående, men også *tidligere depresjon* er forbundet med selvmord hos pasienter med schizofreni (Hawton et al., 2005). Det samme gjelder *lav selvtillit*, som igjen ofte er knyttet til depresjon. Depresjonsdybde er positivt korrelert med selvmordsfare, men halvparten av de som opplever alvorlig depresjon, begår ikke selvmordsforsøk, selv etter lang sykehistorie (Harkavy-Friedman et al., 2004). Dette mener Harkavy-Friedman et al. (2004) viser at depresjon fungerer som en utløser av suicidal atferd hos allerede sårbare personer (som for eksempel har tidligere

suicidforsøk), men at sammenhengen ikke er sterkere enn at man også må vurdere andre risikofaktorer med hensyn til suicidalitet hos schizofrenirammede personer. Jarbin og Knorring (2004) fant at særlig kombinasjonen av sterke depressive symptomer og lite negative symptomer ved første psykoseutbrudd økte selvmordsfaren. Hagen et al. (2006) foreslår rutinemessig bruk av Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS: Addington, Addington & Schissel, 1990) i oppfølging av pasienter med schizofreni for å kartlegge selvmordsfare. CDSS kan hjelpe klinikerer å skille mellom depressive og negative symptomer.

Standardiserte verktøy

Følgende kartleggingsverktøy som brukes i Norge i dag, kan være til hjelp i suicidalvurderinger: Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), Montgomery Åsbergs Depression Rating Scale (MADRS: Montgomery & Åsberg, 1979), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS: Hamilton, 1960), InterSePT scale of suicidal thinking (ISST: Lindenmayer, et al., 2003), og Beck Hopelessness Scale (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974).

Bare CDSS og ISST er spesielt utviklet for pasienter med schizofreni. Norsk oversettelse av CDSS kan lastes ned fritt fra <http://www.ucalgary.ca/cdss>. Skåring av CDSS beskrives i Addington, Addington og Maticka-Tyndale (1993). ISST er et 12-punkts instrument som skåres av behandleren, har god reliabilitet og validitet og er i likhet med CDSS godt egnet for klinisk praksis.

The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS: Kay, Flisxbein & Opher, 1987) er et strukturert intervju for å måle symptomer hos pasienter med schizofreni. Dette kan til en viss grad fange opp suicidalitet, da det spørres både om tidligere forsøk, suicidale ønsker og framtidsplaner. Fokus for intervjuet er ikke suicidalitet, men gradering av positive og negative symptomer, samt generell patologi. Som vi har sett, er imidlertid slik informasjon relevant for en vurdering av suicidfare.

Det foreligger i dag ikke noen konsensus om hvilke instrumenter som bør brukes. Selv om de nevnte instrumentene er gode hjelpemidler for klinikere, har de begrenset prediksjonsverdi. De kartlegger i liten grad tidligere suicidforsøk, men fokuserer på symptomtrykk og tankeinnhold. Ingen instrumenter kan erstatte en grundig klinisk vurdering.

Retningslinjer for suicidalvurdering

Siden baseraten for suicid heldigvis er lav, er faren for falske positive og falske negative suicidalvurderinger stor. Telling eller summering av risikofaktorer determinerer på ingen måte hvorvidt klienten vil foreta suicid (Powell, Geddes, Deeks, Goldacre & Hawton, 2000). Individuell klinisk vurdering er nødvendig. En suicidalvurdering bør bestå av en grundig klinisk psykologisk og psykiatrisk evaluering, spesifikk utspørring om suicidale tanker, planer og handlinger, samt vurdering av total livssituasjon hvor aspektene som berøres i de fem aksene i DSM-IV systemet, analyseres (Jacobs et al., 2003).

I tillegg til diagnostisering bør den *klinisk psykologiske evalueringen* omfatte vurdering av aggresjon, impulsivitet, håp-løshet og agitasjon. I tillegg bør man få tak i pasientens historie mht. tidligere suicidal atferd, inkludert avbrutte forsøk (eksempelvis holde våpen mot hodet, men ikke trekke av). Det er også viktig å få tak i omstendighetene rundt tidligere forsøk, eksempelvis om pasienten var ruspåvirket, eller om forsøket var utløst av tapsopplevelse. Evalueringen bør også omfatte behandlingshistorie og allianse til tidligere og nåværende behandler(e), samt familiehistorie med fokus på suicid i familien, dysfunksjonelle relasjoner og psykiske lidelser. I tillegg kommer en vurdering av nåværende stressfaktorer, som økonomiske og juridiske vansker, relasjonelle konflikter og andre forhold som bidrar til opplevd krise. Klinikeren må gjennom vurderingen få tak i idiosynkratiske sårbarheter og beskyttelses-faktorer hos pasienten, det kan være mestringsstrategier, personlighetstrekk, tanke-mønstre eller spesifikke psykologiske behov.

Spesifikk undersøkelse av suicidale tanker og planer kan inkludere spørsmål om generell tilfredshet med livet, opplevelse av om livet er verdt å leve, samt konkrete forberedelser til døden, som anskaffelse av våpen eller skriving av testamente. Dersom en plan foreligger, må klinikeren vurdere hvor alvorlig (letal) denne er, samt pasientens oppriktighet i ønske og intensjon om å dø.

Den amerikanske psykologforeningen (APA) anbefaler bruk av *alle fem akser i DSM-IV-systemet*. Basert på en slik totalvurdering av pasientens situasjon bør man prøve å estimere suicidrisiko for deretter å utvikle en behandlingsplan som tar sikte på å sikre pasienten mot selvmord gjennom å modifisere de risikofaktorene som er modifiserbare.

Selvmondsforebyggende tiltak for pasienter med schizofreni

Flere av tiltakene som er aktuelle for å forebygge suicid, kan beskrives som «positive tiltak», fordi de må antas å tilføre pasienten noe berikende (symptomreduksjon, allianse, optimal medisinerings), i motsetning til «negative tiltak», som innebærer innskrenking i pasientens frihet og eventuell krenkelse av pasientens integritet (tvangsinnleggelse, tvangsmedisinering, nektelse av permisjon, fotfølging og skjerming). Det er et grunnleggende prinsipp i lov om psykisk helsevern å verne om pasientens integritet (§ 4 - 2). Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige. Man vil ofte stå i fare for å gjøre falske positive feilvurderinger, altså overvurdere suicidfaren, hvilket medfører at pasienter som strengt tatt ikke skulle vært utsatt for det de opplever som negative tiltak, blir utsatt for nettopp dette. Så langt det er mulig, skal man altså forsøke å nå målet med det vi her definerer som «positive tiltak».

Positive tiltak

Terapeutisk allianse til behandlingsapparatet øker sjansen for at pasienten tar kontakt når han/hun får det vanskelig, gjør det lettere for terapeuten å gjøre en god suicidalvurdering og øker sannsynligheten for etterlevelse av den behandlingen som tilbys. Barker og Rolfe (2003) understreker betydningen av å vise at en bryr seg, holde kontakt via telefon på permisjoner og etter utskrivelse, samt at pasienten har et solid støtteapparat ved utskrivelse. Schizofreni er en lidelse som kjennetegnes av mistenksomhet, sosial tilbaketrekning, redusert kommunikasjonsevne og en reservert holdning til andre mennesker, noe som bidrar til å vanskeliggjøre etablering av terapeutisk allianse. Dette gjør at pasienten trenger lang tid på å bli trygg på en behandler. Å tilrettelegge arbeidsforhold for psykologer og annet helsepersonell på en slik måte at man unngår gjennomtrekk, er et tiltak som indirekte kan virke selvmordsforebyggende for denne pasientgruppen. Caldwell og Gottesmans (1990) hevder at pasienter med schizofreni i liten grad kommuniserte sin intensjon forut for selvmordet, eller at kommunikasjonen var for vag til å vekke alvorligere reaksjoner i omgivelsene. Kjennskap til den enkelte pasients kommunikasjonsstil er nyttig for å fange opp indirekte signaler om suicidal intensjon. Av denne grunn er kontinuitet i støtteapparatet og samarbeid med pårørende (i den grad pasienten tillater det) viktig.

Standardiserte verktøy gjør det lettere for fagpersonell å innhente relevant informasjon, da de ofte krever lite opplæring forutsatt at man har relevant fagbakgrunn. Slike verktøy fanger

opp relevante forhold man bør ta med i suicidal-vurderingen, men de er kun et supplement til den individualiserte kliniske samtalen.

Frivillig innleggelse bør vurderes dersom pasient kan samarbeide om behandlingen. De beskyttende rammene gir mulighet til å begrense tilgang til selvmordsmidler, støtte og berolige pasienten og tilpasse medisineringen optimalt under trygge rammer, samt «kjøpe» tid til å etablere adekvat ettervern.

Reduksjon av symptomtrykk og tidlig intervensjon er viktige tiltak både i akutfase og på lang sikt. Kontaxakis et al. (2004) skisserer reduksjon av depressive symptomer og skyldfølelse, samt tiltak rettet mot å bedre selvbildet, som viktige selvmordsforebyggende strategier hos pasienter med schizofreni. Vi må kunne anta at det samme gjelder for positive symptomer, dvs. at symptomreduksjon er forbundet med reduksjon av selvmordsfare. Pasienter som kommer tidlig i behandling, har færre symptomer og lavere suicidrisiko (Melle et al., 2006). Intervensjon i form av program konstruert for å redusere selvmordsfare første år etter sykdomsdebut er forbundet med lavere forekomst av suicid (Addington, Williams, Yong & Addington, 2004).

Medisinering er av stor betydning i selvmordsforebyggende arbeid med denne pasientgruppen. Pasienter med schizofreni vil typisk tilbys anti-psykotisk medikasjon. I tillegg får noen anksiolytika og antidepressiver. Det er viktig at medikasjonen er optimal, det vil si at den balanserer mellom mest mulig symptomreduksjon og minst mulig bivirkninger. Som vi har sett, synes Klozapin å være det antipsykotiske medikamentet som best reduserer risiko for suicid. Fra et suicidforebyggende perspektiv er det derfor betenkelig at Klozapin etter gjeldende retningslinjer kun skal være tredjevalg når annen medikasjon ikke gir ønsket effekt. Reduksjon av bivirkninger er imidlertid svært viktig. Bivirkninger kan være så plagsomme at de svekker medikamentetterlevelsen, noe som igjen øker suicidfaren. Fare for alvorlige bivirkninger av Klozapin medfører også behov for ukentlige blodprøver, hvilket betyr at samarbeidsevnen til pasienten må være god for å kunne benytte dette preparatet. På den andre siden vil dette kunne utnyttes som en arena for dialog mellom pasient og behandler, hvilket jo igjen øker medikament-etterlevelsen.

Å skape håp for fremtiden er et mål for alle som jobber med selvmordstruede pasienter, da håpløshetsfølelse er en betydelig risikofaktor. Å skape håp hos en selvmordstruet pasient er en vanskelig oppgave som krever balanse mellom realisme og optimisme. Inngir man en urealistisk forhåpning om hvordan alt skal bli når man kommer ut fra sykehus, er fallet stort når pasienten møter livets harde realiteter i form av ensomhet, sosial isolasjon og tilbakefall av symptomer. Det er viktig

å gi hjelp til symptom-mestring, sosial trening og å kunne leve mest mulig selvstendig gjennom etablering av faste rutiner og struktur i hverdagen. Symptomlette kan i seg selv være en kilde til håp om bedre framtid, ettersom symptomene innebærer en stor stressfaktor. En løsningsfokuset tilnærming som tar sikte på å redusere hverdagsstress og øke mestringsopplevelse, kan være gunstig. Marchinko et al. (2003) foreslår psykoedukative programmer for å øke mestring. Aksept av sykdommen kan være en viktig faktor i det å mestre, likeledes kan bearbeiding av sorg knyttet til tap av funksjoner og urealiserte ambisjoner være av betydning.

Myk overgang ved utskriving og god etteroppfølging er vesentlig fordi faren er størst i tiden etter utskrivelse fra sykehus. Det er viktig at oppfølgende instanser får relevant informasjon tidlig, og nok informasjon til å legge til rette riktig oppfølging. *Individuell plan* er et hjelpemiddel for å sikre kontinuitet og koordinering av tjenester fra det offentlige. I dag skal alle pasienter i psykisk helsevern ha tilbud om individuell plan, men kan takke nei hvis de er under frivillig behandling. En individuell plan kan også være en inngangsport til å mobilisere nettverk rundt pasienten.

Involvering av familie og nettverk bør tilstrebes i den grad det er mulig uten å bryte taushetsplikten. Samtykke fra pasient er nødvendig. Paranoide forestillinger om familiemedlemmer er ofte en del av symptom bildet og mulig årsak til at pasienter trekker seg bort fra sine støttespillere når de trenger dem mest. Høy EE («level of expressed emotion») kan også være en årsak til at pasienter trekker seg bort fra familie i perioder med sykdomsforverring. Generell informasjon om sykdommen og hva familien kan bidra med, samt støtte til pårørende, er viktige tiltak for å styrke pasientens nettverk, slik at nettverket dyktiggjøres i å støtte pasienten på en konstruktiv måte.

«*Assertive Community Training*» er en tilnærming hvor man tilstreber å øke pasientens mestring i hverdagen ved å hjelpe pasienten i vedkommendes nærmiljø, i hjemmet og på jobben, framfor på sykehus. Denne tilnærmingen har vært prøvd ut i USA fra 70-tallet, og har vist seg effektiv både ved å redusere antall sykehusdøgn, bedre pasientens livskvalitet, redusere arbeidsledighet, bedre sosiale ferdigheter og øke etterlevelse (Dixon, 2000). I Norge brukes sosial ferdighetstrening for å øke mestring i hverdagen.

Negative tiltak

Faren for suicid er spesielt stor i forbindelse med utskriving fra sykehus og de første månedene etter utskrivelse, men også under permisjoner fra sykehus er selvmordsfaren svært høy. I kombinasjon med håpløshetsfølelse, positive symptomer, tynt sosialt nettverk, tidligere suicidforsøk eller depresjon bør man vurdere om ikke det også er påkrevd med «negative tiltak», som tvangsinnleggelse,

tvangsmedisinering, nektelse av permisjon og skjerming. Særlig i tilfeller hvor frivillig innlagte pasienter skriver seg ut mot avdelingens råd, nekter å samarbeide om medisiner og nekter å ta imot tilbud om videre oppfølging etter utskrivning fra sykehus, bør man ved mistanke om selvmordsfare benytte «negative tiltak», som tvangsinnleggelse. Selv om noen pasienter kan oppleve slike negative tiltak som en lettelse (godt at noen tar kontroll), vil slike tiltak for mange pasienter kunne bidra til en forsterket følelse av maktesløshet (egen integritet oppleves krenket), selvtillit reduseres og tillit til hjelpeapparatet svekkes, hvilket igjen kan øke selvmordsfaren. Negative tiltak bør kun brukes når mildere tiltak ikke fører fram.

Konklusjon

I denne litteraturstudien har vi drøftet risikofaktorer for selvmord hos pasienter med schizofreni, belyst forhold det er viktig å være oppmerksom på i suicidalvurderinger, samt tiltak som kan forebygge selvmord. Håpløshet, depresjon og tidligere suicidforsøk er risikofaktorer som gjelder pasienter med schizofreni i likhet med befolkningen for øvrig. Negative symptomer er forbundet med lavere selvmordsfare, men må ikke forveksles med depressive symptomer. Positive symptomer i form av paranoide vrangforestillinger og mistenksomhet, spesielt i kombinasjon med nylig sykdomsdebut (første år) og høyt funksjonsfall, er spesifikke risikofaktorer som gjelder for pasienter med schizofreni. Slike pasienter kommuniserer ofte mer uklart om selvmordstanker forut for et gjennomført forsøk, noe som stiller særlige krav til klinikerens om å vurdere selvmordsfaren ut fra en samlet vurdering av psykologiske, sosiale, demografiske og medisinske forhold. Jo kortere tid etter utskrivning fra sykehus, desto høyere risiko. Viktige tiltak for å redusere selvmord er positive tiltak som alliansebygging, adekvat medisinering, å skape håp om bedring og hjelp til å mestre plagsomme symptomer, samt god oppfølging i den første tiden etter utskrivelse fra sykehus. Ved spesielt høy selvmordsfare må man også vurdere negative tiltak som tvangsinnleggelse, tvangsmedisinering og nektelse av permisjon.

Wenche Sortland
Førresfjorden Brygge 9c
5563 Førresfjorden

E-post wenche.sortland@hotmail.com

Tlf 93 84 41 39

Referanser

- Addington, D., Addington, J. & Maticka-Tyndale, E. (1993). Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 163, 39–44.
- Addington, D., Addington, J. & Schissel, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3, 247–251.
- Addington, D. E. & Haddington, J. M. (1992). Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 85, 288–291.
- Addington, J., Williams, J., Yong, J. & Addington D. (2004). Suicidal behavior in early psychosis. *Acta Pschiatrica Scandinavia*, 109, 116–120.
- Allebeck, P. (1989). Schizophrenia: A life-shortening disease. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 81–89.
- Althaus, D. & Hegerl, U. (2003). The evaluation of suicide prevention activities: State of the art. *World Journal of Biological Psychiatry*, 4, 156–165.
- Axelsson, R. & Lagerkvist-Briggs, M. (1992). Factors predicting suicide in psychotic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 259–266.
- Barker, P. & Rolfe, G. (2003). Nursing schizophrenic patients who are at risk of suicide. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 622–624.
- Barner-Rasmussen, P. (1986). Suicide in psychiatric patients in Denmark, 1971–1981. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 73, 449–455.
- 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.
- Beck, J. C. & Worthen, K. (1972). Precipitating stress, crisis theory, and hospitalisation in schizophrenia and depression. *Archives of General Psychiatry*, 26, 123–129.
- Bentsen, H. (1999). Selvmord ved schizofreni. *Suicidologi*, nr 1/1999. Seksjon for selvmordsforskning og forebygging. Universitetet i Oslo.
- Bosch, R., Baumbach, A., Bitzer M. & Erley, C. M. (2000). Intoxication with olanzapine. *American Journal of Psychiatry*, 157, 304–305.

- Bourgeois, M., Swendsen, J., Young, F., Xavier, A., Pini S., Cassano, G. B. et al. (2004). Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: Results of the International Suicide Prevention Trail. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1494–1496.
- Breier, A., Boris, M. & Astrachan, B. M. (1984). Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *American Journal of Psychiatry*, *141*, 206–209.
- Caldwell, C. B. & Gottesman, I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, *16*, 571–589.
- Dixon, L. (2000). Assertive community treatment: Twenty-five years of gold. *Psychiatric Services*, *51*, 759–765.
- Drake, R. E., Bartels, S. J. & Torrey, W. C. (1989). Suicide in schizophrenia: Clinical approaches. I R. Williams, & J. T. Dolby (Eds.), *Depression in schizophrenics* (ss. 171–183). New York: Plenum Press.
- Drake, R. E. & Cotton, P. G. (1986). Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *148*, 554–559.
- Drake, R. E., Gates, C. & Cotton, P. G. (1986). Suicide among schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, *149*, 784–787.
- Duggan, A., Warner, J., Knapp, M. & Kerwin, R. (2003). Modelling the impact of Klozapin on suicide in patients with treatment-resistant schizophrenia in the UK. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 505–508.
- Fenton, W. S., McGlashan, T. H., Victor, B. J. & Blyler, C. R. (1997). Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 199–204.
- Folkehelseinstituttet (publisert 2004, oppdatert 2005). Fakta om selvmord. <http://www.fhi.no>
- Fosse, A. J. (2005). Selvmord og helsevesenet. *Fædrelandsvennen*, 26/11.
- Gjertsen, F. (2003). Selvmord og kjønn i et epidemiologisk perspektiv. *Suicidologi*, nr. 3/2003. Seksjon for selvmordsforskning og forebygging. Universitetet i Oslo.
- Goldstein, G., Haas, G. L., Pakrishi, M., Novero, A. M. & Luther, J. F. (2006). The cycle of schizoaffective disorder, cognitive ability, alcoholism, and suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*, 35–43.

- Gupta, S., Black, D. W., Arndt, S., Hubbard, W. C. & Andreasen, N. C. (1998). Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services* 49, 1353–1355.
- Hagen, H. & Ruud, T. (2004). Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2003. Rapport3/04: SINTEF Helse, Trondheim.
- Hagen, R., Gråwe, R. W., Grotmol, K. S. & Holen, H. S. (2006). Depresjon ved psykose – forståelse og kliniske implikasjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 99–104.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56–62.
- Hansen, L., Jones, R. M. & Kingdon, D. (2004). No association between akathisia or Parkinsonism and suicidality in treatment-resistant schizophrenia *Journal of Psychopharmacology*, 18, 384–387.
- Harkavy-Friedman, J. M. & Nelson, E. (1997). Management of the suicidal patient with schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 625–640.
- Harkavy-Friedman, J. M., Nelson, E., Venarde, D. F. & Mann, J. J. (2004). Suicidal behaviour in schizophrenia and schizoaffective disorder: Examining the role of depression. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 34, 66–75.
- Harkavy-Friedman, J. M., Restifo, K., Malaspina, D., Kaufmann, C. A., Amador, X. F., Yale, S. A. et al. (1999). Suicidal behaviour in schizophrenia; characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1276–1278.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 187, 9–20.
- Heila, H., Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinene, M. E., Marttunen, M. J. & Lønnqvist, J. K. (1997). Suicide and schizophrenia: A nationwide psychological autopsy study on age and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1234–1242.
- Heila, H., Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinene, M. E., Marttunen, M. J. & Lønnqvist, J. K. (1998). Antecedents of suicide in people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 173, 330–333.

- Heila, H. & Lønnqvist, J. (2003). The clinical epidemiology of suicide in schizophrenia. I R. M. Murray, P. B. Jones, E. Susser, J. Os & M. Cannon (Eds.), *The epidemiology of schizophrenia* (ss. 288–316). New York: Cambridge University Press.
- Inskip, H. M., Harris, E. C. & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 35–37.
- Jacobs, D. G., Baldessarini, R. J., Conwell, Y., Fawcett, J. A., Horton, L., Meltzer, H. et al. (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *American Psychiatric Association Practice Guidelines*
- Jarbin, H. & Knorrning, A. (2004). Suicide and suicide attempts in adolescent psychotic disorders. *Nordic Journal of Psychiatry* *58*, 115–123.
- Johannesen, J. O. (2002). Schizofreni – omfang og betydning. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *122*, 2011–2014.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opfer, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *13*, 261–276.
- Kelly, D. L., Shim, J., Feldman, S. M., Yu, Y. & Conley, R. R. (2004). Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. *Journal of Psychiatric Research*, *38*, 531–536.
- Kimhy, D., Harkavy-Friedman, J. M. & Nelson, E. A. (2004). Identifying life stressors of patients with schizophrenia at hospital discharge. *Psychiatric Services*, *55*, 1444–1445.
- Kontaxakis, V., Havaki-Kontaxaki, B., Margariti, M., Stamouli, S., Kollias, C. & Christodoulou, G. (2004). Suicidal ideation in inpatients with acute schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*, 476–479.
- Lindenmayer, J. P., Czobor, P., Alphas, L., Nathan, A. M., Anand, R., Islam, Z. et al. (2003). The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity. *Schizophrenia Research*, *63*, 161–170.
- Malone, M. K., Waternaux, C., Haas, G. L., Li, S. & Mann, J. J. (2003). Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 773–779.
- Marchinko, D., Marcinko, A., Slijepcevic, M. D., Martinac, M., Kudlek-Mikulic, S. & Karlovic, D. (2003). Suicide in schizophrenia: Risk factors, therapy and preventive strategies. *Psychiatria Dunubina*, *15*, 201–207.

- Melle, I., Johansessen, J. O., Friis, S., Haahr, U., Joa, I. & Larsen, T. K. (2006). Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 800–804.
- Meltzer, H. (2003). Suicide in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*, 1122–1125.
- Meltzer, H. (2005). Suicide in schizophrenia, clozapine, and adoption of evidence-based medicine. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*, 530–533.
- Meltzer, H. Y. & Okayly, G. (1995). Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: Impact on risk-benefit assessment. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 183–190.
- Montgomery, S. A. & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, *134*, 382–389.
- Nordentoft, M., Larsen, T. M., Agerbo, E., Qin, P., Høyer, H. & Mortensen, P. B. (2004). Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark 1981–97: Nested case-control study. *British Journal Psychiatry*, *329*, 261–264.
- Palmer, B., Pankratz, S. & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 247–253.
- Powell, J., Geddes, G., Deeks, J., Goldacre, M. & Hawton, K., (2000). Suicide in psychiatric hospital in-patients. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 266–272.
- Rossau, C. D. & Mortensen, P. B. (1997). Risk factors for suicide in schizophrenia: nested case-control study. *British Journal of Psychiatry*, *171*, 355–359.
- Saarinen, P. I., Lehtonene, J. & Lønnqvist, J. (1999). Suicide risk in schizophrenia: An analysis of 17 consecutive suicides. *Schizophrenia Bulletin*, *25*, 533–542.
- Schooler, N. R., Buckley, P. F., Harvey, P. D., Weiden, P. J. & Ginsberg, D. L. (2005). Optimizing treatment of schizophrenia: Enhancing affective/cognitive and depressive functioning. *Primary Psychiatry*, *12*, 1.
- Sher, L. (2004). Preventing suicide. *QJM: An international Journal of Medicine*, *97*, 677–680.
- Sher, L. (2006). Alcohol consumption and suicide. *QJM: An international Journal of Medicine*, *99*, 57–61.
- Siris, S. G. (2000). *Depression in schizophrenia*. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1379–1389.
- Spivak, B., Shabash, E., Sheitman, B., Weizman, A. & Mester, R. (2003). The effects of clozapine versus haloperidol on measures of impulsive aggression and suicidality in chronic

- schizophrenia patients: An open, nonrandomized, 6-month study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 755–760.
- Statistisk sentralbyrå (2003). <http://www.ssb.no/emner/dødsårsaker>
- Suominen, K. H., Isomesta, E. T. & Lønnquist, J. K. (2002). Comorbid substance use reduces the health care contacts of suicide attempters with schizophrenia spectrum or mood disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 638–647.
- Tsuang, M. T. & Woolson, R. F. (1977). Mortality in patients with schizophrenia, mania, depression and surgical conditions. A comparison with general population mortality. *British Journal of Psychiatry*, 130, 162–166.
- Walby, F. A., Ødegaard, E. & Mehlum, L. (2006). Psychiatric comorbidity may not predict suicide during and after hospitalization: A nested case-control study with blinded raters. *Journal of Affective Disorders*, 92, 253–260.
- Weiden, P. J., Kozma, C., Grogg A. & Locklear, J. (2004). Partial compliance and risk of rehospitalization among California medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 55, 886–891.
- Yim, P., Yip, P., Li, R., Dunn, E., Yeung, W. & Miao, Y. (2004). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care: A case-control study in Hong Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 65–72.