

# Frågor om suicid

*(Svaren bearbetade av Ulla-Karin Nyberg)*

## **1. Är suicidförsök ärftliga?**

Ja, alla typer av suicidalt beteende kan påverkas av både arv och miljö, men man vet betydligt mer om ärftlighet för fullbordade suicid än för suicidförsök. Många suicidförsök kommer aldrig till vårdens kännedom och de är därför svårstuderade. Däremot vet man genom många studier att suicid inom den biologiska familjen ökar risken för suicid, särskilt hos syskon och föräldrar. Suicid inom nätverket ökar också suicidrisken, exempelvis hos efterlevande partner. Både biologiska och sociala faktorer har alltså betydelse.

## **2. Kan man gå länge med suicidtankar utan att ta sitt liv?**

Ja, tankar på döden som en möjlig utväg är betydligt vanligare än både suicidplaner, suicidförsök och fullbordat suicid. Kopplingen mellan tankar och handlingar är svag och de flesta som tänker på att ta sitt liv gör aldrig något suicidförsök.

## **3. Hur vanligt är det att man får tillbaka suicidtankar efter tillfrisknande?**

Om suicidtankarna uppstår som en konsekvens av en depression eller något annat allvarligt psykiatriskt sjukdomstillstånd är det vanligt att de återkommer om man blir sjuk igen. Tankarna kan också komma tillbaka om man konfronteras med de faktorer som utlöste sjukdomen, exempelvis ensamhet, mobbing eller någon förlust. Det förekommer också suicidtankar av mer tvångsmässig karaktär, en person kan till exempel ha bestämt ett datum för sin död. Sådana tankar är riskabla och ska alltid tas på största allvar. Det finns människor som tänker på döden som en möjlig utväg utan att någonsin agera utifrån dessa tankar, till exempel vid svår fysisk sjukdom. Dödstankarna kan då fungera som en slags ventil och det betyder inte att personen är suicidnära. Att prata om suicidtankar ökar inte risken för att de omsätts i handling.

## **4. Vad ska man undvika att prata med en patient om för att inte öka risken för suicid?**

Man kan prata om allt, så länge samtalet präglas av respekt och engagemang. Att sätta ord på sina tankar leder ofta till att nya möjligheter uppenbarar sig och det är en viktig uppgift för alla behandlare att hjälpa patienten att hitta alternativ till suicid. Man brukar säga att suicidnära personer har en nedsatt problemlösningsförmåga och ett samtal med en intresserad person kan hjälpa patienten att hitta andra lösningar. Det finns patienter som kommunicerar via suicidhot och självdestruktivitet och då ska hjälp till alternativa beteenden finnas med i vårdplaneringen, till exempel ångesthantering genom andningsövningar. Om man arbetar med en patient som har svårt att sätta

gränser och pratar om allt med alla kan hjälp till gränssättning vara en viktig del i behandlingen. Man bör som behandlare alltid tänka att ett samtal blir en påminnelse om att livet är värt att leva och att man aldrig får ge upp innan patienten gör det.

### **5. Vad är det vanligaste suicidsättet när man är 25 resp. 65 år?**

I båda åldrarna är hängning det vanligaste sättet i Sverige. Fler män än kvinnor hänger sig, men tyvärr har hängningar ökat bland kvinnor under senare år. Hängningsförsök är extra allvarliga eftersom de ofta leder till döden.

**6. Om någon verkligen har bestämt sig för att ta sitt liv, kan man då hindra det?** Ja, absolut! En av de vanligaste och farligaste myterna om suicid är att det inte går att förhindra hos någon som verkligen har bestämt sig. De allra flesta som har gjort ett eller flera suicidförsök avlider av andra skäl än suicid. Man kan planera en suicidhandling mycket noga och samtidigt vara ambivalent till att utföra handlingen eller till och med rädd för att dö. Själva suicidförsöket sker ofta när impulskontrollen är nedsatt till följd av hög ångest eller drogpåverkan. Många som har överlevt ett allvarligt suicidförsök vittnar om att de i efterhand inte förstår hur de tänkte när de försökte ta sitt liv och att de är glada över att ha överlevt. Däremot finns det individer som löper hög risk att avlida genom suicid, exempelvis de som har både personlighetsstörning, missbruk och depression, har gjort allvarliga suicidförsök och har nedsatt impuls kontroll. Dessa individer ska behandlas som högriskpersoner och suicidpreventiva åtgärder måste finnas med i vårdplaneringen och förankras hos närstående.

**7. Är det alltid rätt att hindra?** Det är en svår fråga som har existentiella dimensioner. Är det till exempel alltid rätt att använda alla tvångsåtgärder som står till buds? Ytterst handlar det kanske om vår syn på individens rätt till självbestämmande och där har vi olika inställning. Jag tänker ändå att den professionella hållningen för alla som arbetar med självmordsnära personer måste vara att vår uppgift är att rädda liv. Det är fullt möjligt att i efterhand förstå varför en person valde att ta sitt liv, men ändå göra allt för att hjälpa personen att välja livet så länge man har kontakt. Varje individ har ett ansvar för sitt eget liv och våra professionella möjligheter att skydda patienterna från sig själva är begränsade. Trots det är det ett fåtal av alla våra patienter som tar sitt liv och det visar att det lönar sig att ingripa. Oftast är självmord inte en vilja att dö, utan en oförmåga att stå ut med lidandet. Att dela sitt lidande med en annan människa kan göra att det blir möjligt att uthärda.

**8. Är det risk för att man utlöser ett självmord genom att fråga om en person har självmordstankar?** Nej, så är det inte. Riskerna med att inte fråga är betydligt större. De flesta som har självmordstankar känner sig ensamma och skäms över sina tankar och detta kan göra ett redan stort lidande ännu större. Genom att prata med någon om tankarna uppstår en känsla av gemenskap och möjlighet till förändring som kan förhindra ett

suicidförsök.

### **9. Finns det risk att medicinen (psykofarmaka) bedövar vissa känslor i personer så att man lättare tar beslut att suicidera?**

Många människor beskriver att de blir dämpade i sina känslor av antidepressiv behandling. Det kan vara positivt för vissa som blir störda av sina negativa känslor, men ibland också negativt om man till exempel blir dämpad i sin kreativitet eller lust. Anledningen till att antidepressiv medicinering kan medföra ökad suicidrisk i början av behandlingen har troligen inte med den här dämpningen av känslor att göra utan är en konsekvens av att vissa läkemedel har övergående ångestförstärkning som biverkan. Det kan också vara så att medicineringen leder till ökad aktivitet och beslutskraft innan effekten på nedstämdheten kommer. Det är viktigt att suicidnära personer observeras noggrant efter insättande av medicinering och att både patient och närstående får information om förväntade biverkningar och att dessa är övergående. Rädsla för ökad suicidrisk är inte ett skäl att avstå medicinering, eftersom risken vanligen kan hanteras genom information och uppföljning.

### **10. Kulturella skillnader? Skillnader män/kvinnor?**

I vissa länder finns ett starkt kulturellt tabu mot självmord och där är självmordstalen lägre, exempelvis i länder där religionen har en stark ställning. Det kan dock vara svårt att få tillförlitliga siffror från dessa länder, eftersom rapporteringen av suicid påverkas av starka tabun.

Japan är ett exempel på ett land där självmord anses vara en ärofylld väg ut ur vissa situationer. Japan har också högre självmordstal än omkringliggande länder.

Fler kvinnor blir deprimerade och fler kvinnor gör självmordsförsök, men ändå är det fler män som dör till följd av självmord. Detta har flera förklaringar, bland annat att män använder mer våldsamma metoder (hängning, skjutning), har svårare att prata om emotionella problem och mer sällan söker professionell hjälp när de mår psykiskt dåligt. Dessutom missas depressioner hos män oftare än depressioner hos kvinnor. Män som grupp är också känsligare för separationer, fysisk sjukdom och smärta. Hos äldre män ökar suicidrisken med stigande ålder, medan den ligger relativt stabil hos äldre kvinnor.