



Karolinska
Institutet

Suicidalitet och beroende

Lotfi Khemiri

Specialistläkare i Psykiatri, Beroendecentrum Stockholm

Postdoktoral forskare, Karolinska Institutet





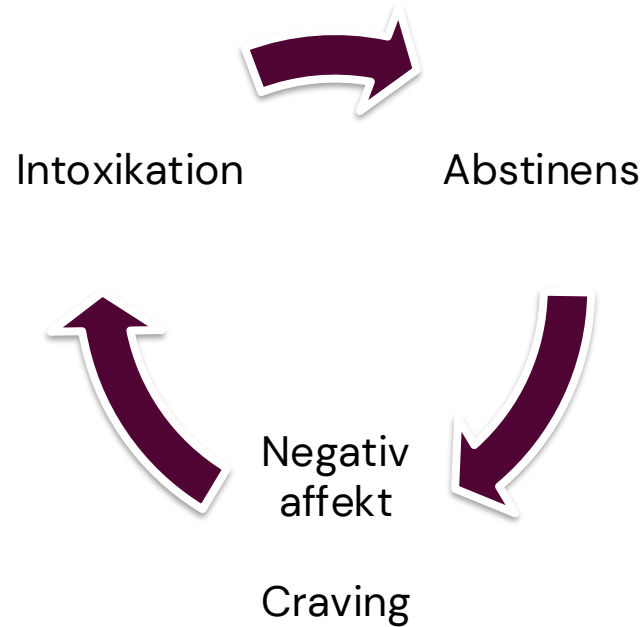
Patientfall från nattjouren

- *Kvinna, 40 år, med alkoholbrukssyndrom, depression, misstanke om personlighetssyndrom men ingen formell diagnos. Tidigare suicidförsök (intoxikationer) i samband med alkoholintag. Ingen kontakt med öppenvården.*
- *Pojkvännen ringer 112 i kväll och ber om hjälp eftersom hon hotar att ta sitt liv. Det är oklart vad som har hänt. Ambulans för henne efter mycket diskussion till psykakuten där du är jourläkare.*
- *Hon är alkoholpåverkad, gråter, men nekar till suicidtankar vill bara lämna akuten omgående. Vad gör du?*

Agenda

- **Substansbrukssyndrom (SUD)**
- SUD och suicid
- Kliniska patientfall

SUD - Ett cykliskt tillstånd



Substansbruksyndrom enligt DSM-5

1. Kontrollförlust
2. Försökt sluta
3. Tar mycket tid
4. Starkt begär efter drogen
5. Misslyckas med att fullgöra skyldigheter
6. Återkommande sociala problem
7. Överger andra aktiviteter
8. Drogintag i farliga situationer (t.ex. rattfylla)
9. Fortsätter trots att det ger hälsoproblem
10. Abstinens
11. Tolerans



Nedsatt kontroll



Sociala komplikationer



Riskanvändning



Fysiologiska kriterier

Hur vanligt är beroende?

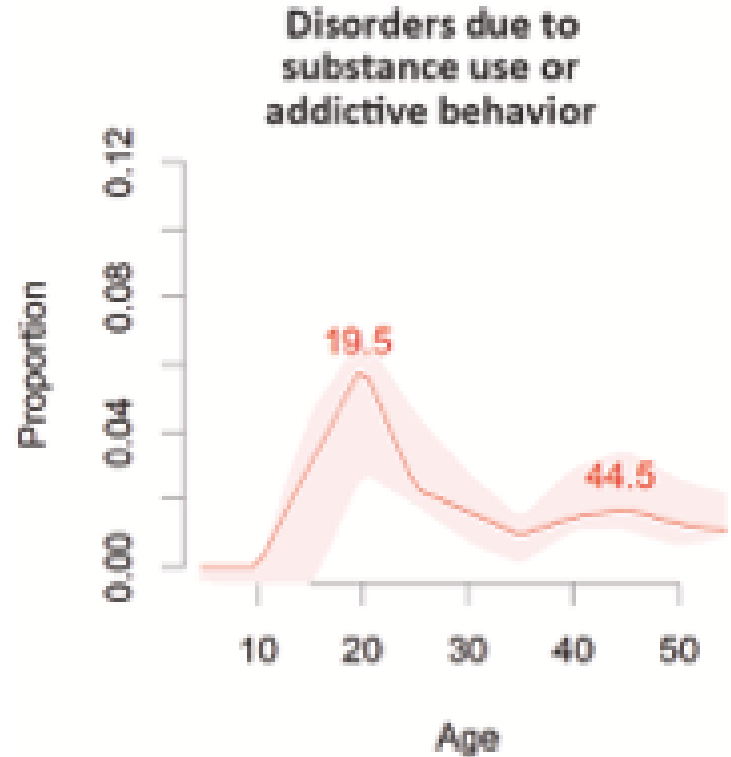
- Alkoholbrukssyndrom ~ 10%
- Narkotikabrukssyndrom ~ 1,5%
- Hög grad av samsjuklighet med alla psykiatriska diagnoser
- Kraftig ökad risk för förtida död, somatisk sjuklighet och försämrad psykosocial funktion



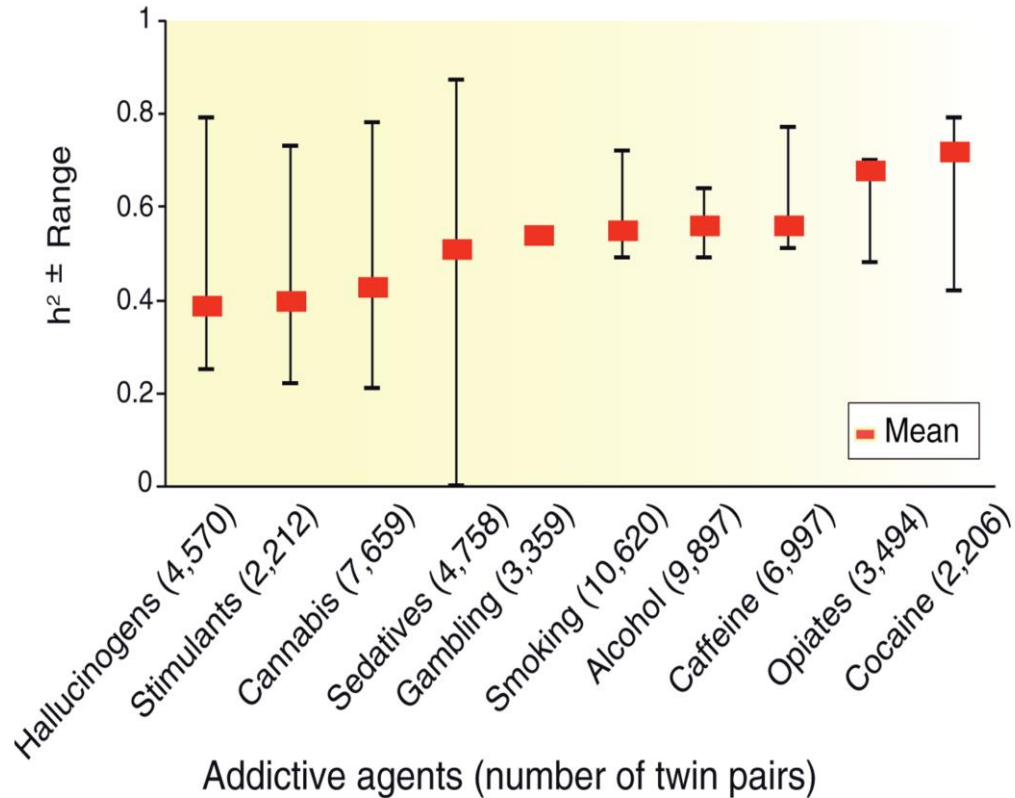
Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies

Marco Solmi^{1,2,3} · Joaquim Radua^{3,4,5} · Miriam Olivola³ · Enrico Croce⁶ · Livia Soardo⁷ · Gonzalo Salazar de Pablo^{3,8,9} · Jae Il Shin¹⁰ · James B. Kirkbride¹¹ · Peter Jones^{12,13} · Jae Han Kim¹⁴ · Jong Yeob Kim¹⁴ · André F. Carvalho¹⁵ · Mary V. Seeman¹⁶ · Christoph U. Correll^{17,18,19,20} · Paolo Fusar-Poli^{3,7,21,22}

Received: 6 March 2021 / Revised: 28 April 2021 / Accepted: 5 May 2021 / Published online: 2 June 2021
© The Author(s) 2021. This article is published with open access



Heritabilitet



Arv eller miljö?

- Genetiska faktorer viktiga för **alla** typer av beroenden
- 50% heritabilitet
- **Vad ärver man?**
 - Oklart!
 - Receptorer i belöningssystemet?
 - Metabolism av substanser?
 - Personlighetsdrag?
- **GWAS-studier:** Ingen "beroende-gen"
Däremot multipla riskgener var och en med liten effekt



Arv eller miljö?

- Miljö-faktorer viktiga för **alla** typer av beroenden
- Miljöfaktorer förklarar 50%
- **Vilka miljöfaktorer?**
 - Område
 - Kompisar
 - Skola
 - Familjen
 - Trauma



Agenda

- Substansbrukssyndrom (SUD)
- **SUD och suicid**
- Kliniska patientfall



LITH. & PUB. BY N. GURBIEB.

Entered according to Act of Congress in the year 1848 by N. Gurbieb, in the Clerk's Office of the District Court of the Southern District of N. Y.

33 SPRUCE ST. N. Y.

THE DRUNKARDS PROGRESS.

FROM THE FIRST GLASS TO THE GRAVE.

SUD och suicid: Förklaringsmodeller

- Akuta impulsiva suicidförsök under substanspåverkan
- Substansinducerad depression, abstinens och social svikt
- Psykiatrisk sjukdom med SUD samsjuklighet

SUD och suicid

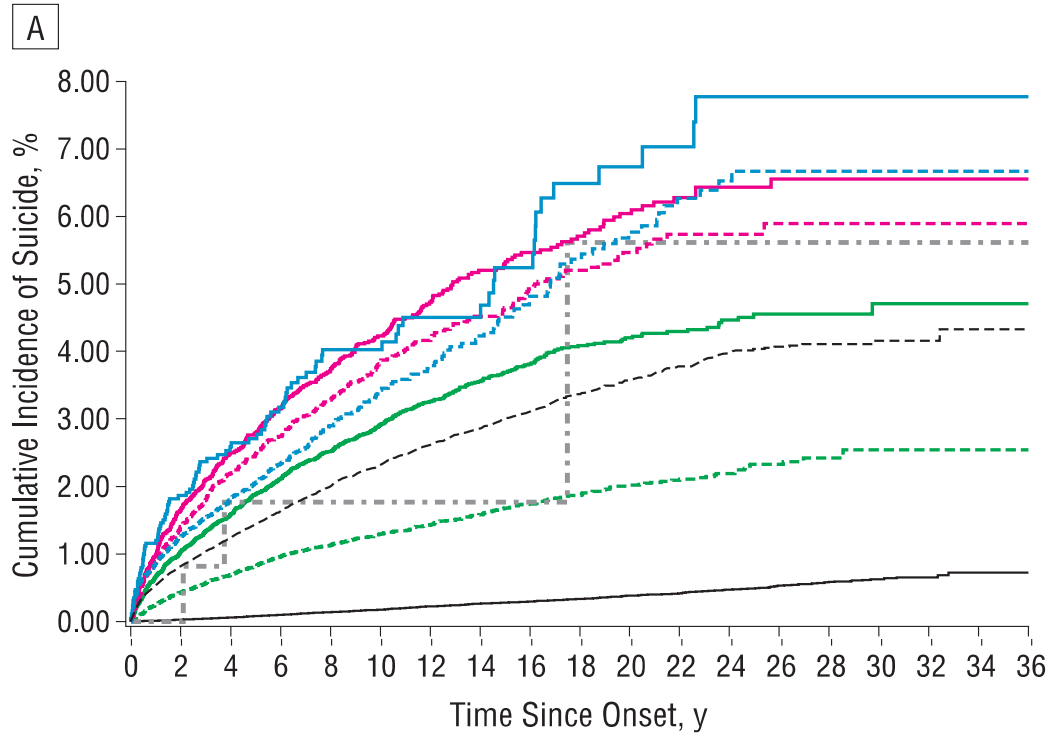
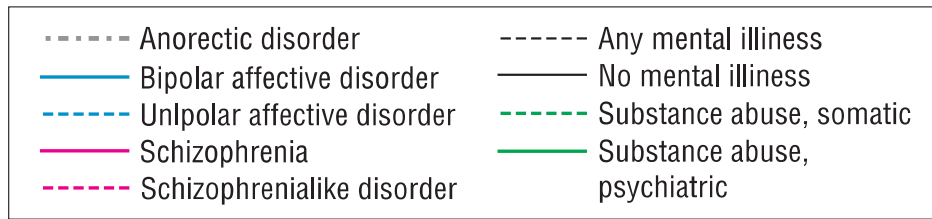
- SUD är en riskfaktor för fullbordat suicid, vilket visats i upprepade psykologiska obduktionsstudier och epidemiologiska kohortstudier.
- Vid suicid hade 20–60 % en tidigare historia av SUD, där alkoholberoende var den vanligaste formen.
- 40 % av öppenvårdspatienter med SUD i specialiserad vård har ett tidigare suicidförsök.
- SUD medför ytterligare ökad risk för suicid när det förekommer i kombination med annan psykiatrisk sjuklighet

Roy et al 2007. Archives Suic Res

Cavanagh et al 2003. Psychol Med

Karolinska Institutet – ett medicinskt universitet

Schneider et al. 2009, Suicide Res



SUD och suicid

- Livstidsrisken för suicid är ökad vid alla former av SUD:
 - Alkohol: 10 x förhöjd risk
 - Opioider: 14 x förhöjd risk
 - Blandbrukssyndrom: 17 x förhöjd risk
- Det finns begränsad forskning om andra typer av SUD än alkohol.

*Wilcox et al. 2004; Drug and Alcohol Dep; Harris & Barraclough, 1997, Br J Psych;
Conner et al. 2003 ACER; 2003 JSTAD;*

SUD och Suicid

- Suicidrisken vid SUD relativt konstant över tid, och finns även efter en periods nykterhet/drogfrihet.
- I Sverige (Lundby-kohorten): 8% av alkoholberoende döda i suicid – med flest suicid de första två dagarna efter helger/högtider.

Risikfaktorer för suicid hos SUD-patienter

- Depression, Tidigare suicidförsök och Ärftlighet för suicid
- Pågående, högt alkoholintag hos alkoholberoende
- Nyligen återfall
- Användande av flera olika substanser
- Nyligen separation / relationsproblem
- Nyligen blivit av med arbete el bostad
- Ekonomisk stress/skulder
- Impulsivt beteende
- Tidigare våldsamt beteende

Egen forskning, frågeställningar

- 1) Vad är orsaken till sambandet mellan SUD och suicid? Gemensam genetik/miljöfaktorer?
- 2) Spelar den specifika substansen någon roll för framtida suicidrisk?

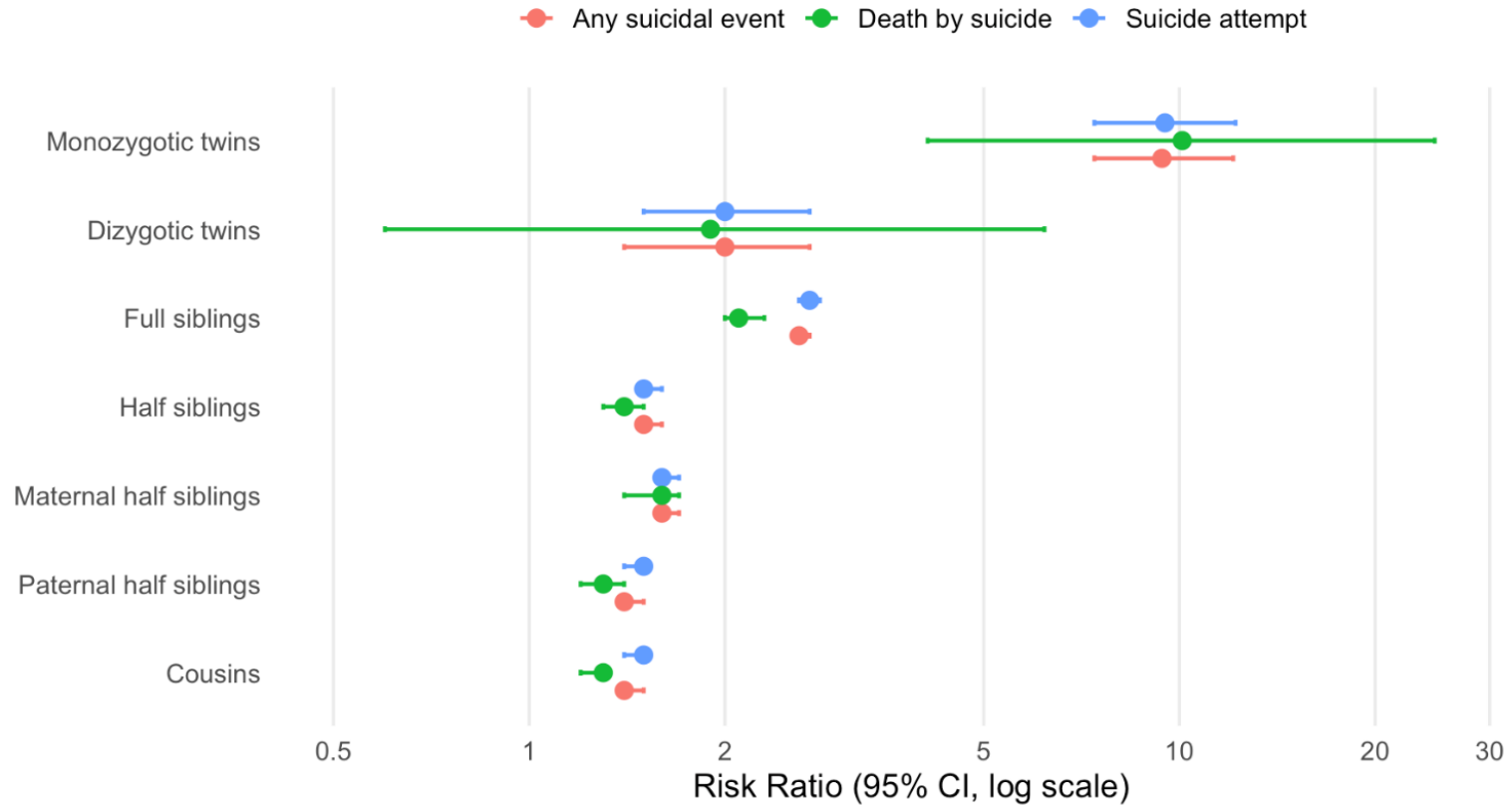
Egen forskning, metod

- Metod:
Nationell register-studie; n = 4, 209, 615 individer födda i Sverige 1958–1999.
- Exponering: SUD uppdelat i AUD, DUD eller AUD+DUD och specifika substanser
- Utfall: Suicidalt beteende (suicidförsök eller död i suicid)
- Population och familje-baserade regressionsanalyser

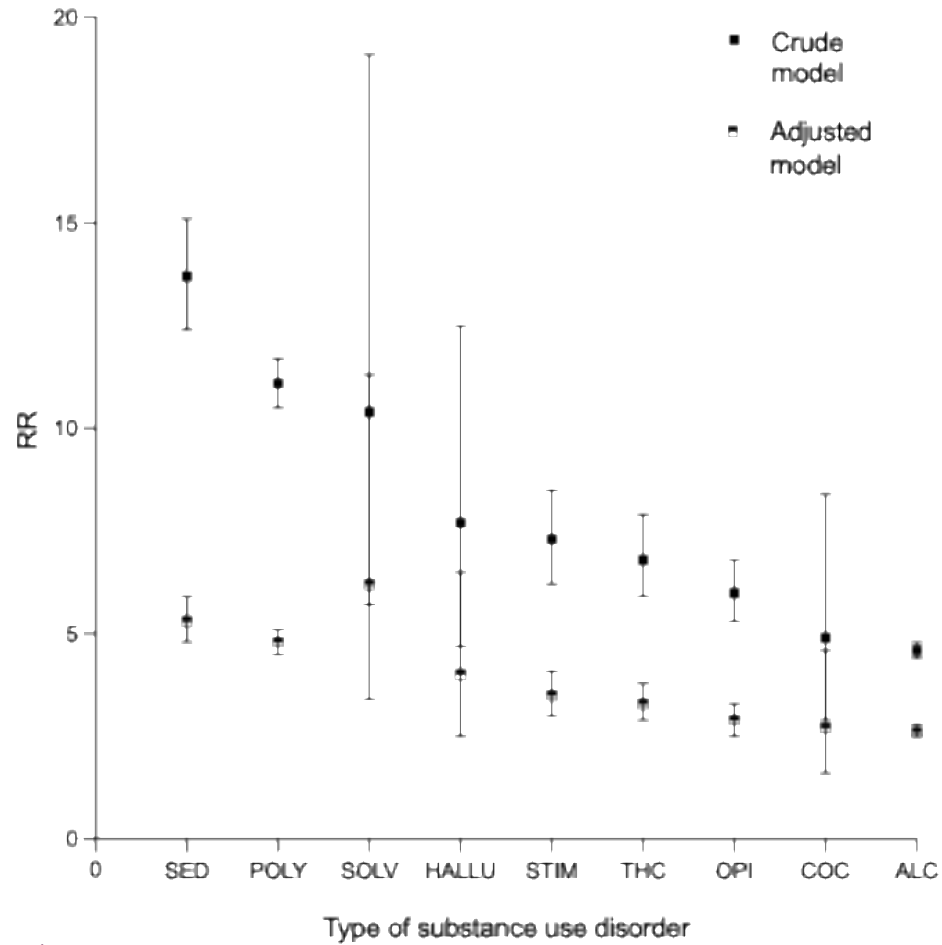
Egen forskning, resultat

Total population n=4,209,615	No SUD n=3,951,569 (93.9%)	SUD n=258,046 (6.1%)	AUD only n=138,200 (3.3%)	DUD only n=67,950 (1.6%)	AUD + DUD n= 51,896 (1.2%)
Any suicidal event					
No.	59,784	59,436	18,728	17,645	23,063
%	1.5 [1.5 – 1.5]	23.0 [22.9 – 23.2]	13.6 [13.4 – 13.7]	26.0 [25.6 – 26.3]	44.4 [44.0 - 44.9]

Egen forskning, resultat



Death by suicide



Egen forskning, slutsatser

- Stark riskökning (16x förhöjd) för suicidalt beteende hos patienter med SUD, högst risk hos de med bensodiazepiner och blandmissbruk.
- Av de 120.000 individerna i befolkningen som registrerats för suicidalt beteende har ungefär hälften en SUD-diagnos
- Gemensamma underliggande faktorer (genetiska och familjära miljöfaktorer) förklarar delvis associationen mellan SUD och suicidalitet

-> Klinisk implikation ärftlighet för beroende -> ökad suicidrisk

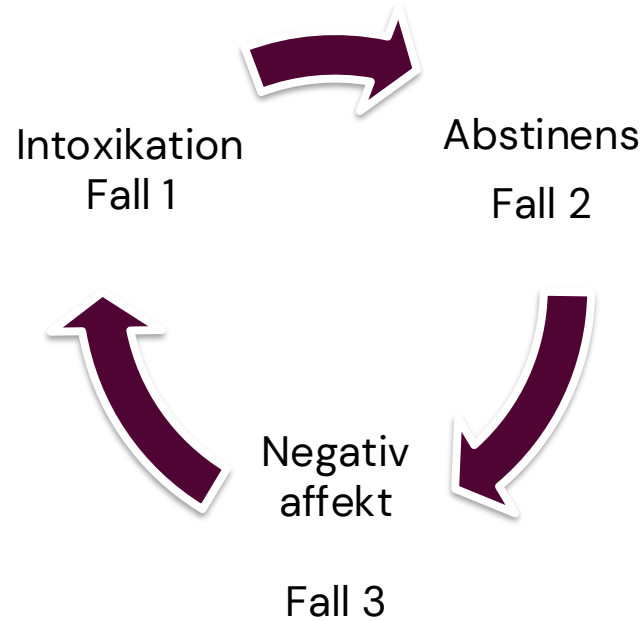
Viktiga aktuella forskningsfrågor

- Några särskilda kombinationer av SUD och övrig psykiatrisk sjukdom som medför särskilt ökad risk?
- Diagnostik / klassificering av de suicidala SUD-patienterna?
- Behandling av suicidala SUD-patienter?

Agenda

- Substansbrukssyndrom (SUD)
- SUD och suicid
- **Kliniska patientfall**

När möter vi läkare suicidala beroende-patienter?



Fall 1



Fall 1

- *Kvinna, 40 år, med alkoholbrukssyndrom, depression, misstanke om personlighetssyndrom men ingen formell diagnos. Tidigare suicidförsök (intoxikationer) i samband med alkoholintag. Ingen kontakt med öppenvården.*
- *Pojkvännen ringer 112 i kväll och ber om hjälp eftersom hon hotar att ta sitt liv. Det är oklart vad som har hänt. Ambulans för henne efter mycket diskussion till psykakuten där du är jourläkare.*
- *Hon är alkoholpåverkad, gråter, men nekar till suicidtankar vill bara lämna akuten omgående. Vad gör du?*

Fall 1 – akut suicidalitet under substanspåverkan

- "Psyiskt status är ingenting – anamnesen är allt"
- Samla in all tillgänglig information: **Vad har hänt ikväll?**

Prata med ambulans/polis, läs journal

Ring anhörig

Prata med patienten

- Är patienten hjälpsökande → låg tröskel för frivillig inläggning psykisk stabilisering
- Om patienten inte vill ha vård → Uppfyller pat kriterier för LPT?

Fall 1 – en möjlig fortsättning

- *I samtal med pojkvännen framkommer att patienten och han haft en konflikt, och hon har då skrikit att hon vill dö. De har hunnit bli sams innan ambulansen kom, och han är villig att komma och hämta henne nu.*
- *Patienten blåser 0.3 promille, berättar samma sak som pojkvännen, nekar till några suicidtankar el planer. Vill åka hem och sova. Har en öppenvårdskontakt på psykiatrin där hon har tid nästa vecka till psykolog.*
- *Vad gör du?*

Fall 1 – en annan möjlig fortsättning

- *I samtal med pojkvännen framkommer att patienten och han haft en konflikt, och hon har då skrikit att hon vill ta livet sig. Talat om tablettöverdos, men ej gjort något konkret hemma. Pojkvännen orolig och därför slagit larm.*
- *Patienten blåser 1.6 promille, gråter och skriker högt men går tillfälligt att lugna för ett samtal. Ger bristande kontakt, bagatelliserar vad som hänt, säger att hon mår bra nu, nekar till suicidtankar eller planer. Kräver att få lämna akuten vill åka hem och sova.*
- *Vad gör du?*

Fall 1 – akut suicidalitet under substanspåverkan

- LPT om de vill gå hem? Individuella bedömningar där följande faktorer bör beaktas vid värdering av APS och vårdbehov:
- **TALAR FÖR LPT** – suicidala beteenden under kvällen, kraftig substanspåverkan och affektlabilitet, multipla riskfaktorer för suicid, frånvaro av öppenvård, framkommer inga framtidsplaner, historik av LPT/tvångsätg
- **TALAR EMOT LPT** – enbart suicidala utrop, låg grad av substanspåverkan, stabila affekter, god kontakt och skyddande faktorer såsom framtidsplaner, öppenvård, anhöriga. Aldrig tidigare krävt LPT-vård.
- *Förankra bedömning – "Bakjouren är allt vi har"*

Fall 1 – akut suicidalitet under substanspåverkan

- I regel helt återställda nästa dag, och går oftast hem. Om kvarvarande suicidalitet → fortsatt psykiatrisk vård.
- Viktigt erbjuda tät uppföljning och evidensbaserad behandling mot beroendet och eventuell samsjuklighet.
- Överväg LVM-anmälan om upprepade likartade besök och patienten vägrar vård.

Fall 2



Fall 2

Man 30, med fibromyalgi, depression och långvarigt läkemedelsberoende av opioider. Får oxikodon förskrivet av flera olika förskrivare och har även köpt läkemedel på internet. Framgångsrik tablett-nedtrappning gjordes senast för 3 år sedan men återfall förra året.

Kommer på akut-tid till dig på psykiatrisk jourmottagning. Beskriver kraftig ångest sedan han fick slut på läkemedel under gårdagen.

Mår så dåligt att han kommer att gå ut och ta livet av sig om han inte får ett recept på oxikodon idag. Kan även tänka sig inläggning förutsatt att oxikodon sätts in regelbundet.

Vad gör du?

Fall 2 – slut på recept och suicidal

- Börja konsultationen med att prata om annat än läkemedel så länge som möjligt och bygg förtroende. Försök få fram info om framtidsplaner.
- Suicidriskbedömning behöver inte betyda samtal om suicidtankar/planer
- Vid uppenbart villkorade suicidhot så säger klinisk erfarenhet att hemgång/utskrivning inte leder till suicid.
- Läggs i regel inte in, hem med remiss till öppenvården för långsiktig hjälp.

Fall 3



Fall 3

Man 55 med långvarigt alkoholbrukssyndrom, nyligen utskriven från inneliggande abstinensbehandling. Går nu på Antabus-behandling i öppenvården, nykter sedan 3 veckor.

Vill träffa läkare pga nedstämdhet, känsla av meningslöshet med tillvaron, kraftig ångest, sover 4 h per natt, aptitlöshet och koncentrationssvårigheter. Bejakar dagliga suicidtankar som blir alltmer påträngande. Nekar till suicidplaner. Hjälpökande och undrar om det finns någon medicinering som kan hjälpa?

Vad gör du?

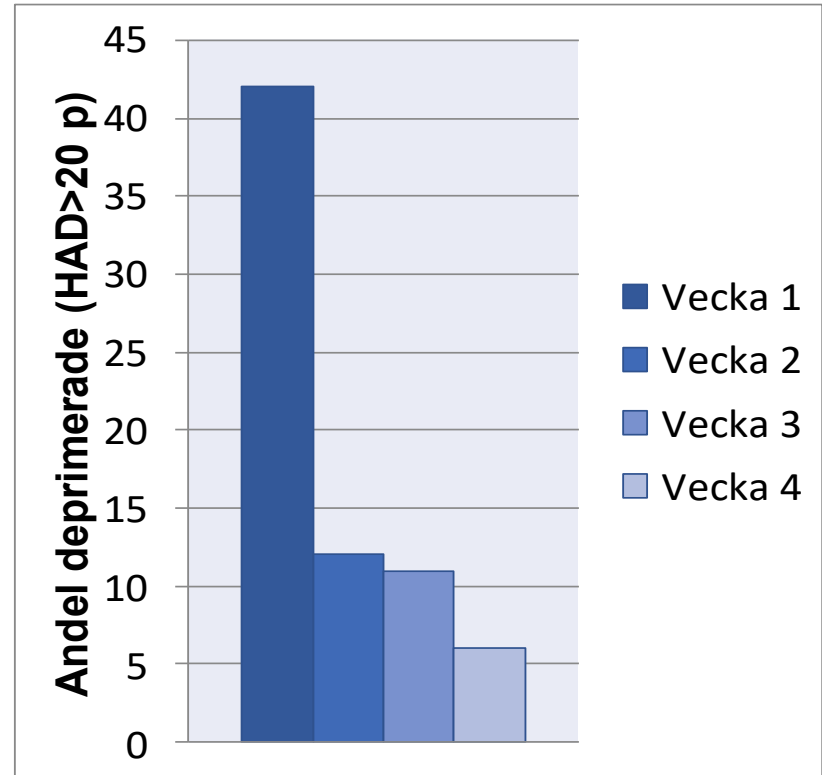
Fall 3 – Nykter, nedstämd och suicidal

- **Egentlig depression:**
Uppstod före debut av SUD, alternativt uppstått under perioder av nykterhet/drogfrihet.
→ Behandla
- **Substansinducerad depression:**
Depressiva symptom orsakade av psykoaktiva substanser, förbättras spontant vid 2–6 veckors nykterhet/drogfrihet.
→ Avvakta

Fall 3 – Nykter, nedstämd och suicidal

- Naturalförloppet vid nykterhet:

Depressiva symptom som gradvis klingar av



Fall 3 – Nykter, nedstämd och suicidal

- **Egentlig depression vanligare vid:**
 - Ärftlighet för depression
 - Kvinnligt kön
- **Alkohol-inducerad depression vanligare vid:**
 - Ärftlighet för alkoholberoende enbart
 - Manligt kön
 - Svårare grad av alkoholbrukssyndrom
 - Antisocial personlighet och blandmissbruk
- **Kan vara kliniskt svårt att avgöra – individuell risk/nytta-bedömning.**
- **Take home message:**
Utebliven förbättring av depressiva symptom trots bekräftad nykterhet → behandla!



NIH Public Access

Author Manuscript

Am J Psychiatry. Author manuscript; available in PMC 2011 June 23.

Published in final edited form as:

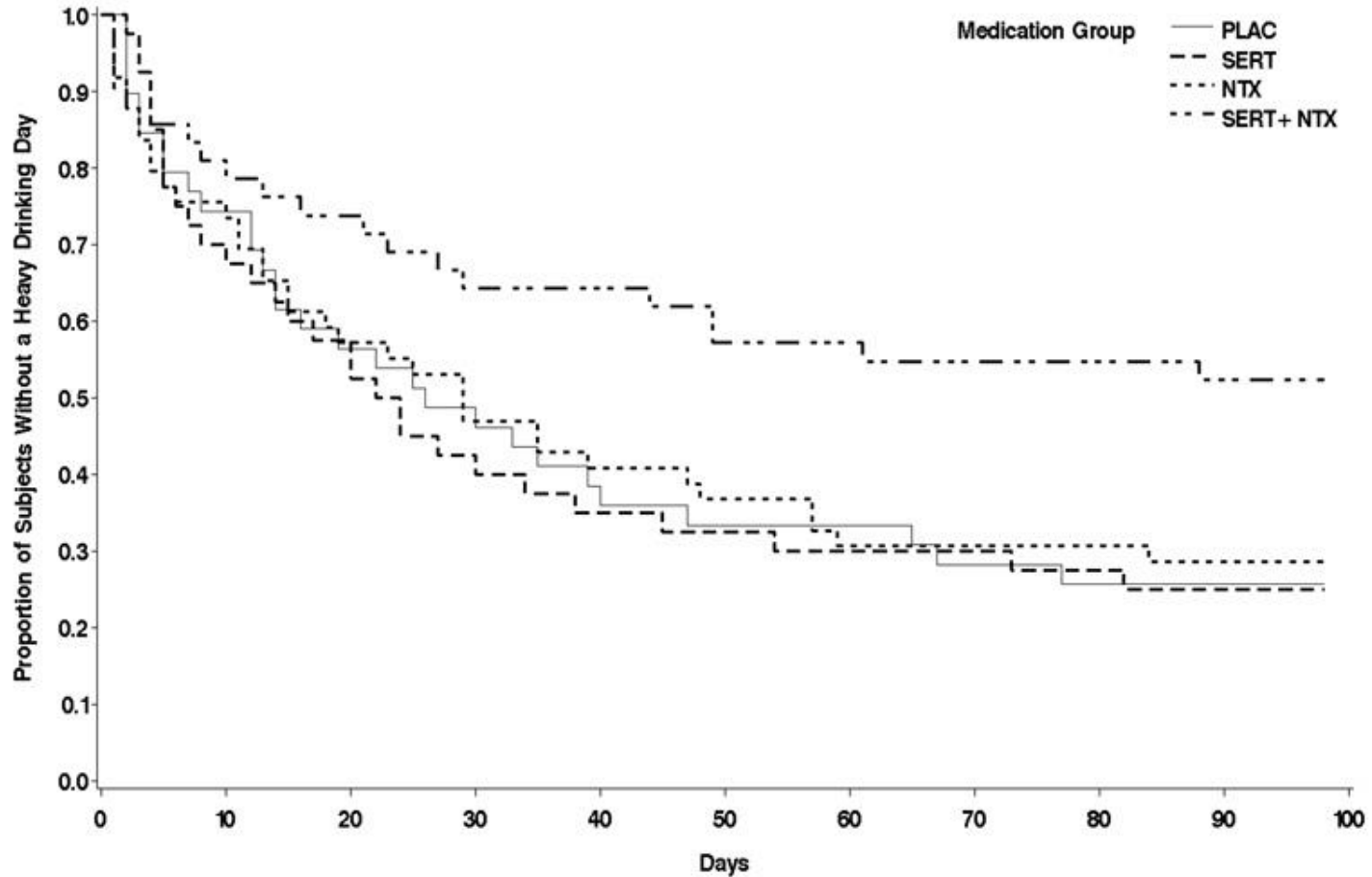
Am J Psychiatry. 2010 June ; 167(6): 668–675. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08060852.

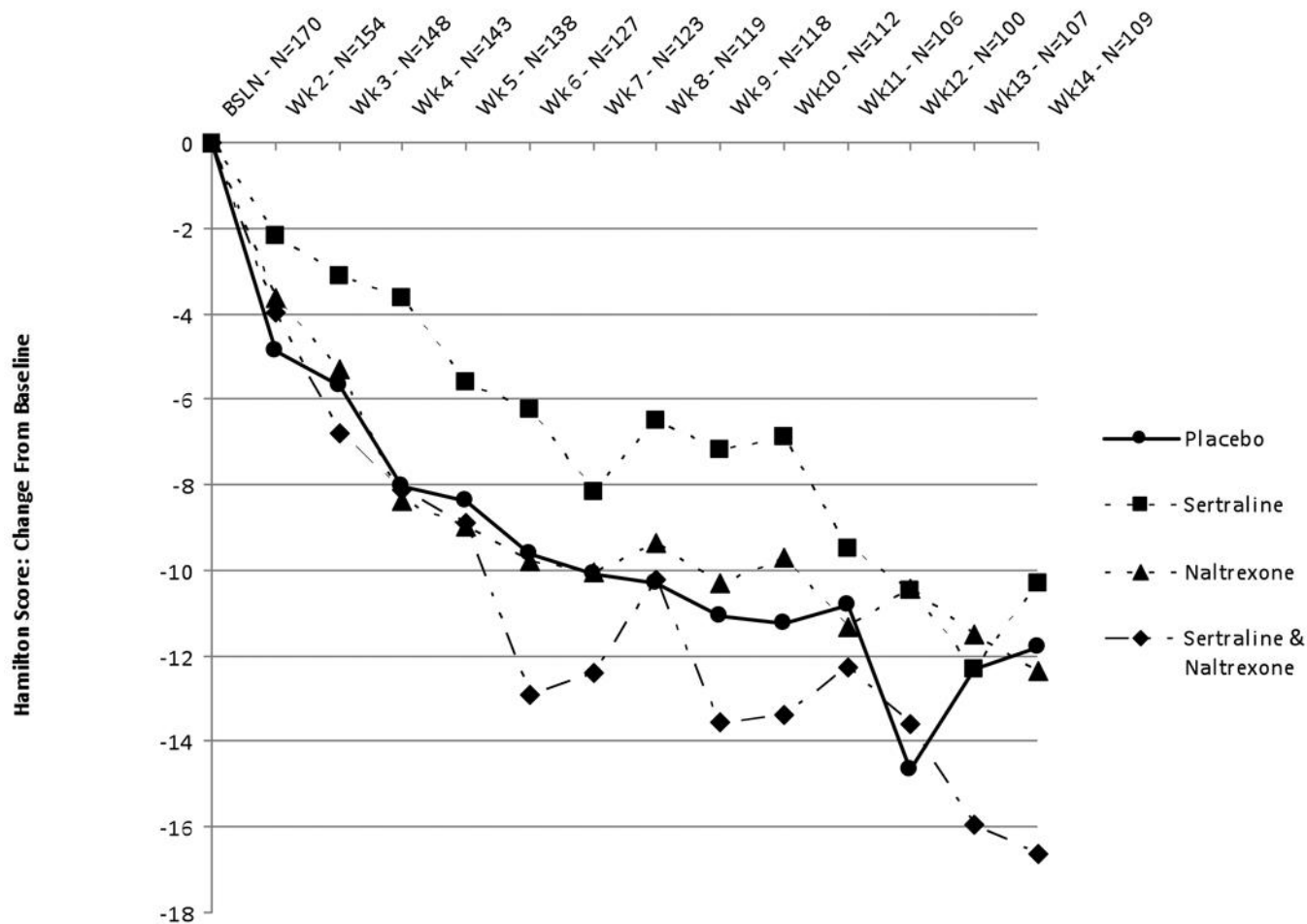
A Double Blind, Placebo-Controlled Trial that Combines Sertraline and Naltrexone for Treating Co-Occurring Depression and Alcohol Dependence

Helen M. Pettinati, Ph.D.¹, David W. Oslin, M.D.^{1,2}, Kyle M. Kampman, M.D.¹, William D. Dundon, Ph.D.¹, Hu Xie, M.S.¹, Thea L. Gallis, B.A.¹, Charles A. Dackis, M.D.¹, and Charles P. O'Brien, M.D., Ph.D.^{1,2}

¹Center for the Studies of Addiction, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania School of Medicine, Philadelphia, PA 19104

²Philadelphia Veterans Affairs Medical Center, Philadelphia, PA 19104





Fall 3 – Nykter, nedstämd och suicidal

- **Utred samsjuklighet systematiskt:**
 - Finns psykiatrisk samsjuklighet hos din SUD-patient?
(MINI, anhörigintervju, NPU)
 - Finns SUD hos din bipolära/deprimerade/psykos/ångest-patient?
(u-tox, lab Peth, AUDIT, DUDIT)
- **Erbjuda behandling av båda tillstånden samtidigt** – kan vara avgörande för att minska risk för suicid på sikt?

Sammanfattning I – SUD och suicid

- SUD är en viktig riskfaktor för suicid – med gemensamma underliggande genetiska och miljöfaktorer.
- Alla substanser medför en ökad suicidrisk – men högst risk för bensodiazepiner och blandmissbruk
- Viktiga riskfaktorer för suicid hos SUD-patienter är:

Depression, tidigare s-försök, pågående substansintag, psykosocial stress, våldsamt och impulsivt beteende

Sammanfattning II – Kliniska fall

- Anamnes från andra än patienten helt avgörande för bedömning av akuta suicidala SUD-patienter.
- Suicidal kommunikation kan användas instrumentellt – försök göra suicidriskbedömningen indirekt och tidigt i samtalet
- Depressivitet och ångest är inte alltid substansutlöst hos SUD-patienter – diagnosticera och behandla bägge tillstånden



**Karolinska
Institutet**