

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Suicidalitet och schizofrenispektrumstörning

Madeleine Carlsson och Kristin Lidén

Examensarbete 30 poäng
Psykologprogrammet
PM2519
Höstterminen 2015

Handledare: Anneli Goulding

Suicidalitet och schizofrenispektrumstörning

Madeleine Carlsson och Kristin Lidén

Sammanfattning: Syftet var att explorativt undersöka om personer med schizofrenispektrumstörning som hade suicidalt beteende skiljde sig från de som inte hade suicidalt beteende avseende psykossymtom, sjukdomsinsikt och impulsivitet. Deltagarna var 30 personer under utredning för misstänkt schizofrenispektrumstörning. Data insamlades med Positive and Negative Symptoms Scale, Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju, anamnesprotokoll och journalhandlingar. För gruppskillnadsanalys användes Chi-två och Mann-Whitney U. För sambandsanalys användes Spearmans rangkorrelation. Signifikant fler personer i gruppen utan suicidalt beteende uppvisade negativa symtom och bristande sjukdomsinsikt jämfört med gruppen med suicidalt beteende. Det fanns också ett signifikant samband där fler negativa symtom associerades med lägre grad sjukdomsinsikt. Sammanfattningsvis visade resultatet att låg förekomst av negativa symtom och hög grad av sjukdomsinsikt kan utgöra riskfaktorer för suicidalitet hos personer med schizofrenispektrumstörning.

Psykisk ohälsa ökar i dagens samhälle och enligt OECD (2013) lider nästan en miljon svenskar i arbetsför ålder av psykisk ohälsa. Därutöver beräknas det att en av två svenskar kommer att drabbas någon gång i livet. Den ökande trenden innefattar även gruppen barn och ungdomar där en av fyra i åldersgruppen 16-18 år lider av psykisk ohälsa (OECD, 2013). Psykisk ohälsa utgör ett brett spektrum av psykiska störningar och psykiatriska tillstånd. Några av de allvarligare psykiska sjukdomarna innefattas i det övergripande begreppet schizofrenispektrumstörning, beskrivet i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* femte upplaga [DSM-5] (American Psychiatric Association [APA], 2013). Schizofrenispektrumstörning definieras utifrån en gruppering av psykiska sjukdomar som präglas av psykotiska inslag, exempelvis vanföreställningar, hallucinationer och desorganiserat tänkande (APA, 2013). Med anledning av den stora variationen av diagnoser och dess symtomuttryck, bland annat inom schizofrenispektrumet, har American Psychiatric Associations klassificeringssystem DSM-5 övergått till att betrakta diagnoser ur ett mer dimensionellt perspektiv. Vid närmre inblick i diagnosernas symtom framkommer dock fortfarande stora överlapp, vilket kan försvåra diagnosticeringsprocessen (APA, 2013). Några diagnoser som innefattas av schizofrenispektrumstörning är schizofreni, vanföreställningssyndrom och schizoaffektiv störning (APA, 2013). Schizofreni kan kort beskrivas med att personen uppvisat nedsättningar i funktion längre än sex månader samt att personen upplevt vanföreställningar, hallucinationer och/eller desorganiserat tal. Till skillnad från schizofreni innefattar diagnosen vanföreställningssyndrom att personen endast upplevt vanföreställningar utan närvaro av andra psykotiska symtom. Schizoaffektiv störning kännetecknas av att personen lider av affektiv problematik samt uppvisar förekomst av positiva symtom såsom vanföreställningar och hallucinationer även då personen inte befinner sig i ett skov med affektiva symtom. På grund av att den schizoaffektiva symtombilden till stor

del överlappar med bipolärt syndrom finns en risk för feldiagnosticering. Bipolärt syndrom karaktäriseras av att personen får maniska skov följt av depressiva episoder. Bipolaritet har betraktats hamna i gränlandet mellan depressiv störning och schizofrenispektrumet (APA, 2013). Ovanstående schizofrenispektrumstörningar inräknas under kategorin funktionella psykoser. De särskiljs från organiska psykoser vilka förklaras som psykotiska tillstånd orsakade av droger eller hjärnskada (Cullberg, 2000). Övriga diagnoser inom schizofrenispektrumet särskiljs från ovanstående diagnoser utifrån duration, grad av funktionsnedsättning samt förekomst och variation av symtom.

Att drabbas av schizofrenispektrumstörning associeras i allmänhet med ett långvarigt, närmast obotligt sjukdomsförlopp som kan resultera i dramatiska personlighetsförändringar och socialt utanförskap (Levander, 2007). Osäkerheten gällande schizofrenispektrumstörningarnas uppkomst och orsak bidrar troligen till den hotfulla okontrollerbarhet som präglar synen på störningarna. Resultatet kan bli en utpräglad stigmatisering och betraktelse av individen som avvikande och mindervärdig (Levander, 2007). Trots mångårig forskning om sjukdomar inom schizofrenispektrumet förekommer få fastställda kausala förklaringar till störningarnas uppkomst utan de beskrivs idag utifrån en multifaktoriell förklaringsmodell (Zuckerman, 1999). Däremot finns deskriptiv information att tillgå gällande schizofrenispektrumstörningars uttryck.

I ett försök att definiera begreppet psykostillstånd inom schizofrenispektrumet betonar Cullberg (2000) kravet på förekomst av vanföreställningar, vilka resulterar i en förvriden och avvikande realitetsuppfattning. Begreppet psykostillstånd särskiljs från schizofrenispektrumstörning utifrån att tillståndet utgörs av en begränsad tidsperiod med hög förekomst av allvarliga psykosymtom. Personer med schizofrenispektrumstörning kan således periodvis befinna sig i psykostillstånd. Likaså kan en person drabbas av psykostillstånd utan att uppfylla kriterier för en diagnos inom schizofrenispektrumet. Utöver vanföreställningar kan psykostillstånd innehållsmässigt bestå av symtom såsom hallucinationer, orienteringsförvirring och beteendevikelser även om det allena inte definierar ett psykostillstånd (Cullberg, 2000).

Symtom vid schizofrenispektrumstörning

Kliniskt delas schizofrenispektrumstörningars explicita uttryck in i positiva, negativa och på senare år även desorganiserade symtom (Barlow & Durand, 2011). Positiva symtom innefattas av vanföreställningar och hallucinationer. Begreppet uppkom utifrån att symtomen betraktas som ett överskott eller förvrängning av personens normal fungerande (Tarrier & Taylor, 2014). 50-70 % av personer som insjuknar i schizofreni upplever antingen hallucinationer eller vanföreställningar, alternativt i kombination med varandra (Lindenmayer & Khan, 2006). Vanföreställningar är ofta svåra och opåverkbara samt kan definieras utifrån dess omfattning, innehåll och grad av bisarr framställning (Cullberg, 2000). Vid psykostillstånd uppstår behovet av att uppleva ett inre sammanhang vilket leder till skapande av en meningsfull förklaring för att hantera de bisarra upplevelser personen befinner sig i. Förklaringarna överordnas kravet på logik och rationalitet och för att belysa denna upplevelse beskriver Cullberg; *“Vid psykosen har behovet av sammanhang segrat och en inre kontinuitet är återställd. Kostnaden för denna kontinuitet är dock att man ger upp delaktigheten i andras verklighet”* (Cullberg, 2000, s.40). Det andra övergripande positiva symtomet är hallucinationer, som kan beskrivas som sinnesupplevelser utan yttre stimulans. Hallucinatoriska upplevelser

kan innefatta samtliga sinnen, dock är hörselhallucinationer vanligast förekommande (Cullberg, 2000), framförallt inom diagnosen paranoid schizofreni (Barlow & Durand, 2011).

Negativa symtom erhöjll sitt namn utifrån att forskning betraktat den emotionella, kognitiva och verbala avflackningen som en förlust av personens normalfungerande (Tarrier & Taylor, 2014). Andelen personer med schizofreni med negativa symtom uppgår till ca 25 % (Lewis, Escalona & Keyth, refererad till i Barlow & Durand, 2011). Negativa symtom kännetecknas av affektiv avflackning, anhedoni, avolition och alogi (Barlow & Durand, 2011). Kortfattat innebär affektiv avflackning att de emotionellt explicita uttrycken saknas även om den affektiva responsen uppstår. Anhedoni innefattar oförmågan att uppleva njutning och avolition kännetecknas av oförmågan att upprätthålla målinriktade aktiviteter. Negativa symtom påverkar även den språkliga interaktionen där alogi utgörs av mutistiska inslag med frånvaro av tal (Barlow & Durand, 2011).

Den tredje symtomkategorin, desorganiserade symtom, inbegriper ett desorganiserat språk med avsaknad av logik och koherens, uppvisande av inadekvata affekter samt desorganiserat beteendemönster. Det sistnämnda karaktäriseras vanligen av katononi vilket kan beskrivas som en motorisk dysfunktion som varierar i spektrumet från ivriga stereotypa rörelsemönster till att fastna i stela ställningar, så kallade stupor (Barlow & Durand, 2011).

Översiktsstudier har funnit signifikanta könsskillnader i symtombilden vid schizofreni, där män uppvisar fler negativa symtom medan kvinnor uppvisar större variation av positiva symtom såsom hörselhallucinationer och förföljelsetankar av paranoid eller sexuell karaktär (Falkenburg & Tracy, 2012). Andra studier har funnit liknande könsskillnader i symtombilden gällande att kvinnor uppvisat fler positiva symtom i form av paranoia samt högre förekomst av impulsivitet och depressivitet i jämförelse med män. Männerna uppvisade däremot högre grad av isolering och nedsatt funktionsförmåga, något som liknas med den negativa symtombilden vid schizofrenispektrumstörning (Goldstein & Link, 1988).

Symtombilden hos personer med schizofrenispektrumstörning kan även relateras till sjukdomsprognos. Hög förekomst av negativa symtom hos personer med schizofreni associeras med sämre prognos (APA, 2013). Andra exempel på negativa prognostiska faktorer är lägre utbildningsnivå och kognitiva nedsättningar. Samtliga faktorer tenderar att vara vanligare bland män. I stora drag beräknas 20 % av personer med schizofreni att ha en gynnsam sjukdomsutveckling, dessvärre är det endast en liten procentandel som tillfrisknar helt (APA, 2013). Andra studier har däremot rapporterat att ungefär hälften av personer med schizofrenispektrumstörning har god prognos (Cullberg, 2000). Samtidigt som prognostiska utlåtanden varierar är det tydligt att personer med schizofrenispektrumstörning har ett behov av resurser och stöd då de i genomsnitt lever 20 år kortare än den generella populationen (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2012). Orsaker till den förkortade livslängden är förekomst av hjärt- och kärlsjukdomar, andra livsstilssjukdomar samt självmord (SBU, 2012).

Suicidalitet

Under 2014 valde 1531 personer (från 15 år och äldre) i Sverige att ta sitt liv. Av dessa var 1044 män och 487 kvinnor (Socialstyrelsen, 2015). I en rapport av *Nationellt*

centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa [NASP] uppges suicid vara den vanligaste dödsorsaken hos män mellan 15-44 år och den näst vanligaste orsaken för kvinnor i samma åldersgrupp (Jiang, Hadlaczky & Wasserman, 2014). I den yngre ålderskategorin, 15-24 år, är det den mest frekventa dödsorsaken bland båda könen (Jiang et al., 2014). Definitionen av suicidalitet omfattas i föreliggande studie av suicidalt beteende uttryckt genom suicid, suicidförsök eller suicidtankar. Forskning har visat att fler kvinnor begår suicidförsök, medan fler män suiciderar (Bozzay, Liu & Kleiman, 2014; Moscicki, 1994). Det kan förklaras genom att kvinnor använder mindre dödliga metoder för att suicidera samt att kvinnor rapporterar suicidförsök i större omfattning än män (Moscicki, 1994). En annan förklaringsmodell är att suicidförsök anses mindre acceptabelt för män och att de därför oftare tar till droger och vapen i sina försök för att det anses mer ”maskulint”. Det resulterar i sin tur i fler dödliga utfall (Moscicki, 1994).

Suicidrisken är särskilt hög inom psykiatrin vilket tydliggörs i statistiken över antal suicidförsök inom slutenvården där 8696 fall i Sverige rapporterades under 2013 (NASP, 2014). Av det totala antalet suicidförsök utfördes 3641 av män samt 5056 av kvinnor. Schizofreni är tillsammans med bipolär sjukdom och alkoholmissbruk ett av de psykiatriska tillstånd som leder till flest självmordade dödsfall (Cullberg, 2000). Där emot varierar de exakta siffrorna gällande antal begångna suicid hos personer med schizofreni. Det rör sig om mellan 5-6 % (APA 2013), 8-12 % (Cullberg, 2000) och 10 % (Levander, 2007). Det framgår dock att risken att ta sitt liv förhöjs betydligt vid insjuknande av schizofrenispektrumstörning och är 8-10 gånger större jämfört med den generella populationen (Levander, 2007). Det föreligger även skillnader i suicidrisk inom spannet för schizofrenispektrumet, där förekomst av suicidförsök hos personer med schizoaffektiv störning angivits till 28 % jämfört med 22 % hos personer med schizofreni (Bhatia, Thomas, Semwal, Thelma, Nimgaonkar & Deshpande, 2006). En överhängande suicidrisk är ständigt närvarande under det psykotiska sjukdomsförloppet och faran är som mest akut året efter insjuknande. Dock kvarstår risken 15-20 år efter psykosutbrott (Cullberg, 2000).

Heterogeniteten hos personer med schizofrenispektrumstörning är stor och risken för suicid påverkas även av det psykotiska tillståndets uttryck. Personer med en symtombild präglad av negativa och desorganiserade symtom uppvisar lägre suicidalitet jämfört med personer med övervägande positiva symtom (Evren & Evren, 2004; Siris, 2001). En förklaringsmodell är att personer med svåra negativa symtom har förlorat kapaciteten att känna depressiva och smärtsamma känslor, vilka har en stark koppling till suicidalitet (Evren et al., 2004). Sambandet mellan negativa symtom och lägre suicidrisk framkommer även i en 14-årig uppföljningsstudie om dödsorsaker hos personer med kronisk schizofreni (Loas, Azi, Noisette, Legrand & Yon, 2009). Resultatet visade att gruppen som begått suicid uppvisade färre negativa symtom, hade högre utbildningsnivå och kortare sjukdomstid. Hög utbildningsnivå kan kopplas till högre kognitiv funktion, vilket tidigare har associerats till förhöjd suicidalitet (Meltzer, 2002). Inslag av paranoida vanföreställningar beskrivs inom de positiva symtomen som den största riskfaktorn för suicid (Fenton, McGlashan, Victor & Blyler, 1997). I vissa fall kan suicid begås som följd av uppmanande rösthallucinationer kring att skada sig själv eller andra (APA, 2013). Motsägande resultat förekommer dock i vissa studier där ingen koppling mellan psykosymtom och suicidförsök påvisats (Pluck et al., 2013).

En ytterligare omdebatterad riskfaktor för suicid är sjukdomsinsikt som traditionellt brukar anses som en prediktor för ett första steg mot tillfrisknande, men som

inom schizofrenispektrumet kan utgöra en ökad risk för suicidalitet (Evren & Evren, 2004). Bristande sjukdomsinsikt kan definieras som försämrad medvetenhet om eller förståelse för sitt tidigare eller nuvarande psykiska tillstånd, förnekande av behandlingsbehov samt bristande förmåga att förutse störningens konsekvenser (Kay, Opler & Fiszbein, 2012). Tidigare studier har uppskattat att 50 - 80 % av personer med schizofreni inte uppfattar att de har en sjukdom (Amador & Gorman, 1998). Bristande sjukdomsinsikt kan även betraktas som en effekt av kognitiv dysfunktion alternativt som en kognitiv strategi, där det sistnämnda innebär att personen har viss insikt i sitt tillstånd men bortser från det i ett försök att bevara sin självkänsla (Mintz, Dobson & Romney, 2003). Riskfaktorer hos schizofrenipatienter som tidigare gjort suicidförsök omnämns vara hög grad av sjukdomsinsikt, låg grad av negativa psykossymtom samt förekomst av depressiva inslag (Evren & Evren, 2004). Detta skiljer sig från andra studier som inte funnit samband mellan sjukdomsinsikt och suicidalitet utan snarare kopplar suicidrisk till depression, specifikt hopplöshet (López-Moriño, Ramón-Rios, David & Dutta, 2012). En metaanalys som undersökt relationen mellan sjukdomsinsikt och förekomst av positiva, negativa och depressiva symtom vid schizofreni påvisar att högre grad av sjukdomsinsikt associeras till fler depressiva symtom. Lägre grad av sjukdomsinsikt kopplas däremot till fler positiva och negativa symtom, framförallt framkom samband mellan positiva symtom och lägre grad av sjukdomsinsikt (Mintz et al., 2003). Att positiva symtom kopplades till lägre grad av sjukdomsinsikt förklaras med att vanföreställningarna och hallucinationerna ofta innebär misstolkningar i perception och förvriden verklighetsuppfattning. Det medför att personen inte upplever symtomen som effekter av en störning (Mintz et al., 2003). Sjukdomsinsikt och depressivitet kan utgöra predicerande riskfaktorer för suicid hos patienter med schizofreni, sambanden har dock visat sig vara svaga (Hor & Taylor, 2010). Andra predicerande riskfaktorer innefattar tidigare suicidförsök, familjehistoria av suicidalitet, missbruk, aktiva hallucinationer och vanföreställningar. Starkast association till suicidalitet har dock visat sig vara ung ålder, högre utbildningsnivå och manligt kön (Hor & Taylor, 2010).

I linje med studier inom den generella populationen visar forskning om könsskillnader och suicidalitet hos patienter med schizofreni att män har högre suicidrisk än kvinnor (Moscicki, 1994; Sinclair, Mullee, King & Baldwin, 2004). Det överensstämmer med beskrivningen att unga män med schizofreni i kombination med drogmissbruk, är en högriskgrupp för suicid (APA, 2013). Däremot har det konstateras att kvinnor oftare uppvisar suicidalt beteende jämfört med män vid förstagångspsykos (Austad, Joa, Johannessen & Larsen, 2013). Vid en långtidsstudie med uppföljning efter 24 år påvisas dock inga könsskillnader i suicidalitet bland personer med schizofreni. Könsskillnader tenderar således att jämnas ut över tid samtidigt som hög suicidrisk kvarstår (Carlborg, Jokinen, Jönsson, Nordström & Nordström, 2008).

Olika förklaringar till den förhöjda suicidaliteten inom schizofrenispektrumet har uppkommit varav en ingång har varit att betrakta impulsivitet som en variabel associerad till förhöjd suicidrisk (Iancu et al., 2010). Hos personer med schizofreni har impulsivitet visat sig ha en stark koppling till ökad benägenhet för aggression, missbruk och våldsamt beteende (Ouzir, 2013).

Impulsivitet

Impulsivitet kan definieras som ”...en ökad benägenhet att reagera plötsligt vid inre eller yttre stimuli, utan att betrakta de eventuella negativa konsekvenser som dessa reaktioner kan medföra för en själv och andra” (egen översättning) (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann, 2001, s.1784). Det är i fortsättningen denna definition som föreliggande studie kommer att hänvisa till vid användande av begreppet impulsivitet.

Impulsivitet förefaller vara ett brett begrepp med motstridiga resultat gällande könsskillnader. Beroende på hur definitionen görs särskiljer sig resultaten. I en amerikansk metaanalys undersöktes könsskillnader i impulsivitet inom den generella populationen. 54,5 % av männen rapporterade impulsivt beteende jämfört med 45,5 % av kvinnorna, vilket var en signifikant könsskillnad där framförallt unga vuxna och män uppvisade högre grad av impulsivitet (Chamorro et al., 2012). Resultatet stöds av andra studier som undersökt könsskillnader i impulsivitetsnivå hos flickor och pojkar (Moffitt, Caspi, Rutter & Silva, 2001). I ytterligare en metaanalys påvisas signifikanta men små könsskillnader gällande generell impulsivitet (Cross, Copping & Campbell, 2011). Generell impulsivitet definierades utifrån instrument som mäter impulsivitet på en övergripande nivå utan specifik kontext med frågor som exempelvis: “*Jag är en impulsiv person*”. Störst könsskillnad framkom gällande sensationssökande/risktagande där män skattade högre än kvinnor. Författarna ansåg dock att sensationssökande/risktagande eventuellt inte bör omfattas av impulsivitetsbegreppet (Cross et al., 2011). Sammanfattningsvis uppvisar forskningsfältet bristande samstämmighet och flertalet studier finner inte något samband mellan impulsivitet och kön (Fu, Ko, Wu, Cherng & Cheng, 2007; Reyes, Crocker, Weinstein, Roy & Karon, 2013).

Impulsivitet har visat sig ha en stark koppling till en bred variation av psykiska sjukdomar, däribland störningar inom schizofrenispektrumet (Moeller et al., 2001; Ouzir, 2013). Att personer med schizofreni uppvisar högre grad av impulsivitet framkommer i jämförelser med den generella populationen (Kaladjian, Jeanningros, Azorin, Anton & Mazzola-Pomietto, 2011). Det har diskuterats om det impulsiva beslutsfattande som rapporterats hos personer med schizofreni till och med bör betraktas som en central del av sjukdomen (Heerey, Robinson, McMahon & Gold, 2007). Det impulsiva beslutsfattandet kan förklaras som en persons tendens att välja direkt belöning över fördröjd, även om det senare alternativet skulle vara mer gynnsamt. Impulsivt beteende kan även kopplas till störningar i delar av hjärnan (prefrontal cortex) och förhöjd hjärnaktivitet vid responsprevention. Sambandet mellan både skattad impulsivitet och ökad hjärnaktivitet i prefrontal cortex vid responsprevention bland schizofrenipatienter tyder på högre förekomst av impulsivitet i patientgruppen jämfört med generell population (Kaladjian et al., 2011).

Inom den generella populationen har samband påvisats mellan impulsivitet och förhöjd suicidalitet (Gvion & Apter, 2011). Trots indikationer på hög impulsivitet hos personer med schizofrenispektrumstörning finns endast ett fåtal specifika studier om sambandet mellan impulsivitet och suicidalitet inom spektrumet (Ouzir, 2013). Personer inom schizofrenispektrumet uppvisar dock våldsamt vid suicidförsök som ofta är av drastisk karaktär (Levander, 2007). Ytterligare forskning finner att personer med schizofreni tar sitt liv på ett impulsivt sätt i större utsträckning jämfört med den generella populationen (Tarrier & Taylor, 2014). En studie har funnit ett starkt samband mellan impulsivitet och förhöjd suicidrisk hos personer med schizofreni, dock undersöktes

endast män (Iancu et al., 2010). Utifrån att personer med schizofrenispektrumstörning utgör en högriskgrupp att begå suicid är det av betydande vikt att ytterligare klargöra predicerande variabler.

Tidigare forskning om suicidalitet och schizofrenispektrumstörning har fokuserat på relationen mellan suicidalitet och psykosymtom. Flera studier indikerar att det finns samband mellan negativa symtom och minskad suicidrisk till skillnad från positiva symtom där framförallt paranoida vanföreställningar utgör en stark prediktor för ökad suicidalitet (Evren et al., 2004; Fenton et al., 1997; Loas et al., 2009). Det finns dock motsägande resultat som inte visar någon koppling mellan psykosymtom och suicidförsök (Pluck et al., 2013). Likaså uppvisar forskningsfältet varierade resultat gällande relationen mellan sjukdomsinsikt och suicidalitet där studier visar på existerande samband (Evren & Evren, 2004), frånvaro av samband (López-Moriñigo, 2012) och på svaga samband (Hor & Taylor, 2010). Då resultatet från tidigare forskning om suicidalitet och kopplingen till psykosymtom och sjukdomsinsikt varierar samt det saknas studier kring sambandet mellan suicidalitet och impulsivitet, anser vi att en studie om gruppskillnader mellan personer med eller utan suicidalt beteende avseende riskfaktorer såsom sjukdomsinsikt, psykosymtom och impulsivitet hos personer med schizofrenispektrumstörning är berättigad. Likaså anser vi att det är av yttersta vikt att inkludera kvinnor i denna frågeställning vilket möjliggör undersökning av eventuella könsskillnader.

Syfte

Målet med studien är att bidra med ökad förståelse för personer med schizofrenispektrumstörning. Det huvudsakliga syftet i föreliggande studie är att explorativt undersöka om (1) det föreligger skillnader mellan gruppen med suicidalt beteende och gruppen utan suicidalt beteende avseende förekomst av positiva och negativa symtom, sjukdomsinsikt och impulsivitet hos personer med schizofrenispektrumstörning. Därutöver undersöka (2) om det föreligger inbördes samband mellan positiva/negativa symtom, sjukdomsinsikt och impulsivitet. Slutligen (3) om det föreligger eventuella könsskillnader avseende samtliga variabler.

Förhoppningen är att föreliggande studie ska bidra till uppslag för framtida forskning om suicidalitet inom schizofrenispektrumet.

Metod

Deltagare

Deltagare i föreliggande studie var 30 patienter inom vuxenpsykiatri i Västra Götalandsregionen med misstänkt diagnos inom schizofrenispektrumet. Gruppen bestod av elva kvinnor och 19 män i åldersspannet 21-52 år med en medelålder på 37 år ($s = 9,6$). Samtliga patienter hade påbörjat utredning vid en psykosjukhus med frågeställningen schizofrenispektrumstörning. Eftersom personerna kom i kontakt med psykosjukhusen i samband med utredning om misstänkt schizofrenispektrumstörning förekom stor variation i preliminära diagnoser inom gruppen, vilka under utredningen kan komma att

ändras. Förekommande diagnoser var framförallt schizofreni, vanföreställningsyndrom, ospecificerad icke organisk psykos samt bipolär sjukdom. I föreliggande studie kategoriserades olika typer av psykostillstånd, vanföreställningssyndrom och schizofreni som schizofrenispektrumstörning ($n = 20$) eftersom det går i linje med klassificeringen enligt DSM-5 (APA, 2013). Utöver dessa deltagare ingick fem personer med bipolärt syndrom och fem personer som hade störningar med inslag av depression och autismspektrumstörning vilka inte inräknas inom schizofrenispektrumet. Orsaken till det var att deltagarna befann sig i utredning (för schizofrenispektrumstörning) där diagnoserna är preliminära och kan komma att ändras, därför inkluderades även personer med diagnoser som inledningsvis inte innefattades av schizofrenispektrumet. Utbildningsnivån hos deltagarna varierade från gymnasienivå till högskolenivå, varav majoriteten hade utbildning på gymnasienivå.

Exklusionskriterier. Om en person uppvisade grava kognitiva svårigheter eller befann sig i ett akut psykostillstånd tillfrågades inte personen om att delta i föreliggande studien.

Instrument

Suicidalitet. Suicidalitet mättes med hjälp av Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju [M.I.N.I.] som är en strukturerad intervju som används för screening av psykiska störningar på Axel I utifrån kriterier enligt DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). M.I.N.I. valdes då det tar kort tid att utföra och har acceptabel validitet och reliabilitet (Allgulander, Waern, Humble, Andersch, & Ågren, 2009). I M.I.N.I. fanns 13 frågor som mätte förekomst, intensitet och frekvens av suicidtankar samt planerade suicidhandlingar. Frågorna utgick ifrån hur det har varit under den senaste månaden förutom en fråga som utgick ifrån livstiden. Exempel på frågor var: “*Har du tänkt att det vore bättre om du vore död eller önskat att du vore död?*”, “*Har du gjort en plan för att ta ditt liv?*” och “*Har du någonsin försökt ta livet av dig?*”.

Suicidalitet mättes även utifrån journalhandlingar samt via ett övergripande anamnesprotokoll där bland annat två frågor om suicidalitet berördes, exempelvis: “*Har patienten någonsin genomfört ett suicidförsök?*”. Frågan besvarades både utifrån det senaste året samt ur ett livstidsperspektiv. I föreliggande studie sammanställdes svar från M.I.N.I., anamnesprotokoll och journalhandlingar till en sammanslagen variabel som avsågs mäta förekomst/avsaknad av suicidalitet. Vid minst ett positivt svar på en av frågorna i något av instrumenten kodades personen till gruppen med förekomst av suicidalitet.

Psykossymtom. Psykossymtom mättes med hjälp av Positive and Negative Syndrome Scale [PANSS] (Kay et al., 2012) som är utformad för att mäta förekomst och svårighetsgrad av psykossymtom samt generell psykopatologi. PANSS är ett semi-strukturerat intervjuformulär med 30 items vilka var uppdelade på tre olika symtomska-
lor; positiva (7), negativa (7) och generellt psykopatologiska (16) symtom. Varje item skattades utifrån en sjugradig skala med ändpunkterna *saknas* (1) och *extrem* (7). Frågorna var både av kvantitativ och kvalitativ karaktär. Skattningarna baserades på muntligt material, observerat beteende under intervjun samt rapporter från sjukvårdspersonal och anhöriga. Exempel på frågor utifrån den positiva symtomskalan var: “*Får du ibland meddelanden i radio eller TV som är riktade direkt till dig?*” och “*Har du ibland*

främmande eller ovanliga upplevelser?” Instrumentet innefattade inga direkta frågor gällande negativa symtom utan skattningen baserades på observationer under intervjun samt utomstående rapporter från exempelvis anhöriga och sjukvårdspersonal. PANSS valdes då instrumentet uppvisar god reliabilitet med hög intern konsistens för samtliga symtomskalor med alphavärden för den positiva symtomskalan på .72, den negativa symtomskalan .81 och den generella symtomsskalan .77. Även interbedömarreliabiliteten visar på hög samstämmighet med en genomsnittlig korrelation runt .83-.87 (Kay et al., 2012). Instrumentet bedöms ha god validitet (Kay et al., 2012). Information om psykossymtom inhämtades även utifrån journalhandlingar.

I föreliggande studie kodades psykossymtom enligt PANSS sjugradiga skala om data fanns tillgänglig. I annat fall kodades psykossymtom med hjälp av den sammanslagna variabeln som utgick från data inhämtad från PANSS och journalhandlingar. Den sammanslagna variabeln mätte endast förekomst/frånvaro av positiva och/eller negativa symtom. Ett gränsvärde på ≥ 3 användes vilket innebar att om en person skattade tre poäng eller högre på ett item enligt PANSS-skalan kodades det som att symtom förekom. Gränsvärdet valdes i enlighet med rekommendationen för PANSS remissionsskala (RS-S) (Opler, Jung, Danan, & Opler, 2008). Om data från PANSS saknades användes journalhandlingar för att undersöka om positiva och/eller negativa symtom förekom hos personen. Fanns förekomst av positiva och/eller negativa symtom inskrivet i journal kodades det som ett ”Ja”, (dvs att symtom förelåg hos personen).

Impulsivitet. Impulsivitet mättes med hjälp av instrumentet PANSS (Kay et al., 2012) delskala för generell psykopatologi samt utifrån information inhämtad från journalhandlingar. Item (G14) i PANSS mätte bristande impuls kontroll, vilket förklaras som försämrad reglering och kontroll av driftstyrda handlingar. Det kan yttra sig i hastiga, oberäkneliga och bristfälligt anpassade utbrott av känslor och impulser utan att personen oroar sig för konsekvenserna (Kay et al., 2012). Skattningen baserades på muntligt material, observerat beteende under intervjun samt rapporter från sjukvårdspersonal och anhöriga. Exempel på frågor var: *“Tappar du ibland kontrollen över dig själv?”*, *“Har du hetsigt humör?”* och *“Hamnar du i slagsmål?”*. Bristfällig impuls kontroll bedömdes av intervjuaren utifrån en sjugradig skala med ändpunkterna *saknas (1)*, och *extrem (7)*. Om bristfällig impuls kontroll skattades *(1) saknas* innebär det att personen inte uppfyller kriterier för skalan. Om bedömningen istället blev *(7) extrem* innebär det att personen är benägen att mörda och sexuellt överfalla andra samt kan uppvisa brutalitet och självdestruktivitet. Det innebar även att personen behöver konstant bevakning eftersom impulserna bedömdes som farliga.

I föreliggande studie kodades impulsivitet enligt PANSS sjugradiga skala om data fanns tillgänglig. I annat fall kodades impulsivitet med hjälp av en sammanslagen variabel utifrån data inhämtad från PANSS och journalhandlingar. Den sammanslagna variabeln mätte endast förekomst/frånvaro av impulsivitet. Ett gränsvärde på ≥ 3 användes vilket innebar att om en person skattade tre poäng eller högre på item (G14) enligt PANSS-skalan kodades det som att impulsivitet förekom. Gränsvärdet valdes i enlighet med rekommendationen för PANSS remissionsskala (RS-S) (Opler et al., 2008). Om data från PANSS saknades användes journalhandlingar för att undersöka om impulsivitet förekom hos personen. Fanns förekomst av impulsivitet inskrivet i journal kodades det som ett ”Ja”, (dvs att impulsivitet förelåg hos personen).

Sjukdomsinsikt. Sjukdomsinsikt mättes med hjälp av instrumentet PANSS (Kay et al., 2012) delskala för generell psykopatologi samt utifrån information inhämtad från journalhandlingar. Item (G12) i PANSS mätte brist på omdöme och insikt, vilket förkla-

ras som försämrade förståelse för sitt psykiska tillstånd och sin livssituation. Bristande sjukdomsinsikt framgår av att personen inte uppvisar medvetenhet för sin tidigare eller nuvarande psykiska sjukdom eller symtom. Personen kan även förneka behov av vård eller behandling. Dessa beslut kännetecknas av att personen har bristfällig kort- och långtidsplanering vilket leder till svårigheter att förutse konsekvenser (Kay et al., 2012). Skattningen baserades på tankeinnehållet som framkom under intervjun och bedömdes av intervjuaren utifrån en sjugradig skala med ändpunkterna *saknas* (1), och *extrem* (7). Exempel på frågor var: *Varför kom du in på sjukhus?*, *Har du några besvär som kräver behandling?* och *Har du för närvarande några psykiska problem?*. Om brist på omdöme och insikt skattades (1) *saknas* innebär det att personen inte uppfyllde kriterierna för definitionen. Om bedömningen istället blev (7) *extrem* innebär det att personen uppvisar ett eftertryckligt förnekande av tidigare eller nuvarande psykisk störning samt att nuvarande sjukhusvård och behandling tolkas i form av vanföreställningar exempelvis som bestraffning. Patienten kan även uppvisa medicinvägran och ovilja att samarbeta med personal.

I föreliggande studie kodades bristande sjukdomsinsikt enligt PANSS sjugradiga skala om data fanns tillgänglig. I annat fall kodades sjukdomsinsikt med hjälp av en sammanslagen variabel utifrån data inhämtad från PANSS och journalhandlingar. Den sammanslagna variabeln mätte endast förekomst/frånvaro av sjukdomsinsikt. Ett gränsvärde på ≥ 3 användes vilket innebär att om en person skattade tre poäng eller högre på item (G12) enligt PANSS-skalan kodades det som bristande sjukdomsinsikt. Gränsvärdet valdes i enlighet med rekommendationen för PANSS remissionsskala (RS-S) (Opler et al., 2008). Om data från PANSS saknades användes journalhandlingar för att undersöka om sjukdomsinsikt förekom hos personen. Fanns förekomst av sjukdomsinsikt inskrivet i journal kodades det som ett "Ja", (dvs att sjukdomsinsikt förelåg hos personen).

Tillvägagångssätt

Personer som insjuknat i misstänkt schizofrenispektrumstörning utreddes enligt ett standardiserat förfarande vid aktuell slutenvårdsavdelning eller öppenvårdsmottagning som tillhörde en psykosklinik i Västsverige. Deltagarna genomförde således ett kliniskt utredningsbatteri som bland annat bestod av ett anamnesprotokoll, M.I.N.I. och PANSS. Uppgifter inhämtades således från klinisk utredningsdata, vilket innebär att data insamlades successivt via ordinarie klinisk praktik av vårdpersonal. PANSS och M.I.N.I. samlades oftast in i ett tidigt skede och vid samma tillfälle. Eftersom utredningsprocessen kan vara lång har datainsamlingen varit utsträckt under cirka ett halvår. Då personerna bedömdes kunna ta del av, förstå och fatta beslut så tillfrågades de om deltagande i en forskningsstudie, Gothenburg Research and Investigation on Psychosis (GRIP). 39 personer gavs information om GRIP. Av dessa gav 35 personer skriftligt informerat samtycke till deltagande. Tre personer drog tillbaka sitt samtycke, en svarade inte och en person remitterades till annan klinik. Slutligen deltog 30 personer i forskningsprojektet.

Personerna fick information om att medverkan sker anonymt och att all information redovisas som statistik på gruppnivå vilket innebär att enskilda personer inte kan identifieras. I och med att information om personuppgifter kodades kan inga obehöriga identifiera deltagarna. Slutligen gavs information om att deltagande sker frivilligt och

att tillbakadragande av samtycke kan ske när som helst och utan förklaring. Om personen valde att delta, avstå eller avbryta sitt deltagande i forskningsprojektet skulle det inte påverka fortsatt behandling inom sjukvården. Om personerna valde att samtycka till deltagande informerades de om att data som insamlats ifrån den kliniska utredningen kan användas i forskning. Utöver insamling av skattningsformulär förekom ibland öppna intervjuer med patienter där relevant information om exempelvis symtombild framkom vilket då fördes in i journalen. Detta innebar att data från PANSS och M.I.N.I. inte fanns för samtliga deltagare. I de fall ifyllda formulär saknades fanns information om suicidalitet, psykossymtom, sjukdomsinsikt och impulsivitet istället i patientens journal. De datakällor som användes var således både frågeformulärs- och journaldata.

Etiska överväganden. Forskningsplanen har genomgått etikprövning och samtliga deltagare har gett skriftligt informerat samtycke till att delta i forskningsprojektet GRIP. Etiska överväganden gjordes utifrån deltagarnas kliniska sårbarhet men då personerna befann sig inom ett vårdssammanhang och inte utsattes för något utöver klinisk praktik ansågs projektet inte utgöra skada. Deltagare har tillsammans med extern behandlingspersonal bedömts ha förståelse för projektets innebörd. I de fall personen uppvisade grava kognitiva svårigheter eller befann sig i ett akut psykostillstånd tillfrågades inte personen att delta i forskningsprojektet.

Dataanalys

Den huvudsakliga analysens syfte var att undersöka gruppskillnader som inkluderade samtliga deltagare (totalgruppen). Eftersom det inte fanns frågeformulärdata för samtliga individer användes även journaldata. Det medförde att sammanslagna variabler konstruerades (utifrån MINI, anamnesprotokoll, journalhandlingar och PANSS) där respektive variabel suicidalitet, psykossymtom, sjukdomsinsikt och impulsivitet definierades enligt nominalskala för att inkludera så många deltagare som möjligt. Ytterligare en analys på mer specificerad data genomfördes i syfte att komplettera undersökningen av gruppskillnader där variablerna psykossymtom, sjukdomsinsikt (item G12) och impulsivitet (item G14) definierades på ordinalskalenivå vilket dock medförde lägre deltagarantal (subgruppen). Utifrån det låga deltagarantalet valdes Chi-två och Mann-Whitney U för gruppskillnadsanalyser. För korrelationsanalys valdes Spearman's rho. Vid samtliga statistiska analyser valdes signifikansnivån $p < .05$.

Resultat

I den totala gruppen (dvs samtliga deltagare) utan suicidalt beteende uppvisade signifikant fler personer förekomst av negativa symtom jämfört med totalgruppen (dvs samtliga deltagare) med suicidalt beteende ($\chi^2 = 6,56$, $df = 1$, $p = .010$). Tio av totalt 12 personer utan suicidalt beteende uppvisade negativa symtom, jämfört med sex av totalt 17 personer med suicidalt beteende (se Tabell 1). Analysen av subgruppen dvs deltagare som besvarat PANSS visade att gruppen utan suicidalt beteende hade signifikant fler negativa symtom jämfört med gruppen med suicidalt beteende ($U = 17,00$, $N = 7$ $N_2 = 13$, $p = .022$, two-tailed). Medianvärdet för subgruppen (dvs deltagare som ifyllt PANSS) utan suicidalt beteende låg på 19 poäng på PANSS negativa symtomskala me-

dan subgruppen med suicidalt beteende hade nio poäng. Båda grupperna hade en variationsvidd på 17 poäng.

Det fanns inga signifikanta skillnader avseende positiva symtom mellan grupperna med respektive utan suicidalitet.

Signifikant fler personer inom den totala gruppen (dvs samtliga deltagare) utan suicidalt beteende uppvisade bristande sjukdomsinsikt jämfört med totalgruppen (dvs samtliga deltagare) med suicidalt beteende ($\chi^2 = 5,40$, $df = 1$, $p = .029$, *Fishers exact*). Åtta av totalt 12 personer utan suicidalt beteende uppvisade bristande sjukdomsinsikt, jämfört med fyra av totalt 17 personer med suicidalt beteende (se Tabell 1). Analysen av subgruppen dvs deltagare som besvarat PANSS visade att gruppen utan suicidalt beteende hade signifikant större brist på sjukdomsinsikt jämfört med subgruppen (dvs deltagare som ifyllt PANSS) med suicidalt beteende ($U = 4,50$, $N_1 = 6$ $N_2 = 11$, $p = .002$, two-tailed). Medianvärdet för subgruppen (dvs deltagare som ifyllt PANSS) utan suicidalt beteende låg på fem poäng för PANSS-skalan för sjukdomsinsikt och för subgruppen med suicidalt beteende en poäng. Båda grupperna hade en variationsvidd på tre poäng.

Tabell 1

Antal deltagare med eller utan suicidalt beteende avseende negativa symtom och sjukdomsinsikt

Suicidalt beteende	Negativa symtom		Sjukdomsinsikt	
	Ja (%)	Nej (%)	Ja (%)	Nej (%)
Ja	6 (20,7)	11 (37)	13 (44,8)	4 (13,8)
Nej	10 (34,5)	2 (6,9)	4 (13,8)	8 (27,6)

Det fanns ett signifikant samband mellan sjukdomsinsikt och förekomst av negativa symtom, där fler negativa symtom associerades med större brist på sjukdomsinsikt ($\rho = .53$, $N = 17$, $p = .030$, two-tailed). Det fanns inget signifikant samband mellan positiva symtom och sjukdomsinsikt.

Inga signifikanta resultat framkom gällande impulsivitet och övriga variabler. Det framkom inte heller några signifikanta könsskillnader gällande suicidalitet, bristande sjukdomsinsikt, positiva/negativa symtom eller impulsivitet. En tendens gick dock att urskilja där tio av totalt 18 män uppvisade bristande sjukdomsinsikt jämfört med två av totalt elva kvinnor ($\chi^2 = 3.93$, $df = 1$, $p = .064$, *Fishers exact*).

Diskussion

Signifikanta gruppskillnader framkom mellan personer med och utan suicidalt beteende avseende negativa symtom och bristande sjukdomsinsikt. Inom gruppen utan suicidalt beteende uppvisade signifikant fler personer negativa symtom samt bristande sjukdomsinsikt jämfört med gruppen med suicidalt beteende. Resultatet går i linje med merparten av tidigare forskning som påvisat att personer med schizofrenispektrumstörning präglad av få negativa symtom ofta uppvisar suicidalt beteende (Evren & Evren, 2004; Siris, 2001). Inom den negativa symtombilden kan affektiv avflackning bidra till svårigheter att känna depressivitet och smärtsamma känslor. Det kan utgöra en förklarande faktor till avsaknad av suicidalt beteende (Evren & Evren, 2004). Det framkommer däremot inga signifikanta resultat gällande positiva symtom och suicidalitet. Det skiljer sig från tidigare studier som påvisat samband mellan suicidalitet och förekomst av positiva symtom av främst paranoid karaktär, där paranoida vanföreställningar kan leda till drastiska åtgärder att ta sitt liv (Fenton et al., 1997).

Gällande frågeställningen om suicidalitet och dess koppling till sjukdomsinsikt har tidigare forskning uppvisat tvetydiga resultat. Hög sjukdomsinsikt har lyfts fram som en riskfaktor för suicid hos personer med schizofreni (Evren & Evren, 2004) samtidigt som andra studier inte funnit något samband mellan sjukdomsinsikt och suicidalitet utan istället lyft fram depressivitet som riskfaktor (Lopez-Moriñigo et al., 2012). Föreliggande studie indikerar att fler personer i gruppen med suicidalt beteende uppvisar högre grad av sjukdomsinsikt. Då diagnoser inom schizofrenispektrumet innebär ökade svårigheter i vardagslivet och utbredd stigmatisering (Levander, 2007) kan hög grad av insikt om diagnosens konsekvenser sannolikt leda till utveckling av depressivitet. Det kan i sin tur utgöra en riskfaktor för suicidalt beteende. Antagandet kring samband mellan sjukdomsinsikt och depressivitet har funnit stöd i tidigare forskning (Mintz et al., 2003). Hos personer med schizofrenispektrumstörning är risken för suicid störst under det första året efter sjukdomsutbrott (Cullberg, 2000). Om hög förekomst av sjukdomsinsikt föreligger hos personer med nydebuterad schizofrenispektrumdiagnos kan den förhöjda suicidrisken potentiellt förklaras med att livsomställningen och dess konsekvenser inledningsvis är svår att acceptera. En livskris kan uppstå med förhöjd risk att begå suicidhandlingar som en flykt från insiktens realitet.

Tidigare forskning visar att bristande sjukdomsinsikt kan associeras till både negativa och positiva symtom (Mintz et al., 2003). Föreliggande studie visar däremot på ett starkt samband ($\rho = .53$) mellan negativa symtom och sjukdomsinsikt där fler negativa symtom associeras till större brist på sjukdomsinsikt. Enligt Cohens (1988) riktlinjer visar sambandet på hög effekt. En möjlig förklaring är att negativa symtoms uttryck med kognitiv och affektiv avflackning kan försvåra förmåga till insikt. Trots signifikanta resultat avseende sjukdomsinsikt kopplat till negativa symtom och suicidalitet är det av yttersta vikt att betona svårigheten att mäta sjukdomsinsikt då det utgörs av en extern bedömning av patientens tänkande där verbalisering av insikt inte måste innefatta kognitiv förståelse.

Föreliggande studie fann inga signifikanta resultat gällande sjukdomsinsikt och positiva symtom. Det skiljer sig från tidigare studier som påvisat att positiva symtom av svår karaktär medför uppluckring av realitetsuppfattningen med minskad förmåga att inse sjukdomstillståndet (Mintz et al., 2003). Upplevelsen av att vara frisk kan även utgöras av en vanföreställning och därmed betraktas som ett positivt symtom och en del av sjukdomen i sig (Osatuke, Ciesla, Kasckow, Zisook & Mohamed, 2008). Inom

forskningsfältet råder diskussion mellan att betrakta bristande sjukdomsinsikt vid schizofreni som ett symtom, en effekt av symtom, en effekt av neuropsykologisk nedsättning, en copingstrategi eller en kombination av ovanstående (Osatuke et al., 2008). Ytterligare en aspekt att ta hänsyn till gällande sjukdomsinsikt vid schizofrenispektrumstörning är att diagnoserna till viss del är kontextberoende i den mån att det påverkas av kulturella normer kring vad som betraktas vara friskt eller sjukt. Vad som anses vara tecken på bristande sjukdomsinsikt står i relation till var gränsen går för att symtomen ska klassificeras som schizofrenispektrumstörning och därmed ett sjukdomstillstånd som personen sedan har eller saknar insikt i.

Gällande könsskillnader visade resultatet på en tendens där män uppvisade större brist på sjukdomsinsikt jämfört med kvinnor. Ett resultat som inte har förekommit i tidigare forskning i vidare bemärkelse. Däremot framhålls det att män tenderar att innehå högre förekomst av negativa symtom (Falkenburg & Tracy, 2012) vilket i sin tur har påvisats samvariera med bristande sjukdomsinsikt (Mintz et al., 2003). Komplexiteten är dock stor där resultatet i föreliggande studie tyder på att lägre grad av sjukdomsinsikt och negativa symtom kan utgöra skyddande faktorer för suicid, samtidigt som andra studier visar att fler män med schizofrenispektrumstörning begår suicid jämfört med kvinnor inom spektrumet (Moscicki, 1994; Sinclair et al., 2004). Enskilda faktorer påverkan på suicidalitet är således svåra att klargöra.

En annan faktor som har en otydlig koppling till suicidalitet och schizofrenispektrumstörning är impulsivitet där inga signifikanta resultat påvisades i föreliggande studie. Däremot finner forskning på generell population att impulsivitet utgör riskfaktor för suicidalt beteende (Gvion & Apter, 2011). Trots avsaknad av koppling mellan impulsivitet och suicidalitet har tidigare forskning funnit att personer med schizofrenispektrumstörning uppvisar hög förekomst av impulsivitet (Moeller et al., 2001; Ouzir, 2013) samt att de tar sitt liv på ett impulsivt sätt i större utsträckning än generell population (Tarrier & Taylor, 2014). Exempel på suicidhandlingar vid schizofreni kan vara att hänga sig, hoppa framför tåget, dränka sig, skjuta sig eller liknande (Levander, 2007). Det kan betraktas antingen som tecken på impulsivt beteende eller att det är ett överlagt självmord som är av våldsamt och impulsiv karaktär. Utifrån tidigare forskning och statistik kan ett eventuellt förhållande mellan suicidalitet och impulsivitet inom schizofrenispektrumet röra sig om kvantitativa skillnader i antal suicid jämfört med generell population samt kvalitativa skillnader i hur de tar sitt liv. Föreliggande studie fann inte några signifikanta resultat gällande impulsivitet och kön, vilket går i linje med studier där frånvaro av samband mellan variablerna påvisats (Fu et al., 2007; Reyes et al., 2013).

Sammanfattningsvis indikerar studiens resultat att negativa symtom kan fungera som en potentiell skyddsfaktor mot suicidalitet. Schizofrenispektrumets stora paradox är dock att forskning visar att hög förekomst av negativa symtom hos personer med schizofreni associeras till sämre prognos (APA, 2013). Personer med allvarliga negativa symtom tenderar att uppvisa sämre funktion med emotionell, kognitiv och verbal avflackning (Tarrier & Taylor, 2014) vilket leder till inåtvändhet, isolering och bristande handlingskraft. Trots att personer med omfattande negativ symtombild associeras till sämre prognos är det främst personer med positiv symtombild som utgör störst risk att begå suicid (Evren & Evren, 2004) möjligen som följd av uppmanande rösthallucinos och paranoida vanföreställningar (Fenton et al., 1997). Olika studier har visat varierade resultat gällande prognos (APA, 2013; Cullberg, 2000) och en anledning till det kan vara hur bortfall hanteras. I bortfallsgruppen kan det finnas individer som forskarna inte

får kontakt med på grund av olika anledningar, där en av orsakerna kan vara att personen avlidit på grund av suicid. Om forskare endast undersöker personer de fått kontakt med kommer sannolikt uppskattningen av antalet individer med god prognos att vara falskt hög (Lundin & Flyckt, 2015, oktober).

Det bör även nämnas att nuvarande diskussion till stor del beskrivits ur ett dikotomt perspektiv med positiva symtom särskilt från de negativa. Vanligen förekommer symtom från respektive sidor samtidigt, även om symtombilden kan domineras av en av symtomkategorierna. Desorganiserade symtom har inte varit i fokus i föreliggande studie då mätinstrumentet som använts inte separerat desorganiserade symtom till en egen kategori utan de har ingått i en övergripande kategorisering kallad "allmän psykopatologi". Desorganiserade symtom kan i likhet med övriga symtom utgöra förklarande faktorer som kan ha gått förlorade i och med den dikotoma kategoriseringen. Ytterligare en faktor som inte inkluderats i studien men som kan ha påverkat resultatet är deltagarnas eventuella medicinering av neuroleptika. Förutom att neuroleptika framförallt minskar de positiva symtomen kan även biverkningar utgöras av upplevelser av bristande förmåga att känna, uppleva och ta initiativ, vilket kan misstolkas som förekomst av negativa symtom (SBU, 1998). Medicinering av neuroleptika kan således utgöra en bakomliggande faktor som eventuellt minskar risken för suicidalt beteende.

Begränsningar i studien har varit att data har insamlats utifrån ordinarie klinisk praktik och inte varit forskningsinriktad. Det har medfört variation i utredningsförfarandet där alla deltagare inte tillfrågats om variablerna på ett konsekvent sätt. Det utgör en forskningsmässig brist men även en svaghet ur ett kliniskt perspektiv där alla patienter inte utreds på samma sätt. Exempelvis har inte alla patienter blivit tillfrågade om symtom utifrån specificerade instrument såsom PANSS utan vissa patienters symtom har endast via observation rapporterats in i journal. Vidare kan suicidalitet ha bedömts utifrån observation och inte baserats på explicit tillfrågan vilket kan medföra felaktiga bedömningar av personens mående. Likaså har data gått förlorad då vissa skattningsformulär varit ofullständigt ifyllda. Patienten kan dock själv ha valt att inte besvara formulären. Ett tillkortakommande som kan ha påverkat studiens resultat är att mätning av sjukdomsinsikt och impulsivitet gjorts med hjälp av instrument som inte varit avsedda att mäta den specifika faktorn utan de har istället urskilts ifrån ett mer övergripande instrument (PANSS). Därutöver har data om faktorerna även inhämtats från journalhandlingar vars skattning ofta baserats på observationer. En ytterligare begränsning i datainsamlingsprocessen är den långa tidsperioden för insamling där formulär besvarats vid olika tillfällen. Det kan medföra variation i de kliniska tillstånd som deltagarna befunnit sig i vid de olika tidpunkterna. Det vore sannolikt en fördel om kliniken utvecklade mer konsekvent förfarande för datainsamling för att möjliggöra vidare forskning. En styrka är däremot att klinisk data medför god ekologisk validitet då det avspeglar den kliniska verkligheten.

Eftersom datainsamlingen inte varit homogen utan insamlats från både formulär och journalhandlingar bearbetades den utifrån två analysnivåer. Huvudanalysen på totalgruppen blev således mer generell då variablerna kategoriserades dikotomt enligt ja/nej (avseende förekomst eller frånvaro) för att inkludera så många deltagare som möjligt. Här kan validiteten dock ha försämrats eftersom svaren blivit övergripande och nyanser kan ha gått förlorade. I den mindre dataanalysen av subgruppen ingick färre deltagare eftersom svaren baserats utifrån PANSS-skattningar, vilket inte alla deltagare skattat. Att utgå från svarsalternativ enligt PANSS kan medföra att resultaten har högre validitet eftersom instrumentet uppvisar god validitet. Däremot innebär det lägre delta-

garantalet att data kan bli missvisande och eventuellt att fler deltagare skulle kunna medföra fler signifikanta resultat exempelvis gällande tendensen att fler män uppvisade bristande sjukdomsinsikt jämfört med kvinnor. Det är således av vikt att betrakta de två analysnivåerna som komplement till varandra avsedda att fördjupa tolkning av resultatet. Även i den totala gruppen är deltagarna få och en potentiell risk kan vara att studien gått miste om deltagare som suiciderat.

Att suicidalitet är vanligt inom gruppen med schizofrenispektrumstörning framkommer med tydlighet då över hälften av studiens deltagare (58 %) uppvisar eller uttrycker suicidalt beteende. Avslutningsvis påvisade föreliggande studie signifikanta gruppskillnader där fler personer i gruppen utan suicidalt beteende uppvisar negativa symtom samt bristande sjukdomsinsikt jämfört med gruppen med suicidalt beteende. Utöver det framkommer ett starkt samband där förekomst av fler negativa symtom samvarierar med större brist på sjukdomsinsikt. Slutsatsen blir således att låg förekomst av negativ symtom och hög grad av sjukdomsinsikt kan utgöra riskfaktorer för suicidalitet hos personer med schizofrenispektrumstörning. För framtida forskning rekommenderas specificerade mätinstrument för att utveckla undersökning av sjukdomsinsikt och framförallt impulsivitet som predicerande riskfaktorer för suicidalitet hos personer inom schizofrenispektrumet. Utöver det behövs ytterligare variabler studeras för att erhålla en omfattande bild av vilka faktorer som kan påverka förhöjd suicidrisk, exempelvis missbruksproblematik.

Referenser

- Allgulander, C., Waern, M., Humble M., Andersch, S., & Ågren, H. (2009). *Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju*. Hämtad 2015-09-10, från http://www.viss.nu/Global/Blanketter/MINI_vers_6.pdf
- Amador, X.F., & Gorman, J.M. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, *21*, 27-42. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70359-2
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5:e upplagan)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4:e upplagan)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Austad, G., Joa, I., Johannessen, J. O., & Larsen, T. K. (2015). Gender differences in suicidal behaviour in patients with first-episode psychosis. *Early Interventions in Psychiatry*, *9*, 300-307. doi: 10.1111/eip.12133
- Barlow, H. D., & Durand, V. M. (2011). *Abnormal Psychology - An integrative approach*. Boston: Wadsworth Publishing.
- Bhatia, T., Tomas, P., Semwal P., Thelma, B, K., Nimgaonkar, V. L., & Deshpande, S. N. (2006). Differing correlates for suicide attempts among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder in India and USA. *Schizophrenia Research*, *86*, 208–214. doi:10.1016/j.schres.2006.04.015
- Bozzay, M. L., Liu, R. T., & Kleiman, E. M. (2014). Gender differences in suicide mortality in the context of violent death: Findings from a multi-state population-based surveillance system. *Comprehensive Psychiatry*, *55*, 1077-1084 doi: 10.1016/j.comppsy.2014.03.017
- Carlborg, A., Jokinen, J., Jönsson, E. G., Nordström, A-L., & Nordström, P. (2008). Long-term suicide risk in schizophrenia spectrum psychoses: Survival Analysis by gender. *Archives of Suicide Research*, *12*, 347-351. doi: 10.1080/13811110802325133
- Chamorro, J., Bernardi, S., Potenza, M. N., Grant, J. E., Marsh, R., Wang, S., & Blanco, C. (2012). Impulsivity in the general population: A national study. *Journal of Psychiatric Research*, *46*, 994-1001. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.04.023
- Cohen, J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioural sciences (2:a upplagan)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cullberg, J. (2000). *Psykosor – Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Cross, P. C., Copping, T. L., & Campell, A. (2011). Sex differences in impulsivity: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *137*, 97-130. doi: 10.1037/a0021591
- Evren, C., & Evren, B. (2004). Characteristics of schizophrenic patients with a history of suicide attempt. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *8*, 227-234. doi: 10.1080/13651500410005658-1
- Falkenburg, J., & Tracy, D. K. (2012). Sex and schizophrenia: A review of gender differences. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, *6*, 61-69. doi:10.1080/17522439.2012.733405
- Fenton, S. W., McGlashan, H.T., Victor, J. B., & Blyler, R. C., (1997). Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *154*, 199-204. doi: 10.1176/ajp.154.2.199

- Fu, A-T., Ko, H-C., Wu, J. Y-W., Cherng, B-L., & Cheng, C-P. (2007). Impulsivity and expectancy in risk for alcohol use: Comparing male and female college students in Taiwan. *Addictive Behaviors*, *32*, 1887-1896. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.01.003
- Goldstein, J. M., & Link, B. G. (1988). Gender and the expression of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, *22*, 141-155. doi: 10.1016/0022-3956(88)90078-7
- Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, *15*, 93-112. doi: 10.1080/13811118.2011.565265
- Heerey, A. E., Robinson, M. B., McMahon, R. R., & Gold, M. J. (2007). Delay discounting in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, *12*, 213-221. doi: 10.1080/13546800601005900
- Hor, K., & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, *24*, 81-90. doi: 10.1177/1359786810385490
- Iancu, I., Bodner E., Roitman, S., Piccone Sapir, A., Poreh, A., & Kotler, M. (2010). Impulsivity, aggression and suicide risk among male schizophrenia patients. *Psychopathology*, *43*, 223-229. doi: 10.1159/000313520
- Jiang, G-X., Hadlaczky G., & Wasserman, D. (2014). *Själv mord i Sverige 1980-2013*. Stockholm: Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. Karolinska Institutet & Stockholms läns landsting
- Kay, R. S., Opler, A. L., & Fiszbein, A. (2012). *Positive and negative syndrome scale (PANSS)*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- Kaladjian, A., Jeanningros, R., Azorin, J. M., Anton, J. L., & Mazzola-Pomietto, P. (2011). Impulsivity and neural correlates of response inhibition in schizophrenia. *Psychological Medicine*, *41*, 291-299. doi: 10.1017/S0033291710000796
- Levander, S., (2007). *Psykos och psykosbehandling*. Stockholm: Mareld.
- Lindenmayer, J. P., & Kahn, A. (2006). *Psychopathology*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Loas, G., Azi, A., Noisette, C., Legrand, A., & Yon, V. (2009). Fourteen-year prospective follow-up study of positive and negative symptoms in chronic schizophrenic patients dying from suicide compared to other causes of death. *Psychopathology*, *42*, 185-189. doi: 10.1159/000209331
- López-Moriñigo, D. J., Ramón-Rios, R. David, S. A., & Dutta, R. (2012). Insight in schizophrenia and risk of suicide: A systematic update. *Comprehensive Psychiatry*, *53*, 313-322. DOI:10.1016/j.comppsy.2011.05.015
- Lundin, L., & Flyckt, L. (2015, oktober). Schizofreni förr och nu- synen på långtidsprognos har varierat. *Läkartidningen*, *42*. Tillgänglig: <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Klinisk-oversikt/2015/10/Schizofreni-forr-och-nu--synen-pa-langtidsprognos-har-varierat/>
- Meltzer, H. Y. (2002). Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence of the risk factors and treatment options. *Current Psychiatry Reports*, *4*, 279-283.
- Mintz, A. R., Dobson, K. S., & Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *61*, 75-88. doi: 10.1016/S0920-9964(02)00316-X

- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1783-1793. doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1783
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P. A. (2001). *Sex differences in antisocial behavior: Conduct disorder, delinquency and violence in the Dunedin longitudinal study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moscicki, E. K. (1994). Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of Epidemiology*, *4*, 152-158. doi:10.1016/1047-2797(94)90062-0
- Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa (2015). *Självordsförsök i Sverige*. Hämtad 2015-10-01, från <http://ki.se/nasp/sjalvmordsforsok-i-sverige>
- OECD. (2013). *Mental health and work: Sweden*. OECD Publishing.
- Opler, M. G. A., Jung, E. M., & Danan, D. (2008). *Strukturerad intervju för remissionsskala vid schizofrenisymtom, RS-S*. Användarguide.
- Osatuke, K., Ciesla, J., Kasckow, J. W., Zisook, S., & Mohamed, S. (2008). Insight in schizophrenia: A review of etiological models and supporting research. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 70-77. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.08.001
- Ouzir, M. (2013). Impulsivity in schizophrenia: A comprehensive update. *Aggression and Violent Behavior*, *18*, 247-254 doi: 10.1016/j.vb.2012.11.014
- Pluck, G., Lekka, N. P., Sarkar, S., Lee, K. H., Bath, P. A., & Sharif, O., Woodruff, P.W.R. (2013). Clinical and neuropsychological aspects of non-fatal self-harm in schizophrenia. *European Psychiatry*, *28*, 344-348. doi: 10.1016/j.eurpsy.2012.08.003
- Reyes, A., Crocker, G. A., Weinstein, K., Roy, L., & Caron, J. (2013). Impulsiveness and antisocial behaviors in men and women: An epidemiological general population study in the southwest of Montreal. *International Journal of Forensic Mental Health*, *12*, 244-254. doi: 10.1080/14999013.2013.857741
- Sinclair, J. M. A., Mullee, M. A., King, E. A., & Baldwin, D. S., (2004) Suicide in schizophrenia: A retrospective case-control study of 51 suicides. *Schizophrenia Bulletin*, *30*, 803-811.
- Siris, G. S., (2001). Suicide and schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*, *15*, 127-135. doi: 10.1177/026988110101500209
- Socialstyrelsen. (2015). *Dödsorsaker 2014*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19909/2015-8-1.pdf>
- Statens beredning för social utvärdering. (1998). *Neuroleptika – Frågor och svar*. Hämtad 2016-01-19, från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Ovrig/Neuroleptika/#12>
- Statens beredning för social utvärdering. (2012). *Schizofreni: Läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation - En systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport, 213) Stockholm: SBU.
- Tarrier, N., & Taylor, R. (2014). Schizophrenia and other psychotic disorders. In Barlow, H. D. (Red.), *Clinical handbook of psychological disorders - A step by step treatment manual* (5:e upplagan). (s. 502-533). New York: Guilford Publications.
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology - A biosocial model*. Washington DC: American Psychological Association.

