

---

# Suicidalitet – riskfaktorer, bedömning och handläggning

JOHN SÖDERHOLM

---

Suicid är en betydande källa till förlust av människoliv, eftersom den till skillnad från många andra dödsorsaker relativt ofta berör yngre människor. Suicidmortaliteten har nästan halverats på tjugo år i Finland och även sjunkit globalt sett, men samtidigt ökat i till exempel USA.

Suicidalitet kan förstås som en process, där lidande och hopplöshet kan ge upphov till suicidala tankar, som kan progrediera till konkreta planer, suicidförsök och potentiell mortalitet. Riskfaktorerna för de olika stegen i processen skiljer sig från varandra. De flesta personer som dör i suicid lider av en psykiatrisk störning, vanligen av depression. Tidigare suicidförsök är en klar riskfaktor för senare försök och suicidmortalitet, men en betydande del av suicidmortaliteten sker vid det första försöket någonsin. Svåra depressiva symtom, substansrelaterade syndrom, personlighetsstörningar och motgångar i livet är viktiga riskfaktorer. En klar förvärring av depressiva symtom innebär sannolikt en ökning i suicidrisken.

Vid misstanke om suicidrisk ska kliniker utreda risken med direkta men empatiska frågor. Patienter som nyligen gjort ett suicidförsök ska bedömas av en psykiater. Patienter med förhöjd suicidrisk bör erbjudas vård polikliniskt, eller vid behov tas in på sjukhus. Förutom sedvanlig psykiatrisk behandling verkar suicidriskspecifika korta interventioner, till exempel en skyddsplan som upprättas och uppdateras i samråd med patienten, minska risken för återfall.

## Inledning

*”Det är inte lusten till fallet, det är skräcken för flammorna”* – så liknade den uppburne författaren David Foster Wallace, själv död i suicid vid 46 års ålder, en människa med självmordstankar vid någon som är fången i ett högt hus under en eldsvåda och överväger att hoppa. Samtidigt betonar han att ingen som inte själv varit i den positionen på allvar kan förstå hur det känns. Ändå är detta ett av psykiatrins mest centrala uppdrag, nämligen att förstå vad som rör sig i en svårt lidande människas sinne för att kunna bedöma och minska risken för suicid (1, 2). Syftet med denna artikel är att kort sammanfatta centrala frågor och utmaningar inom det suicidologiska fältet, ge svar på frågorna och möta utmaningar i nu-

läget, förse kliniker inom olika specialiteter med praktiska verktyg för att kunna bedöma suicidrisken hos patienter och beskriva hur patienter som bedöms ha en förhöjd suicidrisk kan behandlas. Suicidalitet hos barn och ungdomar ligger utanför artikelns fokus.

## Definitioner

Historiskt sett har suicidologisk forskning präglats av en betydande konceptuell heterogenitet, som betydligt försvårat generalisering av forskningsresultat och kommunikation mellan kliniker, forskare, patienter och samhället i övrigt. Suicidologer har därför eftersträvat större begreppslig enhet och klarhet genom att lägga fast och publicera rekommenderad terminologi (3). En sammanfattning av de kliniskt viktigaste suicidologiska termerna på svenska och engelska finns i tabell 1. En central frågeställning är i detta sammanhang förekomsten av och graden av suicidala avsikter, det vill säga en aktiv vilja hos en person att genom aktiv handling direkt förorsaka sin egen död. Man bör alltså skilja mellan passiva dödstankar (*”Ibland skulle jag helst inte vakna upp nästa dag”*) och ak-

### SKRIBENTEN

**John Söderholm**, MD, specialistläkare i psykiatri, tf biträdande överläkare, HUS Psykiatri, beroendepsykiatriska polikliniken; HUS Psykiatri och Helsingfors universitet.

Tabell 1. Suicidologisk terminologi.

|                 | Suicidal ideation |                                     | Självskaðebeteende                             |                 |                         |
|-----------------|-------------------|-------------------------------------|--|-----------------|-------------------------|
| Svensk term     | Tankar på döden   | Suicidal ideation                   | Icke-suicidal självskaðebeteende               | Suicidförsök    | Suicid                  |
| Lekmannaterm    | Tankar på döden   | Självordstankar                     | Självskaðebeteende utan avsikt att ta sitt liv | Självordsförsök | Självord                |
| Engelsk term    | Thoughts of death | Suicidal ideation/suicidal thoughts | Non-suicidal self injury                       | Suicide attempt | Suicide / suicide death |
| Suicidal avsikt | Nej               | Ja                                  | Nej  | Ja              | Ja                      |
| Aktiv handling  | Nej               | Nej                                 | Ja   | Ja              | Ja                      |
| Skada/död       | Nej               | Nej                                 | Ja   | Potentiellt     | Ja                      |

tiva självmordstankar eller -planer. Man bör också göra skillnad mellan självmordsförsök och annat självskaðebeteende utan suicidal intention, vilket kan fungera som ett sätt att reglera sinnesstämningen till exempel vid svåra ångesttillstånd, speciellt hos personer med emotionellt instabil personlighetsstörning.

En annan terminologisk fråga är om man på svenska ska använda begreppet *suicid* eller *självmord*. Fördelen med självmord är dess åskådlighet och direkta begriplighet för den stora allmänheten, men många föredrar termen suicid i kliniska sammanhang, eftersom ordet självmord kan vara behäftat med en viss grad av stigmatiserande koppling till förlegade tankar om brott och (religiös) synd (4). Av liknande skäl avråds från fraser som att "begå" självmord och "fullbordat eller lyckat självmordsförsök". I kommunikation med patienter och anhöriga kan lekmansspråk ändå vara befogat, och det är alltså nyttigt att lyhört anpassa språkbruket efter situationen.

## Epidemiologi

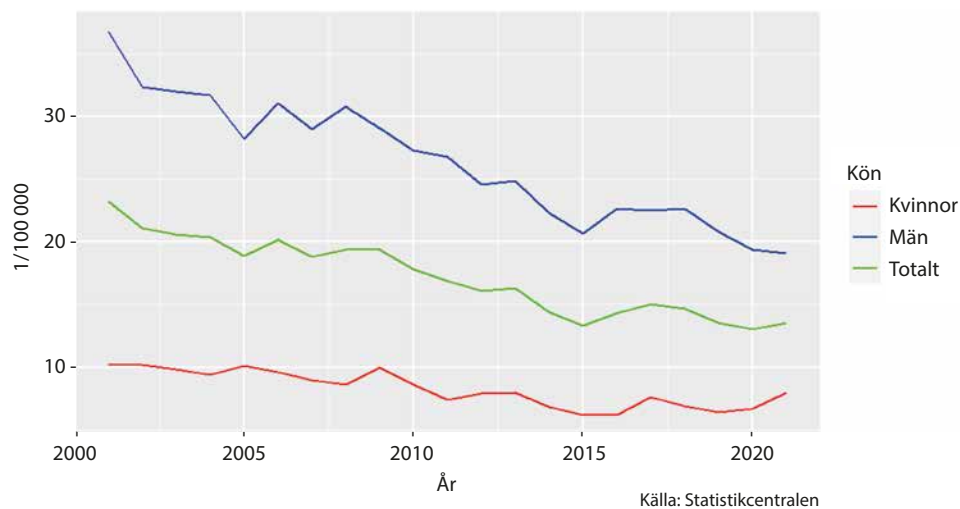
Cirka 700 000 personer dör årligen i suicid, som därmed hör till de tio vanligaste dödsorsakerna i hög- och medelinkomstländer, såsom Finland (5, 6). Jämfört med övriga allmänna dödsorsaker i dessa länder drabbar suicid yngre åldersklasser hårt, vilket leder till en relativt sett stor förlust av potentiella levnadsår. Globalt sett har dödligheten i suicid sjunkit med omkring 30 procent under 2000-talet (1). Också i Finland har mortaliteten sjunkit från 23,4/100 000 år 2001 till 13,5/100 000 år 2021; se även figur 1 (7). Denna positiva utveckling är ändå ingen självklarhet: i en del rika västländer som USA har suicidmortaliteten tvärtom stigit med cirka 50 procent under

samma period (8). Som framgår av figur 1 är suicidrisken i Finland avsevärt högre hos män än kvinnor, vilket är fallet även globalt sett (6). Jämfört med suicidrisken är risken för självmordsförsök utan dödlig utgång klart högre, och prevalensen av passiva självmordstankar har rapporterats vara knappt 10 procent i Finland (9). Diskrepansen mellan suicid som en relativt sällsynt händelse och den relativt höga prevalensen av suicidrelaterade tankar medför att det är svårt att bedöma den faktiska suicidrisken på individnivå vid ett visst tillfälle.

## Riskfaktorer för suicidalitet

### *Suicidalitet som process*

Suicid är den potentiella slutpunkten i en längre process och kan förstås enbart i ett större sammanhang. Man kan konceptualisera denna process till att bestå av flera steg, där varje enskilt steg är en absolut men inte tillräcklig förutsättning för att ta det nästa. Suicid förutsätter ett aktivt försök, ett försök sker inte utan suicidala tankar, och suicidala tankar uppstår inte i isolation. Det finns olika psykologiska modeller som beskriver denna process, men flera av dem kan passas in i ett så kallat tanke till handling-ramverk (eng. *ideation to action framework*) (10). Riskfaktorerna för stegen i processen är inte nödvändigtvis identiska. Till exempel är manligt kön en risk för suicidmortalitet, medan kvinnor löper större risk att göra ett suicidförsök (11), vilket delvis beror på att män i snitt använder mer letala metoder (12). Kapaciteten, såväl den konkreta som den psykologiska, att ta sitt liv spelar sannolikt en stor roll för en individs faktiska suicidrisk. Därav följer att samhälleliga interventioner som minskar tillgången till hög-



Figur 1. Suicidmortalitet i Finland 2001–2021.

letala suicidmetoder (exempelvis skjutvapen och toxiska pesticider) kan vara effektiva sätt att minska suicidmortaliteten på ett nationellt plan (13, 14).

### Riskfaktorer

Fynd från tvillingstudier och stora helgenomstudier (eng. *genome-wide association study*, GWAS) visar klart att en icke försumbar del av risken för suicid och suicidförsök är genetiskt betingad (15, 16). Dels förmedlas denna risk via en familjärt förhöjd risk för psykiatriska tillstånd, dels är en del av den ökade genetiska risken suicidspecifik. Sannolikt är att olika genetiska riskfaktorer påverkar olika steg i den suicidala processen: till exempel kan vissa gener öka risken för depression och därmed leda till uppkomsten av suicidala tankar, medan gener som ökar risken för impulsiv aggressivitet kan tänkas vara förknippade med en högre risk för att göra ett suicidförsök hos individer som lider av suicidala tankar.

Att prospektivt undersöka suicidfall är förknippat med stora etiska och praktiska problem, och retrospektiva psykologiska utredningar av personer som dött i suicid är uppenbart omöjliga. Ett sätt att kringgå dessa hinder är så kallade psykologiska obduktioner (17, 18). Vid sådana obduktioner kombineras information från noggranna intervjuer med närstående till probanden och relevant information ur journaler och register för att så pålitligt som möjligt kunna uppnå större förståelse av de faktorer som ledde till utgången. Psykologiska obduktionsstudier har visat att psykiatriska tillstånd, som exempelvis

depressiva störningar, emotionellt instabil personlighetsstörning och missbruksproblem medför en klart förhöjd risk för suicid. Bland andra betydande riskfaktorer märks tidigare suicidförsök och självskadebeteende samt negativa livshändelser, speciellt under den närmast föregående månaden (19). En klar majoritet av personer döda i suicid kan såväl i dessa obduktionsstudier som i registerbaserad forskning (20) konstateras ha lidit av en psykiatrisk störning vid sitt frånfälle, och psykiatrisk morbiditet ligger alltså bakom en betydande del av suicidaliteten. På befolkningsnivå är affektiva störningar (som depression och bipolär störning) de vanligaste bakomliggande diagnoserna vid suicid, men sett från ett patientperspektiv verkar psykotiska sjukdomar vara förknippade med en ännu tydligare riskökning.

Bland riskfaktorer för suicidförsök hos personer med depression hör tidigare suicidförsök, de depressiva symtomens svårighetsgrad, förekomst av psykiatrisk komorbiditet (d.v.s. samtidiga övriga psykiatriska diagnoser, exempelvis personlighetsstörningar och missbruksproblem) samt motgångar i livet till de mest betydande (21). Långvarig och svår depression, impulsivitet och samtidiga personlighetsstörningar samt missbruksproblematik är av central betydelse för suicidförsöksrisken också vid många andra psykiatriska störningar, som bipolär sjukdom och schizofreni (22, 23). Psykiatrisk komorbiditet verkar vara förknippad med en additivt ökad risk så att risken ökar ytterligare om en patient har flera högrisktillstånd. I en finsk depressionskohort fann vi exempelvis att livstidsprevalensen

---

för självmordsförsök var 16 procent hos unipolära depressionspatienter, 30 procent hos bipolära depressionspatienter, 60 procent hos patienter med unipolär depression och samtidig emotionellt instabil personlighet och hela 91 procent hos bipolära patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning (24).

### Klinisk bedömning av suicidrisk

Studier har visat att majoriteten av personer som dör i suicid har kontakt med hälso- och sjukvården under loppet av ett år före sin död, men bara en fjärdedel inom psykiatrisk specialistsjukvård (25, 26). Vårdkontakter är alltså tillfällen med betydande potential vad gäller att identifiera patienter med förhöjd suicidrisk. Emellertid är många riskfaktorer till sin natur inte särskilt föränderliga. Många diagnoser är långvariga, och förekomsten av tidigare suicidförsök och biologiskt kön förändras inte heller med tiden. Endast få kliniska varningstecken, alltså indikatorer på akut ökad risk för suicid eller suicidförsök, har robust vetenskapligt stöd (27). I en prospektiv uppföljning av depressionspatienter med ett onlinefrågeformulär varannan vecka kunde vi påvisa att ökade depressionssymtom var kopplade till ökad risk för självskaletankar (28). Detta är ett steg för att vetenskapligt validera förvärring av kliniskt psykiatriskt tillstånd (i detta fall depression) som riskmarkör för suicid.

### *Klinisk bedömning*

Vid klinisk bedömning av en potentiellt suicidal patient ligger fokus för det första på den psykiatriska och den sociala anamnesen och för det andra på aktuellt psykiatriskt status. Opportunistisk screening, det vill säga att i samband med att patienten söker för annan orsak fråga om hen haft tankar på att ta sitt liv, ska göras med låg tröskel och under de omständigheter som råder. En grundligare utredning bör ändå om möjligt göras i ett ostört rum och få ta tillräcklig tid i anspråk. Efter ett suicidförsök bör patienten undersökas av en psykiater (2).

Vid anamnesupptagning bör man aktivt fråga om aktuella depressionssymtom, tidigare suicidalitet, eventuella psykotiska symtom, alkohol- och drogbruk och dessutom fråga om patienten nyligen drabbats av eller hotas av stora personliga motgångar gällande till exempel familjerelationer, ekonomi, somatisk hälsa eller social status. Direkta frågor gällande suicidal tankar och planer är viktiga och ökar inte suicidrisken (29). Bemötandet

av patienten skall vara lyhört och empatiskt. Om patienten rapporterar att hen övervägt suicid skall man utreda hur konkreta planerna är, om hen förberett ett försök på något sätt, och hur nära hen varit att skrida till verket eller om ett försök rentav nyligen förekommit. Följdfrågor är sedan hur länge suicidal tankar förekommit, om de förvärrats klart i något skede och vad hen anser vara de bakomliggande orsakerna till suicidaliteten. Det är också nyttigt att fråga om alternativa planer till suicid: om patienten ser några realistiska positiva scenarier, där livet kunde fortsätta och till och med utvecklas mot det bättre eller om det finns några positiva händelser i framtiden som hen ser fram emot. En kartläggning av skyddande faktorer, som hindrar patienten från att ta sitt liv eller som på något annat sätt binder hen vid livet, tillför viktig information. Till exempel en önskan att bespara anhöriga lidande eller omsorg om ett kärt sällskapsdjur är relativt ofta förekommande skyddande faktorer. En patient, som ser tillvaron som helt utsikts- och hopplös, känner outhärdlig psykisk smärta (30) eller upplever sig vara i en återvändsgränd där ingen utväg finns, kan vara i stor risk att göra desperata handlingar. Missbruk och impulsivitet ökar däremot risken för relativt oplanerade och ibland upprepade suicidal handlingar, som även de kan ha dödlig utgång. Även om tidigare suicidförsök är en av de robustaste och mest verkningsfulla prediktorerna för framtida suicidalitet, infaller 50 procent av alla suiciddödsfall vid det första försöket, varför avsaknad av tidigare försök i anamnesen inte i sig är tillräckligt för att konstatera låg risk (31). Vid bedömning av status bör särskild uppmärksamhet fästas vid tecken på allvarlig, eventuellt psykotisk störning: till exempel psykomotorisk retardation eller agitation, splittrad tankegång och osammanhängande tal, bristande förmåga att upprätta adekvat kontakt i samtal samt tecken på hallucinationer eller delusioner (inkluderande orealistisk hopplöshet). Vid behov, exempelvis om patienten verkar svara förringande eller inadekvat (som en patient som efter ett allvarligt självmordsförsök försöker skämta bort allt eller nekar till att någonsin ha haft några självmordsplaner) bör man om möjligt diskutera även med andra personer som känner patienten väl för att få en tillförlitlig helhetsbild. Ifall suicidrisken bedöms vara väsentligen förhöjd bör man utreda om patienten har tillgång till högletala metoder som skjutvapen eller toxiska substanser (inkluderande mediciner).

---

### Instrument

Flera olika instrument, såväl frågeformulär som kliniska intervjuer, som kan ge information om patienters suicidrisk har utvecklats. För det första inkluderar flera allmänt använda depressionsskalor, till exempel Becks depressionsinventarium (BDI), patienthälsosformuläret (PHQ-9) och Montgomery-Åsbergskalan (MADRS) frågor om suicidala tankar och handlingar. Ett positivt svar i dessa kan föranleda noggrannare utredning av suicidrisken. Specifika screeninginstrument har också tagits fram (32), men allmänt bruk för vissa befolkningsgrupper eller på särskilda vårdenheter (t.ex. akutmottagningar) rekommenderas inte på grund av bristande evidens för tillräcklig specificitet och risk för stigmatiserande behandling (2). Graden av suicidala avsikter hos en person som evalueras efter ett potentiellt suicidförsök kan utvärderas med hjälp av Aaron Becks *Suicidal Intent Scale*. Den nuvarande guldstandard för en mer strukturerad bedömning av allvaret av suicidala tankar och handlingar är *Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)*, en klinisk intervju som finns gratis tillgänglig på bland annat svenska, finska och engelska på sajten <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/translations/> (33). En kortare screeningversion har nyligen utvärderats för användning på akutmottagningar och visar potential för att vara användbar, även om fortsatta studier behövs innan en rutinmässig implementation kan rekommenderas (34).

### Handläggning och behandling

Om en patient bedöms ha hög suicidrisk och sannolikt lider av en allvarlig psykiatrisk störning bör remiss till psykiatrisk specialistsjukvård starkt övervägas. Ifall suicidrisken är omedelbar och psykotiska symtom inte med tillräcklig säkerhet kan uteslutas, är en remiss för sjukhusvård, vid behov observationsremiss (M1), ofta indicerad. För vissa patienter med återkommande suicidförsök kopplade till personlighetspatologi kan dock återkommande vårdåtgärder och vårdperioder oberoende av viljan vara kontraproduktiva, och i dessa fall rekommenderas att psykiater konsulteras gällande det bästa tillvägagångssättet. Suicidala tankar, och speciellt passiva tankar på döden är ändå relativt vanliga, och ofta inte särskilt perniciösa till sin natur. En remiss till psykiatrisk poliklinik är oftast indicerad även i dessa fall. Ibland kan dock även missbrukarpolikliniken alternativt primärvården eller

företagshälsovården vara adekvata behandlingsställen, speciellt om patienten redan har en välfungerande vårdkontakt där. Viktigast är att läget följs upp någonstans och att patienten erbjuds vård som är tillräcklig och acceptabel för hen. Om patienten bedöms vara olämplig att inneha skjutvapen har läkaren rätt (i vissa specialfall skyldighet) att anmäla detta till polisen (35), även barnskyddsanmälan och ställningstagande till medicinska krav vid bilkörning kan någon gång vara befogade.

Det primära målet för psykiatrisk vård av suicidala patienter är att, uppnå fullständig och varaktig symtomatisk remission via aktivt multidisciplinärt samarbete, där patienten erbjuds farmakologiska och psykosociala interventioner, samt vid behov också socialt stöd. Förutom behandling fokuserad på bakomliggande psykiatrisk morbiditet och interventioner riktade mot psykosocial belastning har dock även specifika behandlingar avsedda att minska den transdiagnostiska risken för suicid i högrisksituationer som strax efter ett försök, utvecklats. En kort intervention baserad på kognitiv psykoterapi består i att man i samarbete med patienten upprättar en *skyddsplan*, som inkluderar praktiska metoder för att minska psykiskt lidande vid akuta kriser och för att få stöd och hjälp vid behov och som har visat sig minska risken för suicidala handlingar (36). Ett svenskspråkigt formulär för upprättande av en skyddsplan finns tillgänglig på adressen <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/hoi/hoi50122c.pdf>. En annan lovande kort intervention, *Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)*, som utvecklats för att reducera återfallsrisken efter ett suicidförsök, minskade incidensen av nya försök med 80 procent, när interventionen erbjöds utöver sedvanlig behandling (37). Under ASSIP träffar patienten en terapeut tre gånger, varefter den terapeutiska kontakten fortgår i två år med personligt formulerade brev. Det verkar alltså tämligen säkert att någon form av, ofta kort, intervention utöver sedvanlig behandling kan minska risken för suicidförsök hos patienter med hög suicidrisk. Än så länge är det inte klarlagt i vilken mån nyttan beror på någon specifik komponent i behandlingen och i vilken mån den är mer ospecifikt relaterad till fler vårdkontakter i allmänhet (36, 38). För patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning och återkommande suicidalitet finns flera effektiva psykoterapeutiska interventioner, och av dessa är evidensbasen i nuläget mest robust för dialektisk beteendeterapi (39).

Mycket kan göras, och har också gjorts, på samhälls- och individuell nivå för att minska suicidprevalensen. Ändå finns det potentiellt årligen stora förluster och ett betydande lidande på grund av suicid, som kunde förhindras genom bättre identifiering av risktillstånd hos individer och effektivare interventioner. På grund av den suicidala processens komplexitet kan inga utvärderings- och handläggningsprinciper i form av klara och otvetydiga flödesscheman ges, men medvetenhet om de faktorer som påverkar suicidrisken, vilja och beredskap att utreda suicidrisken på ett klar- språkigt men finkänsligt vis, samt information om de behandlingsmetoder och vårdenheter som står till förfogande är en bra början.

**John Söderholm**  
john.soderholm@hus.fi

*Inga bindningar.*

## Referenser

1. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primer*. 2019 Oct 24;5(1):74.
2. Arbetsgruppen för God medicinsk praxis. Förebyggande av självmord och vård av patient som försökt begå självmord, Rekommendation för God medicinsk praxis [Internet]. Fins Duodecim; 2020 [hämtad 7 december 2023]. Tillgänglig på: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
3. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007 Jun;37(3):264-77.
4. Nationell prevention av suicid och psykisk ohälsa vid Karolinska Institutet och Stockholms läns landstings centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa. Självmordspreventiva strategier och åtgärdsförslag inriktade mot hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolhälsovården/elevehälsan [Internet]. NASP, Karolinska Institutet; 2009 [hämtad 4 december 2023]. Tillgänglig på: <https://ki.se/media/193474/download>
5. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. Geneva; 2021 [hämtad 6 november 2011]. Tillgänglig på: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>
6. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*. 2019 Feb 6;394.
7. Statistikcentralen. Dödsorsaker [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 6]. Tillgänglig på: <https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/sv/StatFin/>
8. Garnett MF. Suicide Mortality in the United States, 2001-2023;(464).
9. Casey P, Dunn G, Kelly BD, Lehtinen V, Dalgard OS, Dowrick C, et al. The prevalence of suicidal ideation in the general population: results from the Outcome of Depression International Network (ODIN) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008 Apr;43(4):299-304.
10. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016 Mar 28;12(1):307-30.
11. Bommersbach TJ, Rosenheck RA, Petrakis IL, Rhee TG. Why are women more likely to attempt suicide than men? Analysis of lifetime suicide attempts among US adults in a nationally representative sample. *J Affect Disord*. 2022 Aug;311:157-64.
12. Cibis A, Mergl R, Bramesfeld A, Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, et al. Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *J Affect Disord*. 2012 Jan;136(1-2):9-16.
13. Cai Z, Junus A, Chang Q, Yip PSF. The lethality of suicide methods: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022 Mar;300:121-9.
14. Gunnell D, Knipe D, Chang SS, Pearson M, Konradsen F, Lee WJ, et al. Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health*. 2017 Oct;5(10):e1026-37.
15. Tidemalm D, Runeson B, Waern M, Frisell T, Carlström E, Lichtenstein P, et al. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychol Med*. 2011 Dec;41(12):2527-34.
16. Mullins N, Bigdeli TB, Børglum AD, Coleman JRI, Demontis D, Mehta D, et al. GWAS of Suicide Attempt in Psychiatric Disorders and Association With Major Depression Polygenic Risk Scores. *Am J Psychiatry*. 2019 Aug;176(8):651-60.
17. Isometsä ET. Psychological autopsy studies - a review. *Eur Psychiatry*. 2001 Nov;16(7):379-85.
18. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, et al. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord*. 1998.
19. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid Based Ment Health*. 2022 Sep 26;ebmental-2022-300549.
20. Too LS, Spittal MJ, Bugeja L, Reifels L, Butterworth P, Pirkis J. The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *J Affect Disord*. 2019 Dec;259:302-13.
21. Li X, Mu F, Liu D, Zhu J, Yue S, Liu M, et al. Predictors of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death among people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Affect Disord*. 2022 Apr;302:332-51.
22. Pallaskorpi S, Suominen K, Ketokivi M, Valtonen H, Arvilommi P, Mantere O, et al. Incidence and predictors of suicide attempts in bipolar I and II disorders: A 5-year follow-up study. *Bipolar Disord*. 2017 Feb 8.
23. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, et al. Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand*. 2014 Dec;130(6):418-26.
24. Söderholm JJ, Socada JL, Rosenstrom T, Ekelund J, Isometsä ET. Borderline Personality Disorder With Depression Confers Significant Risk of Suicidal Behavior in Mood Disorder Patients-A Comparative Study. *Front Psychiatry*. 2020;11:290.
25. Walby FA, Myhre MØ, Kildahl AT. Contact With Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Serv*. 2018 Jul;69(7):751-9.
26. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, et al. Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death. *J Gen Intern Med*. 2014 Jun;29(6):870-7.
27. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017;143(2):187-232.
28. Söderholm JJ, Socada JL, Rosenström TH, Ekelund J, Isometsä E. Borderline personality disorder and depression severity predict suicidal outcomes: A six month prospective cohort study of depression, bipolar depression, and borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2023 Jul 12;acps.13586.
29. Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychol Med*. 2014 Dec;44(16):3361-3.
30. Conejero I, Olié E, Calati R, Ducasse D, Courtet P. Psychological Pain, Depression, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep*. 2018 May;20(5):33.
31. Isometsä ET, Lönnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*. 1998 Dec;173(6):531-5.
32. Horowitz LM, Snyder DJ, Boudreaux ED, He JP, Harrington CJ, Cai J, et al. Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages. *Psychosomatics*. 2020 Nov;61(6):713-22.
33. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011 Dec;168(12):1266-77.
34. Bjureberg J, Dahlin M, Carlborg A, Edberg H, Haglund A, Runeson B. Columbia-Suicide Severity Rating Scale Screen Version: initial screening for suicide risk in a psychiatric emergency department. *Psychol Med*. 2022 Dec;52(16):3904-12.

- 
35. Kaarre H. Ampuma-aselain mukaisesta ilmoitusvelvollisuudesta ja -oikeudesta.
  36. Ferguson M, Rhodes K, Loughhead M, McIntyre H, Procter N. The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. *Arch Suicide Res.* 2022 Jul 3;26(3):1022–45.
  37. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). Tsai AC, editor. *PLOS Med.* 2016 Mar 1;13(3):e1001968.
  38. Arvilommi P, Valkonen J, Lindholm LH, Gaily-Luoma S, Suominen K, Ruishalme OM, et al. A Randomized Clinical Trial of Attempted Suicide Short Intervention Program versus Crisis Counseling in Preventing Repeat Suicide Attempts: A Two-Year Follow-Up Study. *Psychother Psychosom.* 2022;91(3):190–9.
  39. Oud M, Arntz A, Hermens ML, Verhoef R, Kendall T. Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2018 Oct;52(10):949–61.

## **Summary**

---

### ***Suicidality – Risk Factors, Evaluation and Treatment***

*Suicide is an important cause of loss of life-years globally, affecting predominantly quite young people. Suicide rates have been declining globally and in Finland, but rising in the U.S. The suicidal process consists of steps, such as ideation, planning, attempt and death, and risk factors vary across this process. Most suicide deaths occur in persons with current psychiatric disorders. Suicidality should be evaluated directly but with empathy, with a low screening threshold. Treatment should be focussed on current psychiatric symptoms, but additional suicide-specific short interventions seem to confer additional benefit.*