

Panikklidelse og selvmordsrisiko

-en litteraturstudie

Herborg Skaare



Prosjektoppgave- Det medisinske fakultet

Kull V-05

Fagområde: Psykiatri

Veileder: Lars Mehlum

Universitetet i Oslo, 9.februar 2010.

Innholdsfortegnelse:

1. Abstract s.3

2. Innledning s.4

3. Metode s.5

4. Generelt om panikklidelse s.6

- Definisjon
- Forekomst
- Etiologi
- Behandling
- Komorbiditet

5. Generelt om selvmord s.9

6. Kritisk vurdering av publisert forskning s.11

- Panikklidelse og selvmordsrisiko- innledning s.11
 - Den første studien.
 - Andre angstlidelser og selvmordsrisiko.
 - Sammenligninger mellom ulike studier.
- Angstlidelser og selvmordsatferd (selvmordstanker og selvmordsforsøk) s.13
- Angstlidelser og selvmord s.18

7. Avslutning s.20

8. Kilder s.21

Abstract:

Background: Panic disorder occurs in 1-2 % of the adult population, and is associated with other psychiatric disorders. There has been a question if there is a higher risk of suicide and attempted suicide in people with panic disorder than in people with other psychiatric illnesses. The role of panic disorder in suicidal behavior and completed suicide is complex and has been a subject of significant interest.

Issue questioned: The question is whether there is a significant and separate effect of panic disorder in suicide risk?

Method: Study of literature. Used the terms “panic disorder” and “suicide” when searching in PubMed. Found 155 studies, and read the abstracts to find the most suited ones.

Results: It seems that the most recent studies found panic disorder to be a unique predictor of suicidal ideation, but there are different results when it comes to suicide attempts. There is still a disagreement if the higher suicide risk in patients with panic disorder is a result of comorbidity with other psychiatric disorders, such as depression.

Conclusion: It was not possible to make an exact conclusion from the studies. Panic disorder may be an independent risk factor for suicide, but further research is needed to make a final conclusion. Nevertheless, clinicians should carefully assess suicidal ideation and suicidal planning in patients with panic disorder.

Supervisor: Professor dr.med Lars Mehlum. National Centre for Suicide Research and Prevention, University of Oslo.

Innledning:

Panikklidelse forekommer hos omtrent 1-2 % av befolkningen (1). Ulike studier og annen litteratur oppgir ulik prevalens av panikklidelse, men det er uansett klart at det er en vanlig psykisk lidelse i befolkningen. Det som også er interessant er at det i forhold til mange andre psykiatriske sykdommer er mye større sannsynlighet for å treffe på panikklidelse innen somatikken siden den har mange somatiske manifestasjoner. På grunn av de mange ulike presentasjonsformene kan det være vanskelig å skille mellom psykisk sykdom og somatiske lidelser. Panikkanfallets somatiske karakter får ofte pasienten til å søke hjelp i det somatiske helsevesen. Spesielt dramatisk er det at det i mange tilfeller kan ligne på livstruende tilstander som eksempelvis hjerteinfarkt. Derfor vil man ofte møte disse pasientene i akuttmottak hvor det er lett å feiltolke pasientenes symptomer som symptomer på alvorlig kroppslig sykdom. Dette er noen av utgangspunktene for mitt valg av oppgave: en forholdsvis vanlig tilstand innen både psykiatrien og somatikken, med mange presentasjonsformer og en differensialdiagnostisk utfordring.

Mitt første møte med denne tilstanden var på 5.semester i forbindelse med temaet bryst smerter. Der var panikklidelse den eneste psykiatriske lidelsen på den lange listen over ulike differensialdiagnoser vi måtte tenke på hos pasienter med bryst smerter. Jeg husker da jeg fikk min første pasient med bryst smerter i akuttmottaket på Aker; av alle differensialdiagnosene kunne jeg der og da bare huske tre: hjerteinfarkt, aortadisseksjon og panikklidelse. Pasienten hadde et akutt hjerteinfarkt. Tanken på at pasienter med panikklidelse kunne ha like dramatiske symptomer var fascinerende. Sommeren 2007 og 2008 jobbet jeg som miljøterapeut ved Holmestrand DPS og fikk møte mange pasienter med panikklidelse. Jeg fikk også oppleve å være tilstede under flere panikkanfall hos disse pasientene. Det var etter den første sommeren at jeg bestemte meg for å skrive prosjektoppgaven innen psykiatri, og temaet ble valgt i samarbeid med veileder.

Selvmondsrisiko er et sentralt begrep innen psykiatrien, og man vurderer alltid denne i forbindelse med psykisk sykdom. I psykiatriboken min fra 8.semester står det at panikklidelse har samme selvmondsrisiko som andre alvorlige psykiske lidelser. Panikklidelse sin rolle i selvmondsforsøk og selv mord er kompleks og har vært et tema det har blitt gjort mye forskning på de siste årene. Depresjon, rusmiddel misbruk og personlighetsforstyrrelser øker selvmondsrisikoen, og alle disse tilstandene koeksisterer hyppig med panikklidelse. Spørsmålet om komorbiditet står derfor sentralt i denne oppgaven. Er det panikklidelsen i deg selv som alene utgjør den økte selvmondsrisikoen, eller er det de andre tilstandene som ofte forekommer sammen med den som er utslagsgivende? Og har pasienter med panikklidelse en økt selvmondsrisiko i forhold til andre psykisk friske pasienter? Problemstillingen i denne prosjektoppgaven blir derfor: Er det en signifikant og separat effekt av panikklidelse i forhold til selvmondsrisiko?

Målet med denne oppgaven var å lære mer om panikk lidelse og selvmordsrisiko, og å kunne ta med meg denne kunnskapen videre i min medisinske karriere; enten som allmennpraktiker, som vi på studiet utdannes til å bli, som psykiater, eller som lege i akuttmottaket. Prosjektoppgaven er en litteraturstudie hvor jeg gjennom kritisk vurdering av publisert forskning vil belyse og prøve å finne svar på den aktuelle problemstillingen.

Metode:

Litteratursøk ble utført i PubMed og Cochrane Library, med søkeordene *panic disorder AND suicide*. Jeg fant ingen aktuelle artikler i Cochrane Library, mens søket i PubMed med søkestrategien "Panic Disorder"[Mesh] AND "Suicide"[Mesh] gav 115 treff i databasen. Ved å lese tittel og abstrakt til de 115 artiklene, fant jeg frem til de mest relevante artiklene for så å vurdere disse kritisk. Ut fra abstraktet selekterte jeg de mest relevante artiklene og studerte disse mer detaljert. I tillegg har jeg benyttet litteraturlistene i sentrale oversiktsartikler. Aktuelle artikler ble valgt ut etter en vurdering av relevans i overskrifter og abstrakter i forhold til problemstillingen. Siden søket ikke fikk flere artikler var det ikke nødvendig å avgrense med tanke på årstall eller type artikkel. En systematisk oversiktsartikkel over alle de relevante artiklene ville bli for omfattende for denne projektoppgavens størrelse og tidsbegrensning. Jeg har derfor valgt å skrive en narrativ oversiktsartikkel om temaet panikk lidelse og selvmordsrisiko, og prøve å få svar på problemstillingen min gjennom kritisk vurdering av publisert forskning på området.

Kunnskap ble også hentet fra lærebøker i psykiatri, selvmordslitteratur, angstlitteratur, Norsk elektronisk legehåndbok, og ved samtaler med min veileder, og andre ressurspersoner innenfor fagfeltet psykiatri på Vinderen, Sanderud sykehus, og gjennom andre som har undervist oss i psykiatri på 8.semester.

Kvalitetsvurdering av litteratur: Det var litt vanskelig å vurdere kvaliteten på litteraturen, men de fleste artiklene om emnet inneholdt gode redegjørelser for metode. I henhold til råd om kunnskapshåndtering bør slike artikler inneholde minst en beskrivelse av hvordan forfatteren har funnet litteraturen artikkelen er basert på, og en viss kvalitetsvurdering av aktuell litteratur. Disse kravene er etter det jeg har registrert tilfredsstillende. De artiklene som jeg har lest har gode beskrivelser av målet for artikkelen, metodebeskrivelsene er gjennomgående veldig gode, og resultatene og konklusjonene er lette å vurdere. Mange har også en god oppsummering av all tilgjengelig forskning på området, og det trekkes sammenhenger til tidligere studier og hva fremtidig forskning burde fokusere på, og hvilke sammenhenger som bør undersøkes. Alle artiklene tar nøye for seg hva som kan være begrensninger i studien, i alt fra design, til hva som gjør at den ikke er sammenlignbar med andre studier. Mange av artiklene har også anerkjente forfattere som har tilknytning til sterke forskningsmiljøer på området, og mange av artiklene blir det hyppig referert til i flere av lærebøkene i psykiatri.

Generelt om panikklidelse:

- Definisjon

Panikklidelse karakteriseres ved et plutselig, uventet anfall med intens frykt/angst (panikk). Andre symptomer som hjertebank, brystmerter, skjelving, pustebesvær, svimmelhet, kvalme, men også uvirkelighetsfølelse, redsel for å dø, miste kontrollen, eller å bli gal, ledsager angsten. En panikklidelse forekommer når det oppstår gjentatte, uventede panikkanfall med etterfølgende vedvarende bekymring i over 1 måned:

-for å få et nytt anfall

-bekymring for de mulige konsekvenser av panikkanfallene

-en markant atferdsendring knyttet til anfallene

-eller ved å unngå situasjoner der man frykter at et panikkanfall kan oppstå

Anfallet har ikke relasjon til spesielle situasjoner eller til objektiv fare, og det når maksimum i løpet av få minutter, og går over i løpet av noen minutter. Mellom anfallene føler pasienten seg frisk, men utvikler ofte forventningsangst og tendens til å unngå steder eller situasjoner som er forbundet med tidligere anfall (fobiske trekk) (2). Panikklidelse har ofte et langvarig forløp med perioder med forverring i tilslutning til belastende livshendelser (3). De kroppslige symptomene kan gjøre at pasienten ofte oppsøker den somatiske delen av helsevesenet. Mange kan derfor gå alt for lenge i den somatiske del av helsevesenet til unødvendige utredninger, og man starter en vond sirkel. Hvis man ser på det samfunnsøkonomiske perspektivet, så vil det lønne seg å få stilt diagnosen og bli behandlet hos fastlegen. En tidlig og riktig diagnose vil både komme samfunnet og pasienten til gode, og sannsynligheten for at pasienten får en bedre livskvalitet vil øke.

- Forekomst

Det er ulike tall for prevalens i forskjellige studier og lærebøker. I en av de nyeste studiene på området er det anslått at panikklidelse forekommer hos omtrent 1-2 % av den voksne befolkningen (1). Med tanke på alder og kjønn så starter tilstanden som regel omkring 20-års alderen, fra sen ungdom til ca. 30 år, og forekommer hyppigst hos kvinner (2).

- Etiologi

Årsaken til panikklidelse er foreløpig ukjent, og det er forskjellige forklaringsmodeller. Forskning har vist at den forekommer hyppigere hos personer som har nære slektninger med samme tilstand, slik at det kan være en genetisk årsak (4). Tvillingstudier av fobier og

panikklidelse har påvist en genetisk faktor av betydning (5). Det har også vært forsket på om det kan foreligge en økt reaktivitet i det autonome nervesystemet. Til støtte for den biologiske teorien er at noen kjemiske stoffer kan fremkalle panikkangstanfall, og andre stoffer kan svekke disse. Det noradrenerge signalsystem i hjernen er aktivert under et panikkangstanfall, og man kan oppfatte dette som en følge av anfallet eller som en årsaksmechanisme (4). En kognitiv forklaring er at pasienten feiltolker ufarlige kroppsforneemmelser som farlige. Dette leder til økte kroppsforneemmelser og forverret katastrofetenkning, og en vond sirkel er i gang(2).

Som for andre angstlidelser finner man høyere forekomst av panikklidelse hos enslige og hos personer som bor i byer (6). Blant de mest fremtredende psykologiske teorier er tap og traumer tidlig i livet (4). Angstlidelser i barndom (separasjonsangst og skolefobi) og overdreven engstelse og blyghet, er vanlig hos individer som senere i livet utvikler panikklidelse (3).

- Behandling

Kognitiv terapi og medikamentell behandling, helst i kombinasjon, er den best dokumenterte behandlingsformen (7), men behandling av panikklidelse er utenfor oppgavens problemstilling og omtales derfor ikke noe bredere her.

- Komorbiditet

Som for andre angstlidelser er det observert betydelig komorbiditet mellom panikklidelse og andre angstlidelser, depressive lidelser, personlighetsforstyrrelser og alkoholmisbruk (8).

Panikklidelse og depresjon: Panikklidelse kan enten starte med en alvorlig depresjon, de kan utvikle seg på samme tid, men med hensyn til tidsforløpet har man generelt funnet at panikklidelse i de fleste tilfeller går forut for depresjonen. I løpet av livet vil 24-88 % av pasienter med panikklidelse ha en alvorlig depressiv episode, ofte flere (8). Selv om tallene varierer veldig er det klart at depresjon er en av de vanligste komorbide tilstandene som forekommer sammen med panikklidelse. Siden de så ofte forekommer sammen er det klart at det å ha begge lidelsene til stede samtidig kan påvirke forløpet av hver lidelse negativt. På bakgrunn av the National Comorbidity Survey- datamaterialet fant man ut at det var sterke assosiasjoner mellom livstidsprevalensen for panikklidelse og alvorlige depressive episoder (9).

Panikklidelse og rusmiddelmisbruk: Misbruk er hyppig forekommende hos personer med angsttilstander, i sær misbruk av alkohol, medisiner (benzodiazepiner), og andre rusmidler. De årsaksmessige forholdene er kompliserte, slik at angstlidelser kan føre til alkoholmisbruk og avhengighet og vice versa (10). Gjennom flere studier har man funnet ut at

alkoholmisbruk og alkoholavhengighet har blitt assosiert med panikklidelse hos 13-43 % av pasienter med panikklidelse (8). I (10) kom det frem at det var en sterk assosiasjon mellom angstlidelser og rusmiddelmisbruk (også narkotiske stoffer), og at det var mer sannsynlig at angstlidelser startet før rusmiddelavhengigheten begynte, dette i forskjell til stemningslidelser hvor man ikke så denne tidsmessige sammenhengen så tydelig.

Panikklidelse og personlighetsforstyrrelser: Det er meget stor variasjon i tallene for komorbiditet mellom panikklidelse og personlighetsforstyrrelser i forskjellige undersøkelser og i lærebøker. Uansett så fant man en klar overvekt av den klasse av personlighetsforstyrrelser som man i DSM-systemet kaller engstelige, redde, avhengige og unnvikende, altså blant DSM Cluster C personlighetsforstyrrelser (8). Man fant ut at de samme personlighetstrekk og personlighetsforstyrrelser også finnes hos pasienter med andre angsttilstander og depresjon, så man kan vel ikke si at det er noen personlighetsforstyrrelser som assosieres spesielt med panikklidelse. I et stort oppfølgingsprosjekt med 622 angstpasienter fra the Harvard/Brown Anxiety Research Project fant man at gjennomsnittlig 24 % hadde minst en personlighetsforstyrrelse, der unnvikende, obsessiv-kompulsiv, avhengig og borderline personlighetsforstyrrelse var de mest vanlige. Mens generalisert angstlidelse og sosial fobi var assosiert med en eller flere personlighetsforstyrrelser, så fant man ikke en slik assosiasjon med noen av personlighetsforstyrrelsene hos pasienter med panikklidelse (11).

Panikklidelse og andre angsttilstander: I flere studier har man funnet en meget markant komorbiditet mellom agorafobi og panikklidelse. Det blir anslått at en tredjedel til halvparten av pasienter med panikklidelse også har agorafobi (1). Forholdet mellom panikklidelse og agorafobi er komplisert. Hos mange pasienter med agorafobi kan lidelsen starte med et panikkanfall. Det er sjelden panikklidelse utvikler seg til ren agorafobi. Hos de fleste er det slik at de har mer eller mindre uttalt agorafobi fordi de er redde for nye panikkanfall. Av andre angsttilstander finner man generalisert angstlidelse hos opp til 68 % av pasienter med panikklidelse, og selv om denne har eksistert før panikklidelse er det ofte at pasienter først søker legehjelp når de får sitt første panikkanfall (8).

Generelt om selvmord:

Sammenliknet med andre land lå selvmordsraten i Norge lenge veldig lavt. Fra slutten av 1960-årene økte selvmordsraten kraftig fram til 1990, og ser man på selvmordsstatistikken har det etter 1990 vært en betydelig nedgang. Det er også forskjell på selvmordsraten i de nordiske landene, der Finland skiller seg ut med en høyere selvmordsrate. Årlig skjer det ca. 500-600 selvmord i Norge, og det er rundt 10.000 selvmordsforsøk per år (12). Det er en stor overdødelighet av selvmord blant pasienter med psykiske lidelser sammenlignet med resten av befolkningen. En tredjedel av dem som begår selvmord har hatt en så alvorlig psykisk lidelse at de har vært innlagt for dette (5).

Verdens helseorganisasjon, WHO, har gitt en definisjon av begrepet selvmord:

”Selvmord er en handling med en dødelig utgang som avdøde, med viten og forventning om et dødelig utfall, selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å framkalle de av den avdøde ønskede forandringer (WHO, 1986).”

Risikofaktorer til selvmord:

- Psykisk lidelse
- Livshendelser (psykososiale stressorer)
- Sosiale forhold
- Biologi
- Personlighet
- Familie
- Smitteeffekt
- Genetikk
- Tilgjengelighet til selvmordsmetode
- Rusmiddelmissbruk

Selvmordsatferd er alt fra dødsønsker, passive selvmordtanker, selvmordplaner og handlinger (selvmordsforsøk) av ulik grad, og til det gjennomførte selvmord (12). Som man ser så rommer dette begrepet et vidt spekter av tanker og handlinger.

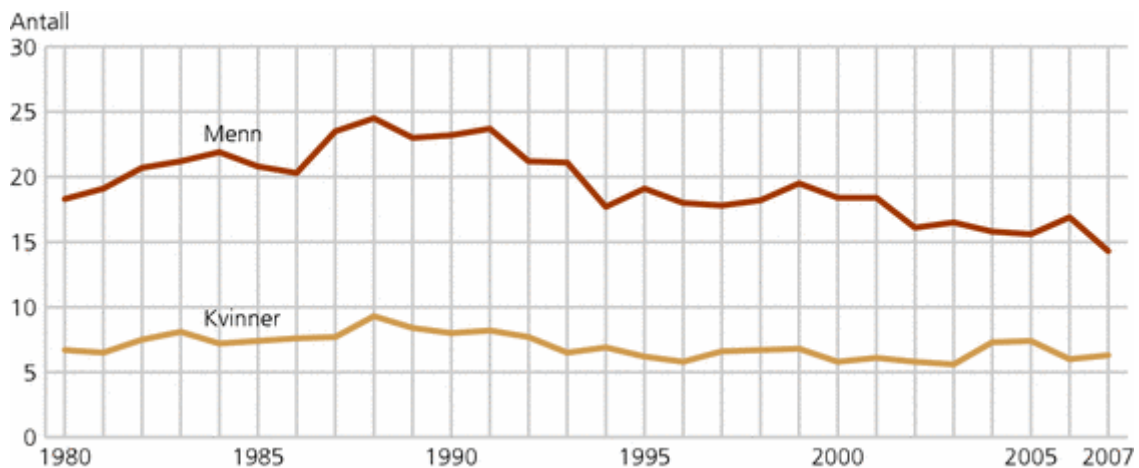
En definisjon av begrepet selvmordsforsøk:

”Selvmordforsøk omfatter situasjoner, der en person har utvist en faktisk eller tilsynelatende livstruende atferd med den hensikt å sette sitt liv på spill eller å gi det utseende av en slik hensikt, men som ikke har resultert i døden (Retterstøl, 1990).”

Hvis man ser på risikofaktorene for selvmord ovenfor så vil mange av disse også gjelde for selvmordforsøk. Men blant de som tar selvmord vil risikoforholdene være av alvorligere karakter eller mer uttalt, og man vil ofte ha flere av risikofaktorene til stede samtidig (5).

Mer enn 90 prosent av dem som tar sitt eget liv, har en behandlingstrengende psykisk lidelse på dødstidspunktet (13). Omtrent halvparten har en eller annen form for depressiv lidelse. Det er først og fremst depresjon, men også schizofreni, bipolar lidelse, rusmiddelmisbruk, samt emosjonelt ustabil og dyssosial personlighetsforstyrrelse som er forbundet med selvmordrisiko (4). Tilstedeværelse av psykisk lidelse er så nært knyttet til selvmord at det i noen studier har blitt hevdet at dette er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for selvmord (13). En systematisk oversikt fra 2003 (14), der en gjennomgår psykologiske autopsistudier, slår fast at psykisk lidelse var den av de variablene som ble studert som hadde den sterkeste assosiasjonen til selvmord. Alkohol er med i bildet i mange selvmordsforsøk og selvmord, og man regner med at 1/3 av alle som tar sitt eget liv har misbruksproblemer med stoff eller alkohol (5).

Selvmord. Per 100 000 innbyggere



Kilde: Dødsårsaker, Statistisk sentralbyrå.

Mer informasjon: <http://www.ssb.no/emner/03/01/10/dodsarsak/>

2009 © Statistisk sentralbyrå

Kritisk vurdering av publisert forskning:

- Panikklidelse og selvmordsrisiko- innledning.

Den første studien.

Weissman et al., 1989 (15) var den første store studien der man fokuserte på sammenhengen mellom panikklidelse og selvmord. Etter dette har det vært en stor interesse for å forske på denne sammenhengen. Det er blitt forsket mye på temaet, men man har enda ikke klart å komme til konsensus. Konklusjonen i denne studien, som det er mye referert til, var at blant pasienter med panikkangst så var det 20 ganger så stor sannsynlighet for at disse hadde gjort et selvmordsforsøk sammenlignet med andre individer som deltok i the Epidemiologic Catchment Area survey (ECA). Det som kanskje var mest overraskende, var at den økte selvmordsrisikoen ikke kunne settes i sammenheng med komorbide stemningslidelser. Disse resultatene har vært kontroversielle, og i årene som fulgte ble det skrevet mye om emnet. En annen studie (16) tok for seg Weissman et al., 1989 sine resultater, men de kom frem til at når alle komorbide psykiske lidelser ble kontrollert for, så forsvant sammenhengen mellom panikklidelse og selvmordsforsøk. En annen studie (17) kom frem til den samme konklusjonen der de brukte lignende data fra The National Comorbidity Survey.

I en oversiktartikkel (18) gikk man sammenhengen nøyere i sømmene. De fant tre studier som støttet en positiv sammenheng mellom panikklidelse og selvmordstanker. Problemet var at ingen av disse studiene kontrollerte for depresjon. For de studiene som rapporterte at det ikke var noen sammenheng mellom angst og selvmord, var det påfallende at de bare inkluderte pasienter med panikklidelse og ikke med komorbid stemningslidelse. De presenterte også deres egne resultater på sammenhengen mellom panikklidelse og selvmordstanker, der de fant at 43 % av pasientene med panikklidelse og komorbid stemningslidelse hadde selvmordstanker, mens dette bare gjaldt for 10 % av pasientene med panikklidelse alene. Konklusjonen fra denne studien var at sammenhengen mellom panikklidelse og selvmordstanker måtte for det meste sees som et resultat av en komorbid stemningslidelse. Men et viktig poeng; den komorbide stemningslidelsen kunne ikke tilskrives hele sammenhengen mellom panikklidelse og selvmordstanker.

Andre angstlidelser og selvmordsrisiko.

Det er ikke bare panikklidelse det er blitt forsket på i forbindelse med angstlidelser i denne sammenhengen, men det er noe utenom oppgavens problemstilling. Det er uansett

interessant å ta en liten titt på hva forskningen på andre angstlidelser viser. En studie (19) fant ingen sammenheng mellom OCD (Obsessive Compulsive Disorder) og selvmordstanker, men fant en sammenheng mellom OCD og selvmordsforsøk, selv om studien var begrenset pga. et lite antall individer i studien, og fordi de ikke hadde kontrollert for komorbid depresjon. I en etterfølgende studie av de samme forskerne, fant man en signifikant sammenheng mellom OCD og selvmordstanker, men igjen ble det ikke kontrollert for komorbid depresjon. En studie (20) rapporterte om en positiv sammenheng mellom selvmordstanker både til panikklidelse og til sosial fobi, mens en annen (21) fant at blant deprimerte pasienter med generalisert angstlidelse var det et høyere nivå av selvmordstanker når man sammenlignet med deprimerte pasienter alene. Det er veldig interessant i de studiene der man har samlet flere angstlidelser i samme studie, for da er det lettere å sammenligne angstlidelsene med hverandre og hvordan de slår ut på selvmordsrisiko.

Som tidligere diskutert er det ikke bare angstlidelser som forekommer som komorbide tilstander til stemningslidelser (særlig depresjon), men de forekommer også ofte som komorbide tilstander til hverandre. Har man en angstlidelse er det mer sannsynlig at det på samme tid forekommer en annen. En studie fra Nederland sammenlignet sammenhengen mellom selvmordstanker og flere forskjellige angstlidelser (22). Denne viktige studien blir omtalt senere.

Sammenligninger mellom ulike studier.

Det er mange hensyn å ta når en skal konkludere med resultatene fra forskjellige studier. Ofte har studiene ulike design, og det kan være forskjellige angstlidelser og komorbide tilstander som studiene tar for seg. Dette gjør at det kan være vanskelig å sammenligne studiene med hverandre. Det er derfor man ikke har kunnet komme til en enighet om hvor stor komponenten av angstlidelser er når selvmordsrisiko skal vurderes. Det er også en utfordring å se angstlidelsene hver for seg, for å se om de i seg selv kan øke selvmordsrisikoen signifikant. Kanskje er det i mange av disse studiene nesten umulig å komme utenom det faktum at det mest sannsynlig er snakk om en komorbid tilstand som gir den økte selvmordsrisikoen. I studiene blir det undersøkt om det foreligger selvmordstanker og selvmordsforsøk, og som nevnt tidligere kan det være vanskelig å overføre resultatene til en selvmordsvurdering, der det er snakk om å vurdere om det er en nærliggende fare for at pasienten vil ta sitt eget liv.

- Angstlidelser og selvmordsatferd (selvmordstanker og selvmordsforsøk).

Både for panikkanfall og panikklidelse har man funnet at hver for seg så er det en økt risiko for selvmordstanker (23)(24). Goodwin and Roy-Byrne (2006)(23) var den første studien av sitt slag som brukte et nasjonalt representativt prøvemateriale, the National Comorbidity Survey. Metodisk sett var dette en robust studie, de hadde et stort materiale, og det ble kontrollert for flere forskjellige confoundere. Denne studien demonstrerte at spesielt panikklidelse var assosiert med selvmordsforsøk, uansett om det var komorbide tilstander eller andre faktorer til stede. Siste års og livstids panikklidelse var assosiert med siste års selvmordsforsøk, og denne assosiasjonen vedvarte selv etter at man hadde justert for demografiske forskjeller, komorbiditet, og flere forskjellige psykiske lidelser, selv om komorbid depresjon og rusmiddelmisbruk spilte en sterk rolle. Denne assosiasjonen gjaldt ikke for livstids selvmordsforsøk, fordi den ikke lenger var statistisk signifikant når man justerte for komorbiditet. Forfatterne konkluderte med at det var en mulighet for at panikklidelse kunne øke risikoen for selvmordsforsøk i fremtiden, og at panikklidelse muligens var en selvstendig risikofaktor for selvmord.

Pilowsky et al., 2006 (24) undersøkte panikklidelse og selvmordstanker i allmennpraksis. De hadde et stort materiale (n=2043), og dette gjorde at de kunne utføre studien på pasienter fra allmennpraksis hvor det vanligvis er for lite antall pasienter til å kunne oppdage små effekter. Denne studien klarte også å kontrollere for komorbide tilstander, slik at en mer presist kunne si noe om sammenhengen mellom panikklidelse og selvmordstanker. De fant at det var en signifikant assosiasjon mellom panikklidelse og selvmordstanker, selv etter at de kontrollerte for komorbide tilstander. Et annet funn var at pasienter med panikklidelse og komorbid depresjon hadde dobbelt så høy risiko for selvmordstanker enn for de som bare hadde panikklidelse. En annen styrke med denne studien var at de til forskjell fra de fleste andre studier målte om pasienten hadde nåværende panikklidelse og selvmordstanker og ikke bare undersøkte på livstidsdiagnoser. Når man undersøkte på livstidsdiagnoser så fant man ikke den samme sterke assosiasjonen mellom panikklidelse og selvmordstanker, som hvis man så på den nåværende situasjonen. Forfatterne konkluderte med at det var dobbelt så vanlig å rapportere om selvmordstanker hos pasienter med panikklidelse, men at det å ha både panikklidelse og depresjon ikke økte forekomsten av selvmordstanker sammenlignet med det å ha depresjon alene.

I den longitudinelle 25 års studien til Boden et al., 2006 (25), som er en av de nyeste studiene på området, ble det undersøkt på sammenhengen mellom flere forskjellige typer av angst (deriblant panikklidelse), og selvmordstanker og selvmordsforsøk. Dette er en av de mest robuste studiene metodisk sett i denne aldersgruppen (16-25 år), og har også et stort forsøksmateriale (n=1265). Den brukte et storskala prospektivt studiedesign, der de delte inn personene i tre aldersgrupper (16-18, 18-21 og 21-25), og der mål på angstlidelser (fobi, generalisert angstlidelse, panikklidelse), alvorlig depresjon, rusmiddelmisbruk, dyssosial

personlighetsforstyrrelse, belastende livshendelser, arbeidsledighet, og selvmordstanker og selvmordsforsøk ble satt inn i en regresjonsmodell for å finne ut om det var noen sammenheng mellom angstlidelser og selvmordsatferd (selvmordstanker og selvmordsforsøk). De fant en sterk assosiasjon mellom angstlidelser og suicidal atferd i denne aldersgruppen, og selvmordsatferden økte proporsjonalt med antall angstlidelser. En hvilken som helst angstlidelse økte oddsen for selvmordstanker med 7.96 (95 % konfidensintervall 5.69-11.13), og økte oddsen for selvmordsforsøk med 5.85 (95 % KI 3.66-9.32). Når man kontrollerte for koeksisterende psykiske lidelser, ikke-observerte konfunderende faktorer og belastende livshendelser ble assosiasjonene redusert (selvmordstanker odds ratio(OR) 2.80, 95 % KI 1.71-4.58; selvmordsforsøk innsidens rate ratio (IRR) 1.90, 95 % CI 1.07-3.39). Konklusjonen av denne studien var at angstlidelser (og i dette tilfelle også panikklidelse) kan være en risikofaktor når det gjelder selvmordsatferd, selv om man kontrollerte for konfundering, og der risikoen økte med multiple angstlidelser. Behandling av angstlidelser kan komme til å bli en viktig komponent i strategier for å redusere antall selvmord i befolkningen, mente forfatterne.

Mange studier de seneste årene har tatt for seg om den tilsynelatende sammenhengen mellom angstlidelser og selvmordsatferd bare er tilfelle fordi den skyldes effekter fra depresjon som komorbid tilstand til angstlidelser. Sareen et al., (2005a)(22) sin studie har blitt nevnt tidligere, og den tok for seg denne mulige sammenhengen. Dette er en stor longitudinell befolkningsstudie der det også ble kontrollert for komorbide stemningslidelser og andre psykiatriske diagnoser. Studien inkluderte individer som ikke var diagnostisert med angst og -stemningslidelser, bare stemningslidelser, bare angstlidelser, og både angst og -stemningslidelser. Siden dette var en stor longitudinell studie kunne Sareen et al. både undersøke sammenhengen mellom angst og stemningslidelser mot livstidsprevalensen av selvmordstanker og -forsøk. De fant at når de kontrollerte for koeksisterende psykiske lidelser og sosiodemografiske forskjeller, så var det at man hadde en hvilken som helst angstlidelse assosiert med både selvmordstanker (odds ratio(OR) 2.32, 95 % KI 1.31-4.11) og selvmordsforsøk (OR 3.64, 95 % KI 1.70-7.83). De fant også at en angstlidelse i kombinasjon med alvorlig depresjon økte faren for selvmordsforsøk. Resultatene indikerte altså at det at man hadde en angstdiagnose, uten en historie med en stemningslidelse, var signifikant assosiert med en økt risiko for livstids selvmordstanker og -forsøk. Resultatene var allikevel noe mindre konsistente når man bare sammenlignet spesifikt for angstlidelser, mest sannsynlig på grunn av for lav styrke. Når det gjelder studiens begrensninger, så kommenterte forfatterne at selv om angstlidelser har en sammenheng med selvmordstanker og selvmordsforsøk, så kan ikke denne studien si om angstlidelser er assosiert med selvmord. Man trenger flere studier der man bruker en psykologisk autopsidesign for å si noe mer om dette. En annen begrensning var at denne studien ikke tar for seg viktige variabler som er kjent for å være assosiert med selvmordsatferd, som PTSD og personlighetsforstyrrelser (borderline og dyssosial personlighetsforstyrrelse). Det er godt mulig at noen av resultatene i denne studien hadde blitt annerledes hvis man hadde tatt med disse variablene. Selv om Sareen et al. metodisk sett var en sterk studie er det et viktig

poeng at fordi studien bare fokuserte på sykdom/ikke sykdom, så kom man ikke utenom at det var en gråsoner her. Forfatterne poengterte at selv subsymptomer av både angst og -stemningslidelser kan forårsake en påvirkning på pasientene, som dermed kan fungere suboptimalt selv om de diagnostisk sett ikke har den og den diagnosen. Selv depressive symptomer under en viss grense er assosiert med lavere psykososial fungering, og det er ofte høyere rusmiddelmissbruk hos disse pasientene. De konkluderte til slutt med at det trengs flere studier som bruker lengre oppfølgingsperioder, større studier (flere personer i studiene), og kohortstudier på både voksne og eldre individer. Denne studien støtter opp under viktigheten av å oppdage og behandle angstlidelser tidlig, og spesielt de pasientene som har komorbide stemningslidelser.

Selv om mange studier tar for seg angstlidelser generelt, så er det noen som tar for seg panikklidelse alene (26). Denne handlet om panikklidelse og selvmordsatferd. Her stilte forfatterne spørsmålet om komorbiditet med depresjon er nøkkelen? Mange av studiene som blir diskutert i oppgaven undersøker på sammenhengen mellom panikklidelse og selvmordsatferd, men da sammen med andre angstlidelser, slik at det kan være vanskelig å få øye på den separate effekten av panikklidelse. I denne studien var det 474 polikliniske psykiatriske pasienter som man undersøkte for psykopatologi, personlighetstrekk og selvmordsatferd gjennom bruk av strukturerte intervjuer. Ca. halvparten av gruppen (n=250) rapporterte om selvmordstanker, enten gjennom livet eller i løpet av de siste seks månedene før evalueringen. Totalt sett var det 200 av pasientene som tidligere hadde gjort selvmordsforsøk. Når man ikke regnet med komorbiditet av depresjon, så var det ingen forskjell hos pasienter med panikklidelse og de som tidligere hadde hatt en depresjon, når det gjaldt alder, selvmordstanker eller antall selvmordsforsøk (nå eller tidligere). Etter at man separerte en gruppe med pasienter med panikklidelse og komorbid depresjon, så fant man at de som bare hadde panikklidelse hadde et signifikant lavere antall av selvmordsforsøk, sammenlignet enten med den første gruppen ($p < 0.05$) eller med pasienter med bare depresjon ($p < 0.01$). Det samme gjaldt for selvmordstanker. De som gjorde selvmordsforsøk i de forskjellige gruppene var ikke forskjellige når det kom til selvmordsintensjon, eller dødelighet. De var også like på impulsivitet, aggressiv atferd og på angstsymptomer. Dessverre hadde denne studien bare 78 pasienter med panikkangst, så dette begrenset styrken og generaliserbarheten på studien. En annen begrensning var at de brukte et cross-sectional design, slik at det ikke var mulig å finne ut om panikklidelse og depresjonens relasjon knyttet til tid, og deres relevans knyttet til selvmordsatferd. En styrke var at det for hver enkelt pasient ble nøye dokumentert hele pasientens psykiatriske sykehistorie og selvmordsatferd. Konklusjonen her ble derfor at sammenhengen mellom panikklidelse og selvmordsatferd skyldtes komorbiditet med depressive lidelser. Denne studien er et bidrag til de resultatene på området som konkluderer med at sammenhengen mellom panikklidelse og selvmordsatferd kan forklares ut fra depresjon som en vanlig komorbid tilstand til panikklidelse. Helt på slutten kom også forfatterne med en appell om at hvis panikklidelse var den presenterende diagnosen, så burde man alltid se om det kan være en komorbid depresjon tilstede, og at selvmordsrisikoen burde vurderes.

Warshaw et al., 2000 (27) støttet opp under den foregående studien (26). Målet for denne studien var å lage retningslinjer for vurdering av selvmordsrisiko blant pasienter med panikklidelse. De fulgte 498 pasienter med panikklidelse i fem år. Her brukte de analyser for å undersøke variabler som var korrelert med observert selvmordsatferd. De fant at det var 0.06 sannsynlighet for selvmordsatferd hos disse pasientene gjennom denne perioden. Affektive lidelser, rusmiddelmissbruk, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser og det å være kvinne var risikofaktorer. Bare to av pasientene var sucidale selv om de ikke hadde noen risikofaktorer; disse utviklet depresjon i fem års perioden. Konklusjonen var at panikklidelse ikke var assosiert med selvmordsatferd hvis det ikke var risikofaktorer til stede. Forfatterne foreslo en rask screening av pasienter med panikklidelse for risikofaktorene som er nevnt ovenfor, for å kunne si noe om selvmordsrisikoen hos disse individene.

(28) er en spennende og litt annerledes studie der man prøvde å evaluere panikkspesifikke faktorer i relasjonen mellom panikklidelse og selvmordsatferd. Forfatterne sier i innledningen at selv om koeksistensen av andre former for psykopatologi, spesielt stemningslidelser, nok er ansvarlig for sammenhengen mellom panikklidelse og selvmordsatferd, så kan det hende at faktorer spesifikke for angst og panikk (jfr. kliniske symptomer hos pasienter med panikklidelse) spiller en rolle når det kommer til selvmordsatferd. Det har ikke vært undersøkt så mye på denne vinklingen av temaet. Forfatterne i denne studien ville analysere de kliniske og kognitive karakteristika hos pasienter med panikklidelse, og sammenhengen mellom disse variablene og selvmordsatferd. De lurte også på om disse faktorene som var panikkspesifikke kunne predikere selvmordsatferd etter at man hadde kontrollert for depresjon. Etter at dataene var analysert slo de fast at flere angstrelaterte variabler var assosiert med selvmordstanker, selv etter at det var blitt kontrollert for depresjon. Bare to av variablene hadde en signifikant assosiasjon med selvmordsforsøk; forventningsangst, og unngåelse av fysiske fornemmelser. De konkluderte med at panikklidelse må sees på som en uavhengig risikofaktor for utvikling av selvmordstanker. Denne risikoen, mente de, kom av at depresjon ofte kommer sekundært til panikklidelse. Et interessant poeng med denne studien var at det kan være spesifikke komponenter fra angsten som også kan bidra til selvmordstankene, selv om disse var mindre viktige enn depresjonens innflytelse. Disse angstspesifikke faktorene kan interagere med panikklidelsen og øke risikoen for depresjon og selvmordstanker. En svakhet med studien var at det er uklart hvordan og om starten av panikklidelsen var relatert tidsmessig til selvmordsforsøket. Mange av pasientene hadde en lang sykehistorie med panikklidelse, mens andre i studien ikke hadde vært syke så lenge. Siden det er noe uklart når de forskjellige symptomene og sykdommen startet, og når selvmordsforsøkene fant sted, blir det nesten umulig å spekulere om hvilken faktor som potensielt virker som en risiko for den andre. Forfatterne mente i tillegg at det trengs flere slike studier for å bekrefte denne relasjonen, og for å finne ut om disse angstrelaterte variablene var risikofaktorer for, eller konsekvenser av selvmordsforsøk.

Selvordstanker og angstlidelser: Er det en økt risiko eller en artefakt av komorbid depresjon? Det er overskriften i en studie fra 2008 (29). Her undersøkte man den mulige sammenhengen mellom angstlidelser og deres selvmordstanker ved hjelp av kontinuerlige skalaer. Det ble også kontrollert for komorbid depresjon. De undersøkte 166 collestudenter fra Houston med tanke på panikklidelse, generalisert angstlidelse, sosial angst og OCD (obsessiv-compulsive disorder). Resultatene av denne studien støttet de samme funnene som ble gjort i Sareen et al. (2005). De viste at det er en signifikant assosiasjon mellom angstlidelser og selvmordstanker, selv etter å ha kontrollert for depresjon. Det var særlig panikklidelse og sosial angst som viste denne sterke assosiasjonen med selvmordstanker, mens OCD og generalisert angstlidelse viste en nesten signifikant sammenheng. Hver for seg førte både angstlidelser og depresjon til mer selvmordstanker, og angstlidelser og depresjon samtidig førte til ytterligere flere selvmordstanker. Altså en separat effekt og en adderende effekt. Selv om denne studien viste en unik assosiasjon mellom angstlidelser og selvmordstanker, så er det fremdeles ikke klart hvilke mekanismer som gav denne assosiasjonen. Det er mange faktorer som kan være involvert; stress som følge av selve angsten, stress relatert til funksjonelle og tap pga angsten, følelsen av håpløshet osv. Videre forskning kan kanskje gi oss svaret på hvilke mekanismer det er som fører til at angstlidelser kan gi en tilleggsrisiko når det gjelder selvmordsrisiko. Begrensninger var bruk av cross-sectional design, og at studien bare brukte selvrapportering fra studentene. Det viste seg at det ble en alt for høy prevalens av angstlidelser blant de 166 studentene, siden det ikke var sannsynlig at det var så mye psykopatologi i denne gruppen. Noe av forklaringen kan være at cut-off verdiene ikke var valide indikatorer for alvorlighetsgraden av lidelsene. Til slutt skal det sies at det bare ble spurt etter selvmordstanker, og verken alvorlighetsgraden, intensjonen, tidligere selvmordsforsøk eller planlegging av slike ble vurdert. Alt i alt føyer denne studien seg inn i rekken av nylig publisert materiale som konkluderer med at det er evidens for at det er en sammenheng mellom angstlidelser og selvmordstanker, og ikke bare en artefakt som skyldes komorbid depresjon.

En av de nyeste studiene (30) på angstlidelser og selvmordsatferd er Cogle et al., 2009. Her brukte man igjen data til analyser fra the National Comorbidity Survey-Replication, og det ble kontrollert for etablerte risikofaktorer for selvmord. Tidligere diagnoser hos og demografi ble undersøkt i studien gjennom et strukturert intervju av deltakerne. Tidligere selvmordstanker og -forsøk ble også registrert. Resultatene av studien var at sosial angst, PTSD, generalisert angstlidelse og panikklidelse var unike prediktorer for selvmordstanker. Bare sosial angst, PTSD og generalisert angstlidelse var prediktive for selvmordsforsøk. Når man analyserte med hensyn til kjønn, så indikerte hver av alle de fire angstlidelser en sammenheng med selvmordstanker og -forsøk hos kvinner, mens bare PTSD og panikklidelse virket som en risikofaktor hos menn. Det vil si at det er flere angstlidelser som var assosiert med økt selvmordsrisiko hos kvinner, mens bare to av angstlidelsene var assosiert med økt selvmordrisiko hos menn. Forfatterne mente at man skulle være forsiktige med å trekke konklusjoner når det gjaldt selvmordsforsøk hos menn, siden det var et relativt lavt tall når

det gjaldt selvmordsforsøk i denne gruppen. Denne studien gir et viktig bidrag til selvmordslitteraturen på mange måter. I tillegg til kjønnsforskjellene som allerede har blitt nevnt, så var denne studien unik fordi den har brukt nasjonalt representative data ved bruk av DSM-IV diagnostiske kriterier for å demonstrere at angstlidelser virker som en selvstendig risikofaktor for selvmordsatferd. De multivariable analysene inkluderte også borderline personlighetsforstyrrelse, som er en viktig variabel som ikke har vært tatt med i mye av den tidligere forskningen på dette området. Denne variabelen var en sterk prediktor for selvmordstanker og -forsøk i denne analysen. Resultatene i denne studien var de samme som i den longitudinelle studien til Sareen et al. (2005a), men der inkluderte de ikke PTSD-diagnosen i analysen, og de fant at spesifikk fobi var en sterk prediktor for selvmordstanker. Helt til slutt skal det sies at også Cougle et al., 2009 sin studie hadde noen begrensninger. Dataene i studien er cross-sectional, og det var brukt data basert på deltakernes livstidshistorie når det gjaldt tidligere psykiske lidelser og selvmordsatferd. Man skal være forsiktig når man tolker disse resultatene fordi de ikke nødvendigvis viser en kausal sammenheng mellom angstlidelser og selvmordsatferd. I tillegg mente forfatterne at det også er en mulighet for at de identifiserte risikofaktorene ikke kan forutsi selvmord. Sist, men ikke minst, så var diagnostisk informasjon om OCD og schizofreni ikke tilgjengelig i the NCS-R.

En av studiene (31) som drar i motsatt retning av en del av de foregående studiene, konkluderte med at hos pasienter med alvorlig depresjon, så beskyttet spesielt komorbid panikk lidelse mot mer planlagte selvmordsforsøk med høyere dødelighet. Overraskende så sa ikke alvorligheten av depresjonen, eller aggressive impulsive trekk noe om at man kan forutse planlegging eller dødelighet av selvmordsforsøk. Forfatterne sa at det i noen tidligere studier har vært rapportert at alvorligheten av angst i alvorlig depresjon beskyttet mot sannsynligheten for at et selvmordsforsøk skulle finne sted. Nå kunne man utvide denne observasjonen og viste at det en beskyttelse mot mer dødelige selvmordsforsøk også. Studien inkluderte 151 pasienter med alvorlig depresjon, og tidligere selvmordsforsøk ble registrert. Pasientene gjennomgikk et strukturert diagnostisk intervju, der man registrerte psykiatriske diagnoser, nåværende symptomer, impulsivitet og selvmordsplanlegging før det siste selvmordsforsøket de hadde gjort. Komorbid angstlidelse korrelerte i denne studien med mindre selvmordsplanlegging. Som tidligere nevnt så var denne negative korrelasjon spesielt knyttet til panikk lidelse. Når man skal vurdere validiteten av denne studien, så må man ta i betraktning at det var retrospektiv innhenting av data når det gjaldt selvmordsplanlegging, og at det er begrenset appliserbarhet til selvmord, og til andre psykiatriske sykdommer.

- **Angstlidelser og selvmord.**

Det er ikke mange studier som har tatt for seg sammenhengen mellom angstlidelser og selvmord. En av de få studiene som tok for seg denne sammenhengen (32), undersøkte

angstlidelser og selvmord der de brukte en psykologisk autopsi metode. Studien sammenlignet kjønnsforskjeller i psykopatologi og personlighet blant de som hadde gjennomført selvmord. Kvinner som hadde tatt selvmord hadde større sannsynlighet enn menn for å ha hatt en angstlidelse og angstsymptomer i løpet av livet. Forfatterne fant også at angstlidelser var assosiert med ikke-voldelige selvmordsmetoder. Disse funnene viste at angstlidelser var mye vanligere hos kvinner som begår selvmord, og konklusjonen ble derfor at man vil få forskjellige behandlingsmål mellom kjønnene når det kommer til å redusere selvmord i de to gruppene. Det ble også sagt at for å validere disse resultatene så trengte man case-control studier i tiden fremover, men uansett så demonstrerte denne studien at angstlidelser (ikke komorbide angstlidelser) kan brukes når man skal definere kjønnsspesifikke profiler for de som begår selvmord.

I en tidlig studie (33) av panikklidelse og selvmord, der man undersøkte resultatet etter syv år hos en gruppe av 74 individer med panikklidelse, fant man at selvmord fantes hos 4 % av individene, og over 6 % av individene hadde gjort et alvorlig selvmordsforsøk. Selvmordsatferd i denne gruppen var assosiert med panikklidelse i ung alder, økt alvorlighet av panikklidelsen, og komorbid alvorlig depresjon og personlighetsforstyrrelser.

Henriksson et al. (1996) (34) klarte ikke å finne en assosiasjon mellom panikklidelse og selvmord. De brukte data fra en psykologisk autopsi studie av alle selvmord (n=1397) i Finland i løpet av et år, der alle med nåværende DSM-III-R panikklidelse ble retrospektivt identifisert og undersøkt i forbindelse med komorbiditet, selvmordsmetoder, tidligere selvmordsforsøk, behandling og varighet av panikklidelsen. 17 av de som hadde tatt selvmord hadde panikklidelse, og disse utgjorde til sammen 1.2 % av alle selvmordene. Prevalensen av panikklidelse var høyere hos kvinner (2.8 %, 9 av 320) enn hos menn (0.7 %, 8 av 1077; $p=0.007$) som hadde tatt selvmord. Alvorlig depresjon ble diagnostisert i 10 (59 %), og rusmiddelmisbruk eller avhengighet i 8 (47 %) av tilfellene av selvmord. Den gjennomsnittlige varigheten av panikklidelse før selvmordet var 8 år. De fleste som tok selvmord hadde tidligere gjort selvmordsforsøk, og hadde også tidligere vært under psykiatrisk behandling. Konklusjonen i denne studien var at nåværende panikklidelse, og spesielt ikke-komorbid panikklidelse, syntes å være sjelden hos dem som begikk selvmord. Selvmord hos personer med panikklidelse var assosiert med komorbiditet av alvorlig depresjon, rusmiddelmisbruk og personlighetsforstyrrelser. For å kjenne igjen pasienter med panikklidelse som har en økt selvmordsrisiko, var det viktigst å se på psykopatologien i sin helhet, mente forfatterne.

Alt i alt så kan man si at det er noe evidens som foreslår en sammenheng mellom panikklidelse og selvmord, men disse dataene ikke kan sies å være spesielt sterke.

Avslutning:

De psykiatriske lidelsene som tradisjonelt har vært forbundet med selvmord er stemningslidelser og personlighetsforstyrrelser (i hovedsak borderline personlighetsforstyrrelse). Derfor er det spennende at senere års forskning også har tatt for seg sammenhengen mellom angstlidelser og selvmordsatferd og selvmord. Panikklidelse er en av angstlidelsene som har blitt studert mest i forbindelse med denne mulige sammenhengen. Det har vært sprikende resultater, og forskningen har ikke kommet med noen tydelig konklusjon. Noen studier har kommet frem til at sammenhengen må være et produkt av en komorbid depresjon, mens andre studier viser at angstlidelser kan stå som en selvstendig risikofaktor. Tradisjonelt har ikke angstlidelser blitt sett på som en uavhengig risikofaktor for selvmord, og har derfor ikke blitt lagt vekt på når man for eksempel skal vurdere selvmordsrisiko. Den vanlige oppfatningen har vært at man heller har lagt vekt på andre komorbide tilstander til en pasient med en angstlidelse når man skal vurdere om risikoen for selvmord er høy eller lav. Det har ikke vært nok evidens for at man kunne se på angstillstanden som en risikofaktor i seg selv.

Siden angstlidelser har så høy prevalens i befolkningen generelt er det klart at forskning for å se på disse tilstandene som en risikofaktor for selvmord er av stor interesse for det selvmordsforebyggende arbeid. Det er problematisk at mye av forskningen på dette området bare har konsentrert seg om sammenhengen mellom forskjellige angstlidelser og selvmordstanker og -forsøk. Studier som har tatt for seg sammenhengen mellom angstlidelser og selvmord er i mindretall. Generelt er det slik at de som gjør selvmordsforsøk (og selvskading), og de som tar selvmord, har karakteristisk forskjellige profiler, selv om det er overlapp mellom disse. Derfor er det usikkert om funnene i studier på angstlidelser og selvmordsforsøk kan forklare hvor stor rolle angstlidelser har når det kommer til selvmord. Spesielt hvis man ser dem som komorbide tilstander til bipolare lidelser, depresjon, schizofreni eller post traumatisk stress syndrom.

Konklusjonen som de seneste studiene har kommet til er at det ser ut som noen av angstlidelsene, deriblant panikklidelse, har økt forekomst av selvmordstanker og muligens også selvmordsforsøk. Det trekker mer og mer i retningen av at det er en sammenheng mellom panikklidelse og selvmordsrisiko. Selv om det er vanskelig å konkludere ut i fra forskningen, viser den i alle fall at klinikere som vurderer selvmordsrisiko bør være mer observante på angstlidelser, og spesielt når de opptrer som komorbide tilstander. For fremtiden kan angstlidelser komme til å bli sett på som en egen risikofaktor for selvmord, og denne kunnskapen kan bli en viktig komponent i strategier for å forebygge selvmord og redusere forekomsten av selvmord i befolkningen. Flere longitudinelle studier trengs i tiden fremover for å hjelpe oss til å forstå sammenhengen mellom ulike angstlidelser, deriblant panikklidelse, og selvmord.

Kilder:

1. Yates WR. Phenomenology and epidemiology of panic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 2009;21(2):95-102.
2. Norsk elektronisk legehåndbok, www.legehandboka.no
3. Angstlidelser - Kliniske retningslinjer for utredning og behandling, Statens helsetilsyn 2000. www.helsetilsynet.no
4. Psykiatri- en lærebog om voksnes psykiske sygdomme. Vestergaard, Sørensen, Kjølbye og Videbech. 2006.
5. Lærebok I psykiatri. Malt, Retterstøl og Dahl. 2007.
6. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994;151:413–420.
7. Furukawa TA , Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.:CD004364. DOI: 10.1002/14651858.CD004364.pub2.
8. Anxiety disorders in adults. Vladan Starcevic. 2005. Kapittel 2.
9. Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU, Ustun TB, Roy-Burne PP, Walters EE. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Sep;55(9):801-8.
10. Kushner MG, Sher KJ, Erickson DJ. Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders. *Am J Psychiatry* 1999 May;156(5):723-32.
11. Dyck IR, Phillips KA, Warshaw MG, Dolan RT, Shea MT, Stout RL, Massion AO, Zlotnick C, Keller MB. Patterns of personality pathology in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with and without agoraphobia, and social phobia. *J Pers Disord*. 2001 Feb;15(1):60-71.
12. Tilbake til livet. Selvmordsforebygging i teori og praksis. Lars Mehlum. 1999. Kapittel 2, 3 og 8.
13. Mościcki Ek. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am*. 1997 Sep;20(3):499-517.

14. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* 2003 Apr;33(3):395-405.
15. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *New England Journal of Medicine* 1989;321:1209–1214.
16. Hornig, CD, McNally R J. Panic disorder and suicide attempt: a reanalysis of data from the Epidemiologic Catchment Area Study. *British Journal of Psychiatry* 1995;167:76-79.
17. Vickers K, McNally R J. Panic disorder and suicide attempt in the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology* 2004;113:582-591.
18. Schmidt NB, Woolaway-Bickel K. Suicide and panic disorder: integration of the literature and new findings. In T. E. Joiner, & David Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding the boundaries* 2000;117-136. Boston:Kluwer Academic Publishers.
19. Lester D, Abdel-Khalek AM. Manic-depression, suicidality, and obsessive-compulsive tendencies. *Psychological Reports* 1999;85:1100.
20. Cox B J, Dorenfeld DM, Swinson RP, Norton GR. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *American Journal of Psychiatry* 1994;151:882-887.
21. Zimmerman M, Chelminski I. Generalized anxiety disorder in patients with major depression: is DSM-IV's hierarchy correct? *American Journal of Psychiatry* 2003;160:504-512.
22. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJG, ten Have M, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry* 2005a;62:1249-1257.
23. Goodwin RD, Roy-Byrne P. Panic and suicidal ideation and suicide attempts: Results from the national comorbidity survey. *Depress Anxiety* 2006;23:124–132.
24. Pilowsky DJ, Olfson M, Gameroff MJ, Wickramaratne P, Blanco C, Feder A, Gross R, Neria Y, Weissman MM. Panic disorder and suicidal ideation in primary care. *Depress. Anxiety* 2006;23:11–16.
25. Boden J, Fergusson D, Horwood L. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychol Med* 2006;37:431-441.
26. Diaconu G, Turecki G. Panic disorder and suicidality: is comorbidity with depression the key? *J Affect Disord.* 2007 Dec;104(1-3):203-9.
27. Warshaw MG, Dolan RT, Keller MB. Suicidal behavior in patients with current or past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *Am. J. Psychiatry* 2000;157:1876–1878.

28. Schmidt NB, Woolaway-Bickel K, Bates M. Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2001;39:635-649.
29. Norton PJ, Temple SR, Pettit JW. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 2008;39:515-525.
30. Cogle JR, Keough ME, Riccardi CJ, Sachs-Ericsson N. Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *J Psychiatr Res.* 2009 Jun;43(9):825-9.
31. Nakagawa A, Grunebaum MF, Oquendo MA, Burke AK, Kashima H, Mann JJ. Clinical correlates of planned, more lethal suicidal attempts in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2009;112:237-242.
32. McGirr A, Sequin M, Renaud J, et al. Gender and risk factors for suicide: evidence for heterogeneity in predisposing mechanisms in a psychological autopsy study. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1612-1617.
33. Noyes Jr. R, Christiansen J, Clancy J, Garvey MJ, Suelzer M, Anderson DJ. Predictors of serious suicide attempts among patients with panic disorder. *Compr. Psychiatry* 1991;32:261-267.
34. Henriksson MM, Isometsa ET, Kuoppasalmi KI, Heikkinen ME, Martunen M J, Lonnqvist JK. Panic disorder and completed suicide. *Journal of Clinical Psychiatry* 1996;57:275-281.