Selvmondsforsøk blant ungdom

Ved Berit Grøholt

Ikke i noen annen aldersgruppe er det så mange selvmondsforsøk per selvmord som blant tenåringer. I en stor norsk spørreundersøkelse sa 8,3 % av tenåringene at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv en eller annen gang (Rossow & Wichstrøm 1994).

Dette høye tallet er kanskje en av grunnene til at selvskaide blant tenåringer ikke bestandig tas helt alvorlig. En annen grunn kan være at tenåringer ofte framstår som usikre og umodne. De motivene som kommer fram kan virke banale, og ikke alle kan eller vil fortelle historier som oppleves alvorlige og troverdige. I en travel hverdag på sykehusenes avdelinger får de derfor ofte relativt lav prioritet. Flere undersøkelser i inn- og utland viser at unge som legges inn på sykehus pga. selvmondsforsøk (eller parasuicid), har mange og store problemer å stri med, og det vil gi god helsegevinst å tilby dem en grundig vurdering og tilpasset hjelp (Spirito et al. 1989, Grøholt et al. 2000). I forbindelse med en sykehusinnleggelse pga. parasuicid er første bud å vurdere risikoen for et nytt forsøk, eventuelt med dødelig utgang. Dette krever erfaring og kunnskap, og vil bli beskrevet i neste nummer av Suicidologi.

I en undersøkelse i 1993–94 hadde jeg kontakt med alle sykehus i Oslo og Akershus, og vurderte behovet for hjelp for alle under 20 år som ble innlagt etter et selvmondsforsøk. Foreløpig er det publisert to artikler fra denne undersøkelsen (Grøholt et al. 2000, Grøholt et al. 1989). Her beskrives mange av problemene til dem som ble innlagt, og de sammenliknes

med vanlig ungdom og med unge som i spørreundersøkelser har rapportert tidligere selvskaide. De som i spørreundersøkelsen svarte at de hadde forsøkt å ta sitt eget liv, hadde som gruppe mange problemer å stri med. Det samme gjaldt de unge som ble lagt inn på sykehus, men de hadde til sammenlikning langt flere og mer alvorlig grad av belastninger. Derfor kan en se på unge innlagt etter selvmondsforsøk som et spesielt belastet utvalg av en i utgangspunktet problembelastet gruppe. Innleggelsen gir oss en viktig mulighet nettopp til å komme i kontakt med denne gruppen. I denne artikkelen vil jeg skissere noen tanker etter møtet med denne gruppen ungdom på sykehuset.

Siden selvmondsforsøk forekommer relativt hyppig blant tenåringer, kan vi med hånden på hjertet si at de færreste av dem vil dø av selvmord. Men en grundig vurdering av selvmondsrisiko er selvsagt likevel påkrevet. Selv om faren for død i første omgang ikke virker stor, blir det like viktig å prøve å hjelpe de unge til bedre liv. Første oppgave blir derfor å komme i kontakt med de unge. For dem og deres familie er situasjonen skremmende og dramatisk, og det gjør de unge mer tilgjengelig for kontakt. Mitt viktigste inntrykk fra denne kontakten kan oppsummeres slik: Jeg møtte en rekke fortvilede unge som etter hvert viste en forbløffende evne til å fortelle om og reflektere over sine egne problemer. Når de unge lot meg snakke med foreldrene (etter at de er seksten år har de anledning til å forhindre en slik samtale), var foreldrene også svært reflekterte. Anklager fra de unge mot foreldrene var unntaket, i motsetning til hva mange forestiller seg. De individuelle forskjellene var langt mer slående enn likhetene, og ikke en "sak" var lik en annen. På den annen side er en forsker avhengig av å forenkle og lage oversikter, og slike oversikter finnes i forskningsartiklene.

De fleste unge er i utgangspunktet sjelden interessert i kontakt med psykiatere eller andre forståelsegjære. Her vil jeg oppsummere fem enkle råd jeg ga meg selv for å komme i kontakt med de unge. Rådene er beskrevet mer detaljert i boka *Mestring som mulighet i møte med barn, unge og foreldre* (Gjærom et al. 1998).

Ta handlingen på alvor

Mitt første råd er å ta handlingen på alvor, uansett motiv. Det er viktig å utforske de unges forhold til å dø, og i hvilken grad de unge har sett for seg utfallet av handlingen, uansett hvordan selvmonds-handlingen har artet seg. Noen vil kanskje mene at en står i fare for å overdrive dramatikken ved å sette døden på dagsorden i en samtale med den unge etter et selvmondsforsøk. En uønsket virkning kan være at en «belønner» selvskaiden med for mye oppmerksomhet. Dermed kan faren for gjentakelse øke. Min erfaring er heller det motsatte. Tas ikke handlingen alvorlig av omgivelsene, gjentas den lettere. Selv om den medisinske risikoen (letalitetsgraden) er liten, vil muligheten for å dø stå sentralt i bevisstheten til den som skader seg og familiemedlemmene som er berørt, og det problemet er det viktig ikke å hoppe over. De unge trenger tid til å reflektere omkring problemene de står overfor. Da må vi i første omgang ta dem alvorlig, og vite at enhver selvskaide er dramatisk. Den unge vi møter er hovedperson i sitt eget liv, og i dette dramaet. Møtt med åpenhet og alvor, vil de aller fleste unge vise at de har behov for å tenke gjennom sin situasjon. Hvis den unge selv synes at døden får for stor plass i samtalen, vil han eller hun selv som regel si ifra.

Lytt til det den unge forteller

Det leder til neste råd: Lytt til det den unge forteller, selv om det virker hverdagslig og uviktig. Det kan ta litt tid, men det er en snarvei hvis vi vil hjelpe den unge. Ikke pek for raskt på det som for en utenforstående virker sentralt. Voksne hjelpere har livserfaring, og samtidig avstand til det som blir fortalt. Hvis vi med vårt "klarsyn" er for raskt ute med å sette fingeren på det vi mener er de sentrale problemene, hindrer vi den unges egen refleksjon. Min erfaring er at de viktigste livsdilemmaer i den unges liv ligger innbakt i det de selv velger å beskrive som det nære og viktige, og som de mener har sammenheng med selvskaiden.

Det kan være tilsynelatende banale forviklinger mellom venner på en fest, men det rommer ofte helt sentrale livsdilemmaer: Hvem kan jeg stole på? Er det noen støtte å få når en føler seg rammet? Hvorfor er det så vondt å være meg nå? Ofte er lengselen etter nærhet og fortrolighet sentral, og opplevelsen av avvisning kan ramme de sårbare blant de unge hardt.

Unge mennesker er ofte lite vant til å ta sine egne såre følelser på alvor. Omgangformen kan legge opp til en tøff væremåte, der det å være usårbar er viktig. For unge mennesker er det vanskelig å holde ut den smerten lengsel etter nærhet skaper, når de er så lite vant til å ta egne følelser på alvor. Hvis vi kan hjelpe en ung person til å godta at hun eller han faktisk er lei seg, og la være å se ned på sin egen fortvilelse, er vi kommet et stykke på vei. Kan vi forsiktig vise at det nettopp er lengselen etter nærhet som er basis for gode relasjoner? Hvis en ungdom kan se på sin egen smerte som et uttrykk for en verdifull egenskap hos seg selv, står hun eller han bedre rustet til å tåle smerten. Hvis vi voksne hjelpere raskt knytter sårheten til problemer som springer **oss** i øynene, kan vi sette bom for en refleksjon knyttet til den aktuelle utløsende hendelsen. Vår idé kan for eksempel være at sårheten bunner i en skilsmisse og en far som forsvant. Tar vi en slik hypotese opp – i beste mening – kan det diskvalifisere den fortvilelsen festen i går utløste. Dessuten kan vi lett bomme hvis vi forsøker å være "flinke" til å forstå. Altså må vi bruke den tiden det tar å lytte.

3. Diagnostikk

Ikke alle opplever en lengsel slik jeg har beskrevet over. Andre ganger fylles unge bare av en dyp håpløshet uten at de selv vet hvorfor. Det leder meg til et tredje råd: Lag deg et bilde av den psykiske smerten og de problemene den unge beskriver. Sammenhold bildet med psykiatrisk diagnostikk, og hent fram den kunnskap som finnes om sykdommen, syndromet eller symptomene. Det store flertallet av dem som skader seg selv, har symptomer og plager nok til å få en psykiatrisk diagnose. De fortjener at vi anvender den kunnskap som finnes om plager som likner på deres, og de må få behandling

tilpasset sin tilstand. Ungdom er mindre vant til å sette navn på sine egne plager, og vet enda mindre om psykiatiske lidelser enn voksne. Manglende kunnskap kan gjøre symptomene langt mer skremmende enn de behøver å være. Kunnskap om at deres håpløshet f.eks. kan være et ledd i en depresjon, og at depresjon er en tilstand som lar seg behandle, kan være en støtte (Sprague 1997). Det finnes vitenskapelig dokumenterte erfaringer knyttet til spesifikke behandlingsformer også for barn og unge, selv om erfaringene er mer sparsomme enn for voksne. I neste nummer av Suicidologi vil dette bli nærmere beskrevet.

Praktisk hjelp

Mulighetene for å gi praktisk hjelp er imidlertid mer omfattende enn spesifikk psykiatrisk behandling. Det tar jeg opp i det fjerde rådet: Gi de unge mulighet til å snakke om det nære, og ofte om rent praktiske forhold. Kan problemer som virker uoverstigelige deles opp i flere delproblemer, vil den unge lettere finne veier å gå for å bedre enkelte av de vanskelige forholdene. Mange av de unge som skader seg selv har hatt mer enn sin del av problemer i oppveksten, og noen vil kanskje aldri føle seg som de store vinnerne. Men livet har mange kvaliteter hvis en ser sammenheng og mening i sitt eget strev, og vet at mulighetene for bedring er der, også om de ikke er for hånden i øyeblikket. Derfor er hjelp med enkle problemer god hjelp, selv om det dreier seg om noe så hverdagslig som å få mot til å gi tilbake en video som skulle vært levert for en uke siden, eller hjelp til å bestille time for prevensjon hos legen. Opplevelse av mestring er et mål i seg selv. Med andre ord bør hjelperen ha en konkret og praktisk innstilling til små og store problemer. En avventende, analytisk holdning hører ikke hjemme i den akutte situasjonen. Samtidig er det viktig å formidle at den praktiske assistansen er en hjelp til å komme i gang, og at den unge selv må ta skrittene videre. Vi må gjøre vår egen rolle, med dens begrensninger, klar for den unge, enten en er lærer, psykiater eller ansatt på et sosialkontor. På den andre side mangler mange kunnskap om hvilke instanser som kan gi hjelp. Kan vi støtte de unge i å benytte de lokale ressursene, vil det være et godt første skritt.

5. Kontakt med familien

Så til det siste rådet: Ha kontakt med familien eller andre den unge bor sammen med så langt det er mulig, og trekk gjerne venner eller slektninger inn i samtaler. Noen unge ønsker ikke at foreldre og søsken skal involveres. Etter lover og regler må dette respekteres når de er over 16 år. Men hvis man formidler en holdning om at en orientering til foreldrene er en selvfølge, fører det som regel til at det blir tatt kontakt. Og det går nesten alltid bedre enn den unge hadde trodd på forhånd. Ofte kommer selvmordsforsøket uventet på foreldre, som møter opp på sykehus med et vell av usorterte følelser; fortvilelse, forvirring, sinne og angst. Og oppi det hele lurte de på hva galt de har gjort, eller hvilke klanderverdige handlinger andre vil beskyldte dem for. Selv har jeg pleid å snakke med ungdom og foreldre, gjerne med søsken, sammen og hver for seg. Taushetsplikten gjelder selvfølgelig, men blir sjelden et problem hvis en underveis klarer hva som er hemmelig og hva som kan snakkes om. Foreldre har nesten alltid respekt for at visse av livets arenaer skal tenåringene ikke dele med dem. Men i praksis vil de fleste unge at foreldrene skal vite det meste av det som er vanskelig, og ofte er det færre overraskelser enn foreldrene hadde forestilt seg. En krisesituasjon fører ofte til større åpenhet og fortrolighet mellom de involverte. Viktig er det at familien greier å ta vare på denne fortroligheten seg imellom etter den første krisen. Den angsten et selvmordsforsøk skaper kan være et nytt problem, og mange familier kan ha nytte av en utenforstående til å finne ut av hvordan de best kan takle situasjonen etter et selvmordsforsøk.

forts. s. 11

Berit Grøholt er barnepsykiater og har i mange år arbeidet som overlege ved Sentralsykehuset i Akershus. Hennes doktorarbeid omhandler selvmord og selvmordsforsøk blant barn og unge. Hun har nå stipend fra NFR for å gjøre etterundersøkelser.

Referanser til

Grøholt, B.: Selvmordsforsøk blant ungdom, Suicidologi 2001, nr. 1 – s. 11

Gjærum B, Grøholt B. & Sommerschild H. Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Oslo: TANO, 1998

Grøholt B, Ekeberg Ø, Haldorsen, T. Adolescents hospitalised with deliberate self-harm: The significance of an intention to die. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2000; 9: 244-54.

Grøholt B, Ekeberg Ø, Wichstrøm L. & Haldorsen T.. Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39: 868-75.

Rossow I, Wichstrøm L. Parasuicide and use of intoxicants among Norwegian adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 1994; 24: 174-83.

Spirito A, Brown L, Overholser J. & Fritz G. Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clinical Psychological Review* 1989; 9: 335-63.

Sprague T. Clinical management of suicidal behaviour in children and adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1997; 2: 113-23.