Selvmondsforsøk hos norske ungdommer: resultater fra undersøkelsen *Ung i Norge*

Ved Lars Wichstrøm

”Ung i Norge” er en prospektiv studie som startet i 1992 og hvor den siste datainnsamlingen ble avsluttet i 2006. I tillegg ble den opprinnelige datainnsamlingen fra 1992 gjentatt i 2002. Samlet sett har dette datasettet generert en rekke funn omkring selvmordsforsøk hos norsk ungdom generelt sett, men også omkring utvikling av villet egenskade hos unge mennesker. Hensikten med denne artikkelen er å oppsummere de funnene som er gjort så langt, samt å presentere noen hovedtrekk fra de nylig innsamlede dataene som ikke er publisert tidligere. Forskningsspørsmålene kan grupperes inn i A) beskrive forekomst og forløp, B) prediksjon av fremtidige forsøk, C) endringer over tidsepoker, D) forklaringer på kjente risikofaktorer, nærmere bestemt kjønnsforskjeller, rusmiddelbruk og seksuell orientering, samt E) hjelp og behandling etter villet egenskade.

Metode

Datagrunnlaget for dette arbeidet stammer fra *Ung i Norge*-undersøkelsene (Wichstrøm, 1999, 2006). Ung i Norge (UiN) startet i 1992, og er dels en prospektiv landsdekkende undersøkelse av nær 12 000 elever fordelt likt på klassetrinnene f.o.m. 7. klasse (daværende laveste ungdomsskoletrinn) t.o.m. VKII, dvs. hovedsakelig i aldersspennet 13–19 år. Like andeler ble undersøkt i vårsemesteret 1992 og høstsemesteret 1993 (T1), med oppfølginger i 1994 (T2), 1999 (T3) og 2006 (T4). I tillegg ble en ny undersøkelse gjennomført i 2002 med samme metodikk (replikasjonsundersøkelsen) som i 1992.

Deltagere og prosedyre

Prospektiv studie

I alt 67 ungdoms- og videregående skoler ble tilfeldig valgt ut til å delta etter stratifisert trekking på grunnlag av landsdel, skolestørrelse og type skole (allmennfaglig, yrkesfaglig eller kombinert AF og YF skole på videregående). Hvert trinn var likt representert. I alt 12 287 elever gikk i de klassene som ble trukket ut. Av disse deltok 11 985 (97 %). Tre av skolene var ikke opprinnelig med i den longitudinelle delen av undersøkelsen. Ved én skole ble det mellom T1 og T2 begått innbrudd i skolens arkiv, hvor ID-listene ble oppbevart, slik at elevene på denne skolen ikke kunne bli fulgt opp. I alt var dermed 9 697 personer tilgjengelige for oppfølging. Halvparten av disse hadde forlatt den skolen de gikk på ved T1, og måtte følges opp pr. post. Hos disse var svarprosenten langt lavere (67,9 %) enn hos dem som ble undersøkt på skolen ved T2 (91,8 %). Det ble derfor besluttet å kun følge opp de som deltok på skolen ved T2.

Undersøkelsen var opprinnelig planlagt med to måletidspunkter, og ved T2 måtte en derfor be om fornyet samtykke til videre oppfølging, og 91,2 % ga slikt samtykke. Antallet deltagere som kunne følges opp ved T4, var 3 507. Personer som ikke svarte ved første gangs henvendelse, fikk tilsendt et nytt skjema sammen med et påminningsbrev. De som ikke sendte inn utfylt spørreskjema ble kontaktet telefonisk, og de ble gitt valget mellom å få tilsendt nytt spørreskjema, gjennomføre et telefonintervju eller å fylle ut spørreskjema på web via en link som ble sendt til deres e-postadresse. Personer som deltok, var med i en loddtrekning av en valgfri ferie til kr. 50 000. Ved T4 deltok 2 890 personer (82,4 % av de som kunne følges opp).

Frafallet mellom T1 og T4 var følgelig betydelig. Som vist var hovedtyngden av dette frafallet planlagt i henhold til hvilken skoleklasse deltagerne gikk i ved T1 og når på året de ble undersøkt. Innbruddene i skolen arkiv forventes heller ikke å variere med kjennetegn hos deltagerne. Siden vi hadde rike opplysninger om nær alle ved T1, kunne vi bruke dette til å predikere hvem som ikke deltok ved T4. En multivariat logistisk regresjonsanalyse ble gjennomført med det formål å finne de beste kjennetegn på hvem som falt fra og hvem som deltok ved T4. Alder ved T1 bestemte hovedtyngden av frafallet. I tillegg økte sannsynligheten for å falle fra hvis man var mann, røykte tobakk, brukte hasj, hadde venner som brukte illegale rusmidler, foreldre med lav sosialøkonomisk status, atferdsvansker og opplevde foreldrene som lite omsorgsfulle. I alt ble 94,2 % av frafallet korrekt predikert av konstellasjonen av disse variablene.

Replikasjonsundersøkelsen

Ved replikasjonsstudien ble i alt 73 skoler trukket tilfeldig ut etter samme prinsipper som over. Denne gangen deltok 92,3 % (Rossow, Grøholt, & Wichstrøm, 2005). Den noe lavere deltagelsen kunne delvis forklares ved at det brøt ut en influensaepidemi ved en av skolene, og dels av en spesielt lav deltagelsesprosent ved tre av de videregående skolene som deltok (67 % – 78 %). Selv om en tar hensyn til dette, var deltagelsen allikevel bare marginalt lavere i 2002 enn i 1992. Undersøkelsene er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og av Datatilsynet.

Instrumenter

Selvmondsforsøk

I 1992 ble de unge stilt spørsmålet ”Har du noen gang forsøkt å ta livet ditt?” med alternativene ”Ja” og ”Nei”. Ved de andre undersøkelsestidspunktene ble det først stilt et innledende spørsmål omkring villet egenskade ”Har du noen gang med vilje tatt en overdose av piller eller på annen måte forsøkt å skade deg selv?” med alternativene ”Nei, aldri”, ”Ja, en gang” og ”Ja, flere ganger”. Etter dette spørsmålet ble de som svarte positivt, bedt om å angi hvor lenge det var siden de skadet seg siste gang. De ble deretter spurt om de noen gang hadde forsøkt å ta sitt eget liv, og når dette evt. skjedde siste gang. Deltagerne ble ved T2 og T3 også presentert en liste over grunner til å skade seg selv, og de ble bedt om å krysse av dem som var aktuelle for dem siste gang de skadet seg selv. Ved T2 (1994) ble det spurt om skademåter. Ved T2 og ved replikasjonsundersøkelsen (2002) ble deltagerne spurt om ”Har du etterpå fått hjelp eller behandling?” og de ble bedt om å krysse av på en liste over antatte hjelpeinstanser.

Ved T4 ble deltagerne spurt om nåværende og tidligere bruk av helsetjenester for psykiske helseplager, deriblant hjelp på grunn av "Selvmordsproblematikk eller selvskading".

Prediktorer

Følgende inngikk som mulige prediktorer for selvmordsforsøk: depressive symptomer (Kandel & Davies, 1982), alkohol- og rusmiddelbruk (Rossow & Wichstrøm, 1994), atferdsvansker (Wichstrøm et al., 1996), selvbilde (Wichstrøm, 1995), kroppsbilde (Storvoll et al., 2005), pubertetsutvikling og timing av pubertet (Silbereisen et al., 1989), ustabil selvbilde (Rosenberg, 1979), opplevd ensomhet (Russell et al., 1980), tilknytning til foreldre (Parker et al., 1979) og foreldres overvåking ("monitorering") (Olweus, 1989). I tillegg ble forhold som venne-relasjoner og kontakt med andre voksne enn foreldre registrert.

Resultater

Forekomst og forløp

Tidlig forskning fra Norge omkring selvrappporterte selvmordsforsøk antydte at dette var sjeldnere blant universitetsstudenter enn i andre vestlige land (Bjerke et al., 1992), nemlig i overkant av 3 %. Dette funnet bekrefter det man allerede da var klar over, nemlig at når man spurte unge om de noen gang hadde forsøkt å ta livet sitt, så var det overraskende mange som svarte "ja" – og langt flere enn hva sykehusregistreringer og datidens kliniske erfaringer skulle tyde på. Samtidig manglet tall fra et representativt befolkningsutvalg. Tall fra UiN viste imidlertid en langt høyere forekomst hos ungdom, nemlig i snitt 8,3 %. Dette er innenfor det spekteret av forekomsttall som man finner i andre undersøkelser av unge i Vesten, om enn i det øvre sjiktet. Ved T2 var andelen 5,1 %, ved T3 4,4 % og ved T4 var den 4,6 %. Samtidig rapporterte 3,5 % om minst ett forsøk mellom T1 og T2, 3,1 % om forsøk mellom T2 og T3 og 1,8 % om forsøk mellom T3 og T4. Ikke overraskende var tidligere forsøk en sterk prediktor for senere forsøk. De som hadde gjort et selvmordsforsøk før T1, hadde 16 ganger større sjanse for å forsøke å ta livet sitt mellom T1 og T2 enn de som ikke hadde gjort noe forutgående forsøk i det 22,0 % gjentok forsøket.

I løpet av de neste 5 årene hadde 25 % av dem som rapporterte om selvmordsforsøk ved T2 minst ett nytt forsøk (OR=16,0), mens 14,7 % av de som hadde et forsøk opp til T3 hadde et nytt forsøk mellom T3 og T4 (OR=15,8). Det er følgelig en betydelig forhøyet risiko for fremtidige forsøk ved tidligere forsøk. Samtidig skal en merke seg at det også er en betydelig inkonsistens i rapporteringen. Hint om dette ser vi allerede ved at livstidsprevalensen går ned ved økende alder, samtidig som det rapporteres om nye forsøk. Nær 2/3 (63,3 %) av de som ved T1 sa at de hadde forsøkt å ta livet sitt, sa ved T2 at det hadde de aldri gjort. Det samme viser seg ved T3 (59,5 % benekter tidligere forsøk) og ved T4 (46,3 % benekter tidligere forsøk). En mulig forklaring på dette er at man etter en tid omdøper selvmordsforsøket til kun å være en selvskadingsepisode. Det er allikevel mellom 41 % og 71 % av de som rapporterte selvmordsforsøk ved T1, avhengig av tidsspenn, som senere benekter noen gang å ha gjort selvmordsforsøk.

Prediksjon av fremtidige forsøk

Det finnes enkelte systematiske gjennomganger (såkalte review-studier) av hva som henger sammen med selvmords-

forsøk hos unge (Bridge et al., 2006; Evans et al., 2004). Dataene fra disse undersøkelsene baserer seg i hovedsak på tverrsnittsundersøkelser, dvs. undersøkelser på ett tidspunkt. Det er to viktige begrensninger med den typen undersøkelser. Det typiske er at man spør om tidligere forsøk, som ofte kan dateres flere år tilbake. Imidlertid spør man ofte om risikofaktorer som har utspilt seg mye nærmere i tid, for eksempel depressive symptomer siste 14 dager. Vi vet derfor ikke om hva som kom først, depresjonen eller selvmordsforsøket. Der nest henger i regelen ulike risikofaktorer sammen, eksempelvis depresjon og ensomhet. Når både ensomhet og depresjon er assosiert med selvmordsforsøk, kan vi ikke uten videre avgjøre om det er fordi de er mer deprimerede at ensomme mennesker oftere forsøker å ta livet sitt enn mennesker som ikke opplever seg som ensomme, eller om depresjon virker gjennom økt ensomhet, eller om de egentlig ikke har så mye med hverandre å gjøre og at begge deler er viktig. For å avgjøre slike forhold trengs både multivariate analyser og prospektive data. Overraskende nok er det, slik denne forfatteren kjenner litteraturen, ikke gjort noen metaanalyse eller systematisk gjennomgang av slike prospektive studier.

Figur 1.

Prediksjon av tidligere og fremtidige selvmordsforsøk ut fra multivariat logistisk regresjon. Justerte odds ratioer

Figur 2. Prosentandel som rapporterte tidligere selvmordsforsøk etter selvurdert pubertetstiming

Figur 3. Prosentandel som rapporterte selvmordsforsøk i perioden mellom T1 og T2 etter selvurdert pubertetstiming på T1

Antatte prediktorer på T1 for selvmordsforsøk mellom T1 og T2 ble studert samtidig i en multivariat logistisk regresjonsanalyse (Wichstrøm, 2000). Resultatene er gjengitt i figur 1. Denne typen analyse gir resultater i form av såkalt odds ratio. Odds ratio representerer sannsynligheten for at noe vil skje (selvmordsforsøk) ved en verdi (for eksempel at man er jente) sammenliknet med sannsynligheten for at det samme vil skje (selvmordsforsøk) hvis man har en verdi mindre (at man er gutt). Som vi ser er sannsynligheten for å ha forsøkt å ta livet sitt dobbelt så stor dersom man er jente sammenliknet med sannsynligheten dersom man er gutt. Her er resultatene kontrollert for alle de andre variablene (man har for eksempel tatt høyde for at jenter har lavere selvaktelse enn gutter og at de oftere tenker på å ta livet sitt). Odds ratio går fra 0 til uendelig. Tall mellom 0 og 1 angir minsket sannsynlighet, tall rundt 1 viser ingen endret sannsynlighet. Figuren viser at tidligere forsøk og selvmordstanker, å være tidlig i tenårene (i motsetning til seinere i tenårene), samt å være jente predikerte fremtidige forsøk. I tillegg økte lav selvaktelse, å ikke bo med begge biologiske foreldre og å drikke seg ofte full risikoen for påfølgende selvmordsforsøk. Å være tidlig fysisk moden økte også risikoen. Denne effekten var imidlertid ulik for gutter og jenter.

For både gutter og jenter økte risikoen desto tidligere man kom inn i puberteten, men for guttene var det i tillegg en markant økt risiko også dersom man var spesielt seint ute. Dette er vist i figur 2 og figur 3. I seinere arbeider vil vi undersøke hvorvidt det er de samme prediktorene for selvmordsforsøk i voksen alder som i ungdomsårene.

Endring over tidsepoker

Internasjonalt har det kun vært gjort én systematisk studie av endring i selvmordsforsøk hos ungdom over tid (Brenner et al., 2000). Denne viste en nedgang i andelen av elever på videregående skole i USA som rapporterte at de hadde forsøkt å ta livet sitt i perioden 1991 til 1997. Samtidig steg andelen som sa at de hadde gjort et alvorlig forsøk. Dette er i motstrid til tall som viser at andelen ungdommer i USA som ble innlagt på sykehus for selvpåførte skader sank i samme periode (Olfson et al., 2005). Vi har ingen gode sammenliknbare undersøkelser fra Norge. Den andelen av henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) som gjaldt selvmordsfare økte svakt fra 1992 til 2001, mens totalantallet av denne type henvisninger viste en økning på om lag 50 % (Reigstad et al., 2004). Denne økningen kan imidlertid mest trivielt forklares med en tilsvarende økning i antallet stillinger i BUP i denne perioden.

Ved å sammenlikne resultatene fra 1992-undersøkelsen og 2002-undersøkelsen var

vi i en god posisjon til å undersøke om det har skjedd reelle endringer i forekomst av selvmordsforsøk blant ungdom i løpet av denne 10-årsperioden. Resultatene viste at det hadde skjedd en økning blant jentene fra 10,6 % til 13,6 %, men ingen endring for guttene (Wichstrøm, 2007). Siden vi hadde undersøkt en rekke risikofaktorer for selvmordsforsøk i 1992 og i 2002, kunne vi stille spørsmålet: Hvilke økninger i risikofaktorer eller reduksjoner i beskyttelsesfaktorer har funnet sted mellom 1992 og 2002 som kan forklare endringen? Vi var altså uten etter A) faktorer som hadde endret seg fra 1992 og 2002, og som B) hang sammen med selvmordsforsøk og som C) reduserte eller fjernet effekten av periode (forskjellen mellom 1992 og 2002) dersom vi kontrollerte statistisk for denne. Det er to typer forklaringer som synes å ligge bak denne endringen. Den første gjelder kropp og utseende, nemlig en økning i kroppsmasseindeksen (KMI) og en endring i misforholdet med kropp og utseende. Den andre gjelder rusbruk, nemlig økningen i alkohol- og hasjbruk. Disse to faktorene kan forklare økningen i andelen selvmordsforsøk hos jenter (Rossow et al., 2005).

Hva er virkemåten til kjente risikofaktorer?

En rekke risikofaktorer er blitt etablert gjennom et utall tversnittstudier. Nå er ikke en risikofaktor noe annet enn en variabel som øker den statistiske

sannsynligheten for et selvmordsforsøk. Det er et langt sprang derfra til å få en forståelse av hvorfor noen forsøker å ta sitt eget liv. Vi har sett på tre slike forhold. Vi vet at dobbelt så mange jenter som gutter forsøker å ta livet sitt i Vesten. Blir vi noe klokere av det? Alkoholbruk øker likeså risikoen for selvmordsforsøk. Hvorfor? I løpet av de siste 10 årene er det blitt klart at de som ikke utelukkende har en heteroseksuell legning eller praksis, også er i risikozonen. Hva er grunnen til det?

Alkohol

Det er flere mulige forklaringer på den kjente sammenhengen mellom alkoholbruk (og alkoholmisbruk- og avhengighet) og selvmordsforsøk. For ungdom i Norge er det i hovedsak bruk og misbruk som er aktuelt. Alkoholbruk kan øke risikoen for mer grunnleggende og fjerne (såkalt "distale") risikofaktorer som depresjon, ensomhet, arbeidsløshet, somatisk sykkelighet eller skader, eller det er disse som fører til alkoholbruk. Det kan også finnes en 3. faktor som forklarer begge (eksempelvis dårlig emosjonsregulering). Det kan også tenkes at alkoholbruk og alkoholberuselse er med på å øke sannsynligheten for mer akutte livshendelser som øker sannsynligheten for selvmordsforsøk hos ungdom, i særlig grad interpersonlige konflikter, slik som brudd med kjæreste eller krangler med foreldre. Alkoholbruk kan også akutt føre til minsket dømmekraft og økt impulsivitet, dvs. at noen gjør forsøk som de ikke ville ha gjort i edru tilstand, eller at noen drikker seg til mot, evt. også for å døyve fysisk smerte forbundet med forsøket.

Resultatene fra analyser av data fra T1 viste at alkoholberuselse økte sannsynligheten for selvmordsforsøk med 3 % for hver gang man var full siste år. En som hadde vært full 20 ganger siste år, ville altså ha 30 % større sannsynlighet for et selvmordsforsøk enn en ungdom som hadde drukket seg full 10 ganger. Dette var tilfellet selv om vi kontrollerte for en rekke alternative forklaringer som depresjon, ensomhet, bosituasjon, kjønn og alder. Ved T2 spurte vi om ungdommene hadde vært beruset når de hadde skadet seg. Av de som rapporterte selvmordsforsøk, hadde 15 % vært "litt beruset" og 12 % "temmelig eller veldig beruset". Hva som ligger bak sammenhengen mellom alkoholberu-

selse og selvmordsforsøk er således ikke avklart, men sannsynligvis er det ikke kun et utslag av at alkoholbruk er forbundet med andre risikofaktorer. Til en viss grad kan noe av sammenhengen kobles til den akutte effekten av alkohol.

Kjønn

Fire ulike forklaringer har vært fremsatt for å forklare hvorfor flere kvinner enn menn i Vesten forsøker å ta sitt eget liv. For det første kan det hende at menn i større grad enn kvinner underrapporterer selvmordsforsøk på grunn av det stigmaet som er knyttet til slik atferd, og at selvmordsforsøk blir sett på som noe typisk kvinnelig (i motsetning til gjennomførte selvmord). Selv om det til en viss grad kan være noe i dette, heller de fleste som har undersøkt dette mot at en slik underreportering ikke kan forklare hele forskjellen. Det er eksempelvis ikke noen forskjell i andelen menn og kvinner som rapporterer selvmordsforsøk og senere benekter at de har forsøkt å ta sitt eget liv (upubliserte data fra UiN). For det andre benytter menn oftere farligere metoder enn kvinner. Men det kan neppe forklare hvorfor kvinner oftere forsøker å ta sitt liv enn menn. For det tredje kan kvinner ha flere risikofaktorer eller ha sterkere grad av risikofaktorer enn det som gjelder for menn. Det kan også være at samme risikofaktor virker sterkere inn for kvinner enn for menn. En fjerde type forklaring er nært beslektet med den tredje, nemlig at ulik sosialisering av kvinner og menn kan medføre at kvinner bruker andre selvmordsmetoder enn menn, at de benytter samme metode ulikt, eller at de blir utsatt for ulike risikofaktorer.

Analyse av tverrsnittdata fra T1 og fra endringen fra T1 til T2, dvs. hvor mange flere jenter enn gutter som gjorde selvmordsforsøk i denne perioden, viser sammenfallende resultater (Wichstrøm & Rossow, 2002). Når man kontrollerer for to forhold, nemlig jenters høyere grad av depressive symptomer og forhold som har med relasjoner og kropp å gjøre (tidlig pubertet, romantisk involvering og tilfredshet med kroppen), så er det ikke lenger noen forskjell mellom gutter og jenter. Resultatene tyder dermed på at det er disse forholdene ved det å være jente som kan forklare hvorfor de oftere forsøker å ta livet sitt enn det gutter gjør.

Seksuell legning

Ved T2 spurte vi deltagerne om seksuelle erfaringer med personer av samme kjønn, grad av seksuell tiltrekning til personer av samme kjønn og grad av heteroseksuell versus homoseksuell identitet. Personer som hadde homoseksuelle erfaringer, hadde 5,9 ganger høyere sannsynlighet for senere selvmordsforsøk. Det å ikke utelukkende ha en heteroseksuell legning eller identitet var også forbundet med økt risiko for senere selvmordsforsøk. Imidlertid falt denne effekten bort dersom man kontrollerte for homoseksuelle erfaringer. Denne effekten var videre like sterk selv om man kontrollerte for en lang rekke mulige alternative forklaringer på denne sammenhengen som økt depresjon, rusmiddelbruk, ensomhet, atferdsvansker, antall seksuelle partnere, forhold til foreldre, sosial støtte, atypisk kjønnsrolleidentifisering og suicidal atferd blant venner og familie. Resultatene viste altså en betydelig økt sårbarhet blant de med homoseksuelle erfaringer uten å kunne gi støtte til vanlige forklaringer på denne sammenhengen. I en analyse av et annet utvalg, nemlig selvidentifiserte homoseksuelle og lesbiske, pekte resultatene på at det fantes flere risikofaktorer for selvmordsforsøk som var særegne for homoseksuelle og lesbiske. Disse omfattet blant annet det å leve i et heteroseksuelt forhold, ha få heteroseksuelle venner, å komme ut om sin egen legning i tidlige ungdomsår og å være åpen omkring sin seksuelle legning til alle heteroseksuelle venner (Hegna & Wichstrøm, 2007). Selv om de enkelte variablene viser et broket bilde, antyder dette at forhold rundt timing og hvordan og til hvem man er åpen omkring sin egen seksuelle legning kan ha betydning for risikoen for selvmordsforsøk.

Hjelp og behandling

Generelt sett mottar de aller færreste unge som har psykiske plager, noen hjelp for dette (Reigstad et al., 2004). Det gjelder også for selvmordstruet ungdom (Saunders et al., 1994). I en analyse av dataene fra T2 fant vi at nær halvparten av de unge som hadde et selvmordsforsøk bak seg ikke hadde fått hjelp fra noen, verken uformelle eller formelle hjelpeinstanser (Rossow & Wichstrøm, 1997). Mest benyttet var venner/familie (32 %),

dernest psykolog/psykiater (16 %) og lege/sykehus (6 %). Denne lave andelen av bruk av formelle helsetjenester stemmer godt med resultater fra andre land (Evans et al., 2005). Jenter fikk 3 ganger oftere hjelp av psykolog/psykiater enn gutter. Dette gjaldt også de som bodde i en stor by, som hadde forsøkt flere ganger og som hadde brukt forgiftning som metode. Analyser av svarene fra T4 gir et noe annet bilde, i det 38 % av de som noen gang hadde forsøkt å ta livet sitt hadde fått profesjonell hjelp for spesifikt dette problemet, mens 65 % hadde fått profesjonell hjelp for ett eller flere problemer.

Diskusjon

Forekomsten av selvmordsforsøk blant ungdom i Norge synes å ligge i det øvre midtre sjiktet av det som rapporteres av unge ellers i Vesten. Et spørsmål som raskt melder seg, er hva som egentlig fanges opp av svar på et slikt spørsmål som "Har du noen gang forsøkt å ta ditt eget liv?". Her spørres det jo både om en konkret handling, men også om en subjektiv vurdering av hva man ville oppnå med denne handlingen. Det er helt klart at de aller fleste av disse forsøkene var medisinsk sett lite alvorlige, siden såpass få hadde vært i kontakt med sykehus etterpå. De kan imidlertid ha vært opplevd som dramatiske på det tidspunktet de ble utført, og vært forbundet med atskillig psykisk smerte. I en sammenlikning med pasienter som hadde vært innlagt på akuttavdeling for selvmordsforsøk, viser det seg at det er de samme risikofaktorene som predikerer denne type medisinsk sett mer alvorlige forsøk og selvrapporterte forsøk med liten medisinsk alvorlighet, selv om intensiteten i risikofaktorene naturlig nok var sterkere i pasientpopulasjonen (Grøholt et al., 2000). Dette gir støtte til en såkalt kontinuitetshypotese, dvs. at selvrapporterte forsøk dels handler om det samme som alvorlige forsøk. Det umiddelbart oppsiktsvekkende ved at livstidsprevalensen går ned med økende alder og at mange som rapporterer selvmordsforsøk senere benekter at de har gjort dette, kan ha flere forklaringer. Det kan tenkes at noen rett og slett glemmer hva de har gjort. Imidlertid er ofte hukommelsen for klart definerte og dramatiske forhold god, men en del av disse hendelsen kan neppe karakteriseres som dramatiske. Det kan

også hende at deltagerne husker hva de har gjort, men ikke vil vedkjennes seg, dvs. rapportere det. Det er ikke umiddelbart noen klar grunn til at man senere i livet anonymt skulle aktivt underslå noe sammenliknet med tidligere i livet. En annen sannsynlig grunn er at fortolkningen av hendelsen endrer seg etter hvert som man blir eldre og får dette på mer avstand. Mange vil kunne omdøpe selvmordsforsøket til et selvskadingsforsøk. Resultatene indikerte at dette i noen grad hadde skjedd, men at det ikke var hovedforklaringen. Muligens blir det lettere å huske og vedkjenne seg forsøk som etterlater fysiske skader, slik som kutting. I dette utvalget hadde imidlertid de fleste tatt tabletter/gift (Rossow & Wichstrøm, 1997). I tillegg vil emosjoner som er kongruente med selvmordsforsøket (for eksempel depresjon eller fortvilelse), øke sannsynligheten for at man husker slike episoder (Sakaki, 2007). Depresjon eller andre negative emosjoner vil således kunne øke sannsynligheten for gjenkallelse, og på samme måte vil positive emosjoner eller mangel på depressivt stemningsleie kunne minske denne sannsynligheten.

Forskningen på risikofaktorer for selvmordsforsøk har kommet et stykke på vei, men fremdeles mangler empirisk etterprøving av teoretiske modeller. Det er på det rene at det finnes mange ulike veier inn til å forsøke å ta sitt eget liv, og forklaringer på selvmordsforsøk må ta opp i seg denne kompleksiteten. Likeledes ligger forklaringene både på det personlige, interpersonlige, kulturelle og biologiske plan. Vi trenger derfor mer omfattende og mangefasetterte prospektive studier som kan påvise unike risikofaktorer, men også studier som kan gi bidrag til å beskrive prosessen frem mot selvmordsforsøk. Et beskjedent eksempel på dette kommer fra hva vi ikke fant, som i en del tilfeller er like interessant som hva man står igjen med av risikofaktorer. Vi fant, overraskende nok, at depresjon ikke predikerte fremtidige selvmordsforsøk. Bakgrunnen var at depresjon fører til tanker om å ta livet sitt, som var en viktig prediktor for fremtidige forsøk. Dette betyr igjen at for de personene som er deprimerede, men hvor depresjonen ikke er forbundet med selvmordstanker, er ikke depresjon en risikofaktor. I forebyggende arbeid er det derfor viktigere å vurdere tanker og konkrete

planer enn selve depresjonsnivået.

Forskning kan noen ganger gi flere spørsmål enn svar. I *Ung i Norge*-undersøkelsen ble det klart at unge med homoseksuelle erfaringer har økt risiko for selvmordsforsøk, også i den generelle befolkningen, og ikke kun blant erklærte homoseksuelle og lesbiske, og at dette også gjaldt for fremtidige forsøk og ikke bare for tidligere. I tillegg avslørte dataene at forsøket ofte fulgte etter seksuelle erfaringer med en av samme kjønn, og ikke den omvendte tidsrekkefølgen. Hvorfor denne økte risikoen er der, gir imidlertid undersøkelsen ikke svar på. Det umiddelbart mest nærliggende forklaringen, nemlig at unge med homoseksuelle erfaringer også har en opphopning av andre risikofaktorer for selvmordsforsøk, støttes ikke av resultatene. Her trenger man imidlertid å gå bredere ut og undersøke andre risikofaktorer samtidig som man undersøker de særegne forholdene som gjelder for ikke-heteroseksuelle.

Resultatene fra de første rundene av datainnsamling viste et nedslående bilde hva gjaldt hjelp og behandling etter selvmordsforsøk: Kun et lite mindretall hadde mottatt profesjonell hjelp, og halvparten hadde ikke fått hjelp fra noen overhodet. Dette er dessverre i tråd med de fleste internasjonale undersøkelser, og understreker sterkt behovet for å fange opp disse unge i tidlig fase, ikke minst siden tidligere forsøk er den sterkeste prediktoren for senere forsøk, men også på grunn av den psykiske smerten som selvmordsforsøket er et uttrykk for.

På lang sikt er bildet annerledes: En tredjedel av de som hadde et tidligere forsøk bak seg fikk hjelp for denne typen problematikk, mens 2/3 fikk profesjonell hjelp for psykiske vansker. Dette tyder på at hovedtyngden av de unge med selvmordsforsøk får hjelp på et eller annet tidspunkt, men for mange er dette sannsynligvis mange år etter at problemene har manifestert seg, noe som igjen understreker betydningen av å oppdage og å gi hjelp på et tidlig tidspunkt.

Ung i Norge-undersøkelsene har til nå gitt mye informasjon om selvmordsforsøk i befolkningen av unge mennesker. De innsamlede dataene er imidlertid langt fra ferdig analysert, og de kan forhåpentligvis gi svar på en rekke viktige spørsmål som: Har graden av hjelpsøking endret seg i det siste tiåret, og hva kan det eventuelt komme av? Er det de samme prediktorene for selvmordsforsøk blant voksne som blant ungdom? Hvem er det som får hjelp etter selvmordsforsøk og selvskading, og hvem får det ikke? Hva er det som kan forklare at noen fortsetter med flere senere selvmordsforsøk, mens andre slutter med dette?

Lars Wichstrøm er professor i klinisk barne- og ungdomspsykologi ved Psykologisk institutt, NTNU og spesialist i klinisk psykologi, NPF. Han startet og var prosjektleder for *Ung i Norge*-undersøkelsene ved det daværende "NAVFs

Program for ungdomsforskning", som nå er opptatt i NOVA. Wichstrøm er også involvert i flere andre prospektive studier av ungdom og unge voksne. Han er prosjektleder for undersøkelsen *Tidlig trygg i Trondheim*, som følger to fødselskohorter av 4-åringer inn mot ungdomsalderen med tanke på utvikling av psykiske lidelser. Han er i tillegg involvert i flere studier av effekten av psykologisk behandling ved psykiske vansker hos barn.

Referanser

- Bjerke, T., Svarva, K., & Stiles, T. C. (1992). **Self-reported suicidal thoughts and suicide attempts among university students.** Nordisk Psykologi, 44(2), 144-151.
- Brener, N. D., Krug, E. G., & Simon, T. R. (2000). **Trends in suicide ideation and suicidal behavior among high school students in the United States, 1991-1997.** Suicide and Life-Threatening Behavior, 30(4), 304-312.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). **Adolescent suicide and suicidal behavior.** Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47(3-4), 372-394.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2004). **Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies.** Clinical Psychology Review, 24(8), 957-979.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). **In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies?** Journal of Adolescence, 28(4), 573-587.
- Grøholt, B., Ekeberg, O., Wichstrøm, L., & Haldorsen, T. (2000). **Young suicide attempters: A comparison between a clinical and an epidemiological sample.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39(7), 868-875.
- Hegna, K., & Wichstrøm, L. (2007). **Suicide attempts among Norwegian gay, lesbian and bisexual youths - General and specific risk factors.** Acta Sociologica, 50(1), 21-37.
- Kandel, D. B., & Davies, M. (1982). **Epidemiology of Depressive Mood in Adolescents - an Empirical Study.** Archives of General Psychiatry, 39(10), 1205-1212.
- Olsson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., Greenberg, T., & Shaffer, D. (2005). **National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries.** American Journal of Psychiatry, 162(7), 1328-1335.
- Olweus, D. (1989). **Prevalence and incidence in the study of antisocial behavior: definitions and measurement.** I M. Klein (red.), Cross-national research in self-reported crime and delinquency (s. 187-201). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). **Parental Bonding Instrument.** British Journal of Medical Psychology, 52(MAR), 1-10.
- Reigstad, B., Jørgensen, K., Sund, A. M., & Wichstrøm, L. (2006). **Adolescents referred to specialty mental health care from local services and adolescents who remain in local treatment: what differs?** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41(4), 323-331.
- Reigstad, B., Jørgensen, K., & Wichstrøm, L. (2004). **Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992-2001.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39(10), 818-827.
- Rosenberg, M. (1979). **Conceiving the self.** New York, NY: Basic Books.
- Rossow, I., Grøholt, B., & Wichstrøm, L. (2005). **Intoxicants and suicidal behaviour among adolescents: changes in levels and associations from 1992 to 2002.** Addiction, 100(1), 79-88.
- Rossow, I., & Wichstrøm, L. (1994). **Parasuicide and Use of Intoxicants among Norwegian Adolescents.** Suicide and Life-Threatening Behavior, 24(2), 174-183.
- Rossow, I., & Wichstrøm, L. (1997). **Når nøden er størst - er hjelpen nærmest? Hjelp og behandling etter selvmordsforsøk hos ungdom.** Tidsskrift for Den norske legeforening, 117, 1740-1743.
- Russell, D., Peplau, L., & Cutrona, C. (1980). **The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence.** Journal of Personality and Social Psychology, 39, 472-480.
- Sakaki, M. (2007). **Mood and recall of autobiographical memory: The effect of focus of self-knowledge.** Journal of Personality, 75(3), 421-449.
- Saunders, S. M., Resnick, M. D., Hoberman, H. M., & Blum, R. W. (1994). **Formal help-seeking behavior of adolescents identifying themselves as having mental health problems.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33(5), 718-728.
- Silbereisen, R., Petersen, A., Albrecht, H., & Kracke, B. (1989). **Maturation timing and the development of problem behavior: Longitudinal studies in adolescence.** Journal of Early Adolescence, 9, 247-268.
- Sourander, A., Multimaki, P., Santalahti, P., Parkkola, K., Haavisto, A., Helenius, H., et al. (2004). **Mental health service use among 18-year-old adolescent boys: A prospective 10-year follow-up study.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43(10), 1250-1258.
- Storvoll, E., Strandbu, Å., & Wichstrøm, L. (2005). **A Cross-Sectional study of changes in Norwegian adolescents' body image from 1992 to 2002.** Body Image, 2, 5-18.
- Wichstrøm, L. (1999). **The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization.** Developmental Psychology, 35(1), 232-245.
- Wichstrøm, L. (2006). **Sexual orientation as a risk factor for bulimic symptoms.** International Journal of Eating Disorders, 39(6), 448-453.
- Wichstrøm, L., & Rossow, I. (2002). **Explaining the gender difference in self-reported suicide attempts: A nationally representative study of Norwegian adolescents.** Suicide and Life-Threatening Behavior, 32(2), 101-116.
- Wichstrøm, L. (1995). **Hartners Self-Perception Profile for Adolescents - Reliability, Validity, and Evaluation of the Question Format.** Journal of Personality Assessment, 65(1), 100-116.
- Wichstrøm, L. (2000). **Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents.** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39(5), 603-610.
- Wichstrøm, L. (2007). **Depresjon og suicidalitet.** I I. L. Kvaem & L. Wichstrøm (red.), Ung i Norge - psykososiale utfordringer (s. 92-118). Oslo: Cappelen.
- Wichstrøm, L., Skogen, K., & Øia, T. (1996). **Increased rate of conduct problems in urban areas: What is the mechanism?** Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35(4), 471-479.