

Forekomst, forløp og risikofaktorer ved selvskade hos norske skoleungdommer – funn fra “Ungdom og Psykisk Helse”

Ved Anne Mari Sund og Bo Larsson

Ungdom og Psykisk Helse er en prospektiv studie av skoleungdommer fra Midt-Norge. Denne understudien tar for seg forekomst, forløp, insidens og risikofaktorer for utvikling av selvskade med og uten suicidal hensikt i tidlig ungdomsalder. Artikkelen er en oversatt, noe forkortet og omarbeidet versjon av en artikkel som tidligere er publisert i tidsskriftet *Suicide and Life-Threatening behavior* (Larsson & Sund, 2008).

Bakgrunn

Det er gjort mest forskning om forekomst av selvskading og risikofaktorer knyttet til selvskading i kliniske utvalg (Brent et al., 1993; Hulten et al., 2001). Disse studiene er ofte begrenset til de mer alvorlige medisinske tilfellene, for det meste overdose med tabletter (intox). I slike studier er det påvist en risiko på 10–34 % for å gjøre et nytt forsøk innen ett år, med en topp 3 måneder etter hendelsen (Lewinsohn et al., 1996), og også med økt risiko for senere gjentakelser, helt opp til voksen alder (Bridge et al., 2006). Den mest vanlige formen for selv-skade blant ungdom er kutting (65–75 % av de som skader seg selv). Dette er påvist i to store befolkningsundersøkelser, en fra Norge (Ystgaard, Reinholdt, et al., 2003) og en fra Storbritannia (Rodham et al., 2004). I begge disse studiene ble det oppgitt en ett-års forekomst på 8,6 % av selvskade. For å få bedre kjennskap til utbredelse av og risikofaktorer for selvskading er det nødvendig med prospektive studier i den generelle befolkning. I tidligere longitudinelle studier er det funnet i skoleundersøkelser av ungdom en livstidsforekomst fra 6–10 % med en årlig insidens (nye tilfeller) på 1,3–1,9 % (Bridge et al., 2006). I tilsvarende undersøkelser er det rapportert om gjentatte forsøk hos ca. 50 % (Larsson et al., 1991).

Når det gjelder selvskading i kliniske utvalg, så forekommer denne ofte med suicidal hensikt. I en norsk undersøkelse av ungdommer som var innlagt på grunn av selvskading, hadde 2/3 suicidal hensikt (Groholt et al., 2000). I en nylig oversiktsartikkel ble det funnet en ett-års forekomst i ungdomstiden på 2,5–12,0 % for selvskade med suicidal hensikt og 13–23,2 % uten suicidal hensikt (Jacobson & Gould, 2007).

Imidlertid viser flere befolkningsundersøkelser at bare et mindretall av de som

skader seg selv oppsøker hjelp. Undersøkelser har vist at bare 5–16 % av ungdommer med selvskade (med og uten suicidal hensikt) har vært innlagt på sykehus etter hendelsen (Hawton et al., 2002; Ystgaard et al., 2003). Det er påvist i en britisk skolebasert undersøkelse at ungdommer som har tatt overdose med tabletter har større grad av suicidal hensikt enn de som kutter seg selv (Rodham et al., 2004), men dette ble ikke påvist i en tilsvarende norsk undersøkelse (Ystgaard et al., 2003).

Risikofaktorer

Tidligere forskning om risikofaktorer i en stor norsk, longitudinell skoleundersøkelse, “Ung i Norge”, viste at det å være jente, å ha selvmordstanker, tidligere forsøk, ung alder, å ikke bo med foreldre, være i tidlig pubertet og ha lav selvfølelse økte risikoen for senere selvmordsatferd (Wichstrøm, 2000). Andre undersøkelser har vist at tidlig debut av psykisk lidelse også er en risikofaktor (Reinherz et al., 1995). En amerikansk studie viste at mange av risikofaktorene for utvikling av depressiv lidelse og selvskade var like, men at mellommenneskelige problemer, problemer med stoff- og alkoholbruk, selvmord hos en venn, nedsett fysisk fungering på grunn av sykdom eller skade, og å være barn av en tenåringsmor predikerte seinere selvmordsforsøk (Lewinsohn et al., 1996). Det er imidlertid få studier som har differensiert mellom selvskade med og uten suicidal hensikt.

Forskningsspørsmål

I vår studie ønsket vi å besvare følgende spørsmål: Hva er forekomst og insidens (nye tilfeller) av selvrappert selvskade med og uten suicidal hensikt i tidlig ungdomsalder? Hva er ett års forløp for selvskade med og uten suicidal hensikt, og hvor mange av ungdommene som skader seg selv, endrer seg med hensyn til suicidal hensikt, det vil si selvskader

seg med suicidal hensikt på ett tidspunkt, men uten på neste tidspunkt eller omvendt? Til slutt ønsket vi å belyse hvilke psykososiale og helsemessige faktorer som predikerer selvskade i løpet av en ettårsperiode i tidlig ungdomsalder.

Materiale og metoder

Utvælg

Studien omfatter 2464 ungdommer i tidlig ungdomsalder som ble fulgt over vel ett år, fra 1998 (T1, snitt alder 13,7 år) til 1999/2000 (T2, snittalder 14,9 år). T2 strakte seg over 5 måneder på grunn av en intervjuundersøkelse som ble gjort av en undergruppe av utvalget. Ungdommene kom fra 22 ungdomsskoler i Sør- og Nord-Trøndelag. Uvalget var representativt (cluster sampling), og det var god svarprosent: 88 % på T1 og 84 % på T2. (For nærmere beskrivelse av utvalget og metoden, se Sund et al., (Sund et al., 2001, 2003). Ungdommene fylte ut identiske spørreskjema på T1 og T2. Analysene som denne artikkelen er bygget på er basert på tverrsnittsdata fra T1 (N=2464) og på longitudinelle data fra T1 og T2 (N=2360).

Det ble innhentet tillatelser både fra ungdommene og fra deres foreldre. Prosjektet er godkjent av regional etisk komite (REK).

Måleinstrumenter

Ungdommene svarte på spørsmål om sosiodemografiske forhold, blant annet foreldres yrke, om hvem de bodde sammen med og om skilsmisses hos foreldrene. De svarte på spørsmål om fysisk aktivitet, røyking, alkoholbruk, kroppslig helse og om smerter (hodepine og annet), om pubertetsutvikling, om selvfølelse og om konflikter med foreldre. Videre ble det spurtt om psykologiske vansker, det vil si emosjonelle problemer og atferdsproblemer målt ved YSR (Youth Self Report) (Achenbach, 1991).

Depressive symptomer ble målt ved hjelp av "Humøret Ditt" (MFQ – the Mood and Feelings Questionnaire) (Angold, 1987). Den norske versjonen av "Humøret Ditt" har 34 spørsmål relatert til depresjon etter DSM-IV, og spør om tanker og følelser de siste 2 ukene. I analysene av "Humøret Ditt" ble både sumscorene benyttet og andelen som scoret over en spesiell verdi, det vil si over 90-percen-tilen (10 % med høyeste scorer).

Belanstninger i form av både daglige stressorer og negative livshendelser og siste år ble kartlagt, og det ble stilt spørsmål om skoletrivsel og mobbing (Olweus, 1994). Funksjonsnivået ble vurdert ut fra spørsmål om hvorvidt daglig fungering hjemme, på skole eller sosialt var nedsatt på grunn av psykiske vansker. Ungdommene ble også spurta om de hadde mottatt hjelp for psykiske plager det siste året, og fra hvem.

Kartlegging av selvmordstanker

Kartlegging av selvmordstanker ble gjort gjennom "Humøret Ditt" (MFQ). "Humøret Ditt" har tre utsagn om selvmordstanker de siste 2 ukene: "Jeg tenkte at livet ikke var verdt å leve", "Jeg tenkte på døden eller på å dø" og "Jeg tenkte på å ta livet mitt". Ungdommene skal benytte ett av følgende tre svaralternativer: "riktig", "noen ganger riktig" og "ikke riktig".

Kartlegging av selvkading

Selvkading/selvmordsforsøk ble kartlagt ved at ungdommene ble spurta: "Har du noen gang tatt en overdose av piller eller på annen måte forsøkt å skade deg selv?" Svaralternativene var: "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 spurta om de noen gang hadde forsøkt å ta sitt eget liv, og når dette eventuelt skjedde sist. De ble også spurta om de kjente noen som hadde prøvd å ta livet sitt / hadde tatt livet sitt, og eventuelt hvem det var. De samme spørsmålene ble gjentatt på T2. Disse spørsmålene er tidligere brukt i under-søkelsen "Ung i Norge" (Rossow & Wichstrøm, 1997).

Analyser

Forekomsten av selvkading noensinne (i løpet av levetid) ble målt på T1, samt forekomsten av insidente, eller "nye", tilfeller, mellom T1 og T2. I tverrsnittsanalyser av T1-data ble Pearsons Kji-kvadrat-test brukt for å undersøke forskjeller mellom de tre gruppene: a) ungdommer som rapporterte selvkade med suicidal hensikt, b) ungdommer som rapporterte selvkade uten suicidal hensikt, og c) ungdommer som ikke rapporterte noen selvkade. For å undersøke om det var spesielle faktorer eller kjennetegn ved ungdommene som økte sjansen for at de skadet seg selv, ble det gjort justerte og ujusterte logistiske regresjonsanalyser. I disse analysene ble det undersøkt hvilke risikofaktorer, målt ved T1, som predikerte nye tilfeller av selvkading i oppfølgingsperioden (fra T1 til T2).

Resultater

Forekomst og kjønnsforskjeller

Alt i alt rapporterte 5,8 % (N=142) av hele det undersøkte utvalget om tidligere selvkading (hele livet) ved T1. Flere jenter enn gutter rapporterte om selvkade og om selvmordstanker på begge måletidspunktene.

På T1 var det små forskjeller på de to gruppene som rapporterte om selvkade med og uten suicidal hensikt på T1. Hos jenter forekom begge typer av selvkade hos 4,2 %, til sammen hos 8,4 %. Gutter på T1 rapporterte om mindre selvkading, henholdsvis 1,6 % med og 1,7 % uten suicidal hensikt, til sammen 3,3 %. Forekomsten av nye tilfeller mellom T1 og T2 var 3,6 % for selvkading uten suicidal hensikt og 1,7 % for selvkading med suicidal hensikt (henholdsvis 4,4 og 2,1 % hos jenter og 2,5 % og 1,2 % hos gutter).

Videre var det flere jenter enn gutter som kjente noen som hadde gjort suicidforsøk eller suicid, men dette gjaldt bare suicidforsøk blant venner, og ikke suicidforsøk i familien eller blant andre personer.

Gjentatt selvkade og stabilitet

Gjentatt selvkade uten suicidal hensikt ble rapportert av 1,7 % av jentene på T1 versus 0,5 % av guttene, mens for gjentatt selvkade med suicidal hensikt var tilsvarende tall henholdsvis 1,3 % og 0,5 %. Både på T1 og på T2 rapporterte de med gjentatt selvkade oftere om suicidal hensikt (henholdsvis 59 % og 68 %) sammenliknet med de som bare hadde skadet seg selv ved én anledning (henholdsvis 39 % og 44 %).

Tabell 1

Signifikante forskjeller ($p<0,05$) mellom ungdom som ikke rapporterer om selvkade og ungdom med selvkading med og uten suicidal hensikt blant 2464 ungdommer i Midt-Norge målt på T1 (13,7 år).

Prediktor	Ungdommer uten selvkading N=2,267	Selvkading uten suicidal hensikt N=71	Selvkading med suicidal hensikt N=71
"Humøret Ditt"^a			
Livet er ikke verd å leve	1,5 %	5,6 %	39,4 % ^b
Tanker på døden eller på å dø	2,5 %	9,9 %	40,8 % ^b
Tanker om å ta livet mitt	0,9 %	1,4 %	31,0 % ^b
Kjenne noen som har prøvd å ta/tatt livet sitt	30,6 %	52,2 %	61,3 %
I familien	3,7 %	10,0 %	12,1 %
En venn	11,1 %	23,0 %	39,4 % ^b
Annен person	17,0 %	21,0 %	18,2 %

Noter:

^a = "Humøret Ditt"-spørsmål skåret som "Riktig" (siste 2 uker)

^b = Andelen ungdommer som skader seg selv med suicidal hensikt høyere enn ungdommer uten suicidal hensikt i Kji-kvadrat-analyser

Stabiliteten mellom T1 og T2 for selvkade var høyere for de som rapporterte om suicidal hensikt, spesielt for jenter (32,7 % versus 14,3 % hos gutter). Blant de uten suicidal hensikt var stabiliteten 15,4 % hos jenter og 5,3 % hos gutter.

Selvkading med suicidal hensikt og selvkading uten suicidal hensikt

Overgangen mellom de to gruppene var lav: 7 % av ungdommene som rapporterte om selvkading med suicidal hensikt på T1, rapporterte om selvkade uten suicidal hensikt på T2. Omrent den samme prosenten (8,2 %) av ungdommene som rapporterte selvkading uten suicidal hensikt på T1, rapporterte om selvkading med suicidal hensikt på T2.

Forekomsten av selvmordstanker varierte mellom gruppene. På T1 rapporterte over 30 % av de som hadde selvkadet med suicidal hensikt i løpet av livet at de hadde tanker om å ta livet sitt, versus 1,4 % hos de som hadde skadet seg uten suicidal hensikt og 0,9 % hos ungdom som ikke rapporterte om selvkading (se tabell 1). Langt flere ungdommer som rapporterte selvkading på T1 uansett suicidal hensikt kjente noen som hadde gjort selvmordsforsøk (henholdsvis 52,2 % og 61,3 % for de to gruppene, n.s.), enn ungdommer som ikke rapporterte selvkading (ca. 30,6 %).

Signifikant flere blant de som selv rapporterte om suicidal hensikt sammenliknet med ungdommer som rapporterte å ha skadet seg selv uten suicidal hensikt kjente en venn som hadde prøvd å ta livet sitt / hadde tatt livet sitt (se tabell 1).

Hjelpsøkende atferd

På T1 hadde 27 % av ungdommer med selvkade med suicidal hensikt, 17 % av de med selvkade uten suicidal hensikt, og 3,8 % av ungdommer uten selvkade mottatt hjelp for psykiske plager det siste året. Ungdommer som rapporterte selvkade med og uten suicidal hensikt mottok hjelp fra følgende instanser: annen person (henholdsvis 9,7 % og 8,5 %), psykolog (7 % for begge grupper), helse-søster (henholdsvis 6,9 % og 5,6 %), PP-tjenesten (henholdsvis 5,6 og 4,2 %), lærer/rådgiver (4,2 % for begge grupper), mens bare 2 ungdommer (1,3 % av alle med selvkading) hadde fått hjelp av fastlege og bare én (0,7 % av alle) av psykiater.

Risikofaktorer og selvkadende atferd – ujusterte analyser

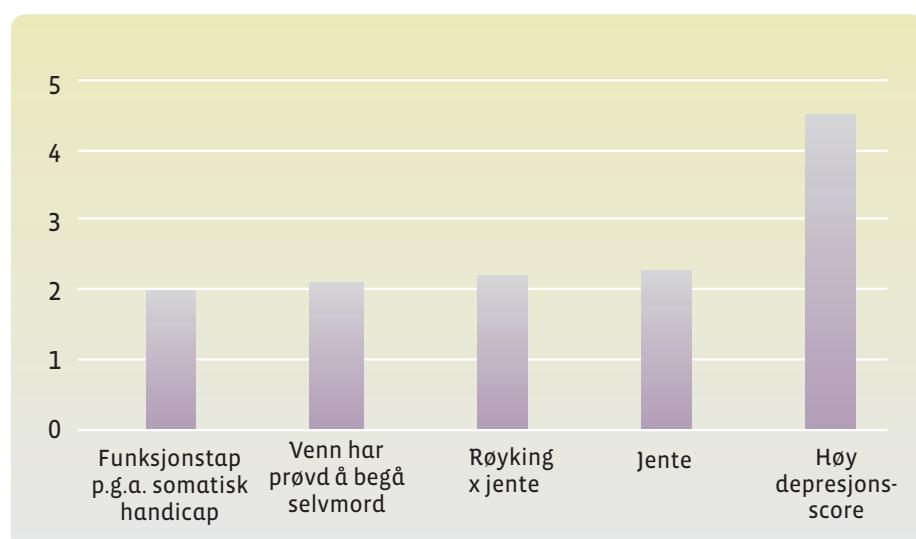
I de ujusterte logistiske regresjonsanalyserne ble mulige risikofaktorer undersøkt hver for seg. I forhold til risiko for nye (insidente) tilfeller av selvkading fra T1 til T2 ble det påvist store forskjeller med hensyn til psykososiale risikofaktorer mellom ungdommer som skadet

seg selv og ungdommer som ikke skadet seg selv. Ungdommer med høyest risiko for selvkading var mer belastet på mange områder, både i familien, på skolen, i fritiden og helsemessig (Larsson & Sund, 2008). De ujusterte analysene viste også forskjell på ungdommer som skader seg selv med og uten suicidal hensikt: Ungdommer med suicidal hensikt rapporterte på T1 mye høyere nivå av depressive symptomer og selvmordstanker og scoret høyere når det gjaldt internaliserende og eksternaliserende (atferds-)problemer målt på YSR enn ungdom uten suicidal hensikt. De kjente også langt oftere en venn som hadde gjort selvmordsforsøk/tatt livet sitt (39,4 % versus 23 %).

Risikofaktorer og selvkadende atferd – justerte analyser

I de justerte multivariate analysene ble mulige risikofaktorer kontrollert for alle de andre variablene samtidig (for eksempel blir det da tatt høyde for at det å ha en depresjon kan øke risikoen for selvkading og at å drikke alkohol kan øke risikoen for selvkading). I en justert multivariat logistisk regresjonsanalyse ble det identifisert en modell med 5 faktorer som bidro signifikant til å predikere nye tilfeller av selvkade (med og uten suicidal hensikt) i tidsrommet mellom T1 og T2: Høy "Humøret Ditt"-score (>90-percentilen), kjønn, røyking x kjønn (jenter som røykte mest utsatt), å ha en venn som hadde prøvd å ta livet sitt / hadde tatt sitt eget liv, og nedsatt fungering på grunn av kroppslig sykdom/skade (se figur 1). Odds ratioen som presenteres i figur 1 angir sannsynligheten for at noe vil skje (selvkading) ved en verdi (for eksempel at man er jente eller har en "Humøret Ditt"-score over 90 percentilen, sammenliknet med å ha en annen verdi, her: være gutt eller ha lavere "Humøret Ditt"-score). Figuren viser for eksempel at jenter har dobbelt så stor risiko for å skade seg selv som gutter. I en ny logistisk regresjonsanalyse ble det undersøkt om det var faktorer som skilte mellom ungdommer som rapporterte om selvkade med og uten suicidal hensikt. Bare hvor mye selvmordstanker ungdommene hadde, skilte mellom de to gruppene.

Figur 1
Prediksjon av selvkading med og uten suicidal intensjon i løpet av 1 år ut fra multivariat logistisk regresjon. Justerte odds ratioer.



Diskusjon

Forekomsten av selvskadende atferd med suicidal hensikt var omtrent like stor som forekomsten av selvkade uten suicidal hensikt. Jenter rapporterte om 2,5 ganger høyere forekomst enn gutter. Forekomsten totalt var lavere enn i andre undersøkelser. Dette kan skyldes at gjennomsnittsalderen i vårt utvalg var lav (13,7 år ved T1). Det er kjent at selvkading har en topp senere i ungdomstiden.

Ungdommer som rapporterte selvkade med suicidal hensikt på T1 hadde høyere nivå av depressive symptomer enn de som rapporterte selvkade uten suicidal hensikt. Selvmordstanker målt ved spørsmålet "Jeg tenker på å ta livet mitt" ble rapportert i mye større omfang hos ungdom med selvkade med suicidal hensikt. Dette kan avspeile at disse ungdommene har selvmordstanker som svinger og som på et tidspunkt kan lede til selvkading. Videre hadde de som rapporterte gjentatt selvkading oftere suicidal hensikt. Studien viser også at stabiliteten av selvkade med suicidal hensikt var høyere enn for de uten suicidal hensikt, selv om den siste gruppen økte mer fra T1 til T2.

Få ungdommer med selvkading hadde mottatt hjelp fra helsevesenet, selv om flere hadde søkt hjelp andre steder, som personale ved skolen. Ungdom med selvkading med suicidal hensikt hadde i større grad oppsøkt hjelp enn ungdom med selvkade uten suicidal hensikt. I andre undersøkelser er andelen som er blitt henvist til lege eller innlagt på sykehuset lav, det vil si 5–16 % av ungdom som har skadet seg selv (oftest overdose med tabletter) (Rodham et al., 2004; Ystgaard et al., 2003). Mens i en stor undersøkelse, "Ung i Norge", med flere måletidspunkter, og med deltakere fra 14 til 22 år, hadde vel halvparten av de unge som hadde et selvmordsforsøk bak seg fått hjelp gjennom uformelle eller formelle hjelpeinstanser (Rossow & Wichstrøm, 1997). I vår undersøkelse ser det derfor ut til at yngre ungdom som skader seg selv har få kanaler å bruke for å få hjelp. Konklusjonen er at yngre ungdommer med gjentatte selvskadende atferd og mye selvmordstanker bør tilbys

hjelp. Helsevesenet, ikke minst helse-søstre og fastleger, bør være mer oppmerksomme på yngre ungdommer med selvkading. De bør også kjenne til risikofaktorer for slik atferd.

Våre justerte analyser viste at fem faktorer predikerte nye tilfeller av selvkading med og uten suicidal hensikt i løpet av oppfølgingsperioden: høyt nivå av depressive symptomer, røyking, å kjenne en venn som har gjort selvmordsforsøk, nedsatt fungering på grunn av kroppslig sykdom/skade, samt det å være jente. Ved høyt nivå av depressive symptomer var risikoen økt mellom 4 og 5 ganger sammenliknet med ungdommer som hadde lavt depresjonsnivå. Dette er risikofaktorer som man bør være oppmerksom på ved evaluering av mulig selvskadende atferd hos ungdommer. Spesielt bør man her være oppmerksom på ungdommer som har flere av disse risikofaktorene i og med at risikoen derved øker. Mengde selvmordstanker skilte mellom de som skadet seg selv med og uten suicidal hensikt både i tverrsnittsanalysene på T1 og som prediktor for senere selvkadende atferd. Ungdommer med selvkade med suicidal hensikt hadde signifikanter mer selvmordstanker. Det ble i justerte analyser imidlertid ikke påvist signifikante forskjeller i psykososiale risikofaktorer mellom ungdommer som skader seg selv med og uten suicidal hensikt, selv om tendensen var at de med suicidal hensikt var mer belastet på flere områder, for eksempel hadde de høyere nivå både av depressive symptomer og psykososiale problemer, inkludert atferdsproblemer.

Begrensninger

Begrensninger denne studien er at den baserer seg utelukkende på selvrapperterte data, og at oppfølgingstiden var bare vel ett år. Noen av ungdommene har rapportert om selvkade både uten og med suicidal hensikt, imidlertid ble ikke denne gruppen særlig undersøkt i denne studien. Styrken ved studien er imidlertid at det ble utført prospektive og gjentatte målinger, at det ble oppnådd høy svarprosent på begge tidspunkter, og at man lyktes å inkludere et representativt utvalg av ungdommer fra et stort geografisk område.

Konklusjon

Basert på undersøkelsen vil vi anbefale at ungdommer med gjentatt selvkade og hyppige og sterke selvmordstanker bør bli tidlig identifisert og raskt få tilbud om behandling. Det bør gjøres forskning som tar sikte på å utvikle og evaluere metoder for behandling av selvkading i tidlig ungdomsalder.

Artikkelen er en forkortet norsk versjon av en artikkel tidligere publisert på engelsk.



Anne Mari Sund er førsteamansuensis ved Regionssenter for barn og unges psykiske helse ved Institutt for nevromedisin, NTNU, Trondheim.



Bo Larsson er professor i barne- og ungdomspsykiatri og er tilknyttet Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) og Regionssenter for barn og unges psykiske helse, NTNU, Trondheim.

Referanser

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Youth Self Report and the 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont Vermont.
- Angold, A., Costello, E.J., Pickles, E.J. & Winder, F. (1987). *The development of a questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents*. London: Medical research Council.
- Brent, D. A., Kolko, D. J., Wartella, M. E., Boylan, M. B., Moritz, G., Baugher, M., et al. (1993). Adolescent psychiatric inpatients' risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32(1), 95–105.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(3–4), 372–394.
- Groholst, B., Ekeberg, O., & Haldorsen, T. (2000). Adolescents hospitalised with deliberate self-harm: the significance of an intention to die. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9(4), 244–254.

Ref. forts. på s. 12

starka skäl att förbättra kunskapen om vad som fungerar som effektiv hjälp vid ett av de kliniskt och socialt viktigaste hälsoproblemerna bland barn och tonåringar.



Bo Larsson er professor i barne- og ungdomspsykiatri og er tilknyttet Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) og Regionssenter for barn og unges psykiske helse, NTNU, Trondheim

Referanser

- Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, Roth C, et al. **A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy.** Arch Gen Psychiatry 1997;54:877–885.
- Brown CH, Wyman PA, Guo J, Peña J. **Dynamic wait-listed designs for randomized trials: new designs for prevention of youth suicide.** Clin Trials 2006;3(3):259–271.
- Byford S, Harrington R, Torgersen D, Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, et al. **Cost-effectiveness analysis of a home-based social work intervention for children and adolescents who have deliberately poisoned themselves. Results of a randomized controlled trial.** Br J Psychiatry 1999;174:56–62.
- Cotgrove AJ, Zirinsky L, Black D, Weston D. **Secondary prevention of attempted suicide in adolescence.** J Adolesc 1995;18:569–577.
- Daniel SS, Goldston DB. **Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations.** Suic Life Threat Behav 2009 Jun;39(3):252–268.
- Donaldson D, Spirito A, Esposito-Smythers C. **Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005;44:113–120.
- Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B, Bruck C, Schneider C, Schultz E. **Dialectic behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up.** Child Adolesc Psychiatr Ment Health 2011; 5:3.
- Green JM, Wood AJ, Kerfoot MJ, Trainor G, Roberts C, Rothwell J, et al. **Group therapeutic treatment for adolescents with repeated self-harm (ASSIST)-a randomized controlled trial with economic evaluation.** BMJ in press.
- Harrington RC, Kerfoot M, Dyer E, McNiven F, Gill J, Harrington V, et al. **Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37: 512–518.
- Hazell PL, Martin G, McGill K, Kay T, Wood A, Trainor G, et al. **Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2009 Jun;48(6): 662–670.
- Huey S, Henggeler S, Rowland M, Halliday-Boykins CA, Cunningham C, Pickrel S, et al. **Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43(2):183–190.
- King C, Kramer A, Preuss L, Kerr D, Weisse L, Venkataraman S. **Youth-nominated support team for suicidal adolescents (version 1): a randomized controlled trial.** J Consult Clin Psychology 2006;74:199–206.
- Larsson B, Grönholt B, Mehlum L. **Behandling vid upprepad självskada och suicidförsök hos tonår-ingar: en planerad, randomiserad och kontrollerad multicenterstudie.** Suicidologi 2006;11(1):16–17.
- Macgowan MJ. **Psychosocial treatment of youth suicide: a systematic review of the research.** Res Soc Work Practice 2004;14(3):147–162.
- Rathus J, Miller A. **Dialectic behavior therapy adapted for suicidal adolescents.** Suic Life Threat Behav 2002;32:146–157.
- Rotheram-Borus M, Piacentini J, vanRossem A, Graae F, Cantwell C, Catro-Blanco, D et al. **Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room program for adolescent suicide attempts.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:654–663.
- Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Cantwell C, Belin TR, Song J. **The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempts.** J Consult Clin Psychol 2000 Dec;68(6):1081–1093.
- Sackett D. **The tactics of performing therapeutic trials.** In Haynes RB, Sackett DL, Guyatt GH, Tugwell P (eds.). Clinical epidemiology: How to do clinical practice research. 3rd edition. Chapt. 5, pp. 129–132, 2006. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial.** Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy and their combination for adolescents with depression. JAMA 2004;292(7):807–820.
- Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Dubicka B, Goodyer I. **Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT).** Am J Psychiatry. 2011 Feb 1.
- Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. **Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001 Nov;40(11):1246–53.
- Ref. forts. fra s. 6 (Sund/Larsson)
- Hawton K, Rodham K, Evans E, & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. Bmj, 325(7374), 1207–1211.
- Hulten, A., Jiang, G. X., Wasserman, D., Hawton, K., Hjelmeland, H., De Leo, D., et al. (2001). Repetition of attempted suicide among teenagers in Europe: frequency, timing and risk factors. Eur Child Adolesc Psychiatry, 10(3), 161–169.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. Arch Suicide Res, 11(2), 129–147.
- Larsson, B., Melin, L., Breitholtz, E., & Andersson, G. (1991). Short-term stability of depressive symptoms and suicide attempts in Swedish adolescents. Acta Psychiatr Scand, 83(5), 385–390.
- Larsson, B., & Sund, A. M. (2008). Prevalence, course, incidence, and 1-year prediction of deliberate self-harm and suicide attempts in early Norwegian school adolescents. Suicide Life Threat Behav, 38(2), 152–165.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., & Seeley, J. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors and clinical implications. Clinical Psychology: Science and Practice, 3, 25–46.
- Olweus, D. (1994). Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. J Child Psychol Psychiatry, 35(7), 1171–1190.
- Reinherz, H. Z., Giacopina, R. M., Silverman, A. B., Friedman, A., Pakiz, B., Frost, A. K., et al. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34(5), 599–611.
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43(1), 80–87.
- Rossov, I., & Wichstrom, L. (1997). When need is greatest – is help nearest? Help and treatment after attempted suicide among adolescents. Tidsskr Nor Laegeforen, 117(12), 1740–1743.
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrom, L. (2001). Depressive symptoms among young Norwegian adolescents as measured by the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). Eur Child Adolesc Psychiatry, 10(4), 222–229.
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrom, L. (2003). Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents. J Child Psychol Psychiatry, 44(4), 588–597.
- Wichstrom, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39(5), 603–610.
- Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Deliberate self harm in adolescents. Tidsskr Nor Laegeforen, 123(16), 2241–2245.