

Suicidal ungdom – hva skal klinikere se etter?

Sammendrag

Bakgrunn. Selvmord er årsak til 30 % av dødsfall i aldersgruppen 15–19 år i Norge mot 5 % i 1960-årene. Mange unge suicidale oppsøker lege få uker før et selvmordsforsøk. Studiens formål var å kartlegge om dette gjelder Norge og hva som eventuelt karakteriserer disse unge.

Materiale og metode. I alt 92 ungdommer ble intervjuet. Dette utgjorde 87 % av alle under 20 år innlagt i sykehus i Oslo/Akershus etter alvorlig selvmordsforsøk. Svarene ble sammenliknet med svar fra skoleungdom med samsvarende kjønn og alder.

Resultater. 41 av de 92 ungdommene oppsøkte lege innen seks uker før forsøket, 27 med problemer av fysisk art, seks med psykiske problemer og åtte med begge deler. Bare to nevnte suicidaltanker. 93 % fikk i etterkant en DSM-IV-diagnose. Det var få signifikante forskjeller mellom dem som gikk til legen i forkant av selvmordsforsøket, og dem som ikke oppsøkte lege. Sammenliknet med gjennomsnitts ungdommer søkte de signifikant sjeldnere støtte hos foreldre og venner, hadde tidligere seksuell debut, høyere forbruk av narkotika og sigaretter, oftere skilte foreldre og færre søsken. De rapporterte lavere selvfølelse, mer ensomhet og hyppigere depressive følelser ($p < 0,01$).

Fortolkning. Suicidale unge som oppsøker lege skiller seg klart fra gjennomsnitts ungdom; de er tyngre belastet både sosioøkonomisk og psykososialt. Klinikere bør særlig se etter psykososiale belastninger, psykopatologi og spørre etter selvmordstanker.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Basert på forskning utført med sommerstipend for medisinerstudenter sommeren 2002

> Se også side 2240

Sara Rise Langlo

Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Maria Ramberg

maria.ramberg@studmed.uio.no
Fyrstikkalléen 15A
0661 Oslo

Berit Grøholt

Instituttgruppe for psykiatri
Universitetet i Oslo
Sogn Senter for barne- og ungdomspsykiatri
0319 Oslo

Forekomsten av selvmord og selvskadende atferd har økt betydelig i Norge i etterkrigstiden (1). Blant ungdom i aldersgruppen 14–19 år er selvmordsraten nesten firedoblet fra 1960-årene og frem til midten av 1990-årene. Mens selvmord var årsak til ca. 5 % av dødsfallene i denne aldersgruppen i 1960-årene, er prosentandelen nå nærmere 30 % (1). Samtidig vil en tredel av all ungdom i perioder ha noen selvmordstanker (2). Dette gjør det vanskelig å skille unge med reell selvmordsfare fra annen ungdom (3).

Studier har vist at nesten halvparten av unge suicidale oppsøker lege kort tid før et selvmordsforsøk (4–7). Ungdom som blir spurt om de har tanker om å skade seg selv, svarer oftest ærlig på spørsmålet (8). Dette er viktig kunnskap – særlig når man vet at suicidal ungdom har større vansker med å snakke om problemene sine enn ungdom flest. De nevner i liten grad psykiske problemer, og oppsøker vanligvis legen for somatiske problemstillinger (2).

Per i dag kjenner vi ikke noe godt screeningverktøy som kan vurdere ungdoms suicidalitet. Dertil er problemene for kompleks og symptomene for varierte (9). Man må derfor foreta vurdering av selvmordsrisiko basert på samtale og kunnskap om risikofaktorene (10, 11). Det er kjent at risikoen øker dramatisk når en flere enn fem risikofaktorer til stede (12).

Få undersøkelser beskriver hva som er typisk for unge suicidale som oppsøker lege i forkant av et selvmordsforsøk. Formålet med vårt studie var å finne hva som karakteriserer norske suicidale ungdommer som oppsøker lege i tiden før et selvmordsforsøk, for at de lettere kan fanges opp på legekontoret, ved å sammenlikne dem med selvmordsforsøkere som ikke har oppsøkt lege, og med vanlig ungdom.

Materiale og metode

Materiale

Studien omfattet 87 % av alle under 20 år som ble innlagt i somatisk sykehus i Oslo eller Akershus etter et selvmordsforsøk mellom september 1993 og november 1994 (10). De 92 unge, 83 jenter og ni gutter, ble intervjuet i forbindelse med innleggelsen. De fleste ble innlagt pga. medikamentforgiftning (96 %), noen forsøkte å henge seg (1 %) eller å skyte seg (1 %). Seks benyttet en av disse metodene og kuttet seg opp i tillegg. Ifølge kriterier satt opp av Beautrais og medarbeidere var 41 (45 %) selvmordsforsøk kategorisert som medisinsk alvorlige, selv om de færreste var livstruende (12).

Seks unge med samme kjønn og alder for hver av de 91 suicidale over 11 år ble brukt som kontrollgruppe. En suicidal jente var for ung til å delta i sammenlikningen. Kontrollpersonene ble trukket tilfeldig blant 1 736 skoleungdommer fra Oslo og Akershus som deltok i spørreundersøkelsen Ung i Norge i 1994 (10).

Målemetoder og analyser

De unge suicidale ble spurt om når og hvorfor de sist oppsøkte lege, og om de hadde, eller nevnte, suicidaltanker under besøket, om de tidligere hadde forsøkt å skade seg i suicidal hensikt, om de gikk på skole eller arbeidet og om de følte seg godt ivaretatt i motsetning til oversett eller mishandlet av foreldrene (13). De vurderte egen somatisk helse på en skala fra 1 dårlig til 4 svært god, med grenseverdi mellom 2 og 3. Diagnoser ble vurdert klinisk på basis av all tilgjengelig informasjon etter DSM-IV (14).



Hovedbudskap

- Mange ungdommer oppsøker lege kort tid før et selvmordsforsøk
- De er karakterisert av depresjon, lav selvfølelse og ensomhet. Mange har spiseforstyrrelse
- De søker sjelden støtte hos familie og venner, og nevner sjelden selvmordstanker
- Spørsmål om psykiske problemer, ensomhet, selvfølelse og ustabil familiesituasjon kan føre legen på sporet av et stort behov for hjelp

Følgende mål var felles for de suicidale og kontrollgruppen: sosial klasse (ISCO 88: sosialklasse 1–6; der 4 er ufaglærte, og 5 omfatter personer i primærnærings som bønder og fiskere og 6 omfatter personer på trygd eller i opplæring) (15), om de unge levde med to biologiske foreldre og om de hadde bodd i Norge mer enn fem år, om de var medlem av organisasjoner, hvem de vanligvis omgikk (en gjeng av unge; enkelte venner; eller ingen, eventuelt mer tilfeldige bekjente), om de røykte eller brukte ulovlige rusmidler, alder ved eventuell seksuell debut og om de hadde skulket skolen mer enn ti dager siste år. Videre hadde vi et mål for ensomhet (UCLA Loneliness Scale, (1–4, 4 = meget ensom, totalskåre 4–16) (16) og for global selvfølelse (fra SPPA, Self-Perceived Profile for Adolescents) (1–4, 4 = best, totalskåre 5–20) (17, 18). De rapporterte hvem de ville gå til hvis de hadde problemer (følte seg nedfor; hadde problemer med myndigheter, f.eks. politiet; skulle velge utdanning). Det gav et mål på 0–3 (3 = ber om støtte i alle situasjonene) for hvor ofte de gikk til foreldre eller venner, respektive (19, 20). De rapporterte om foreldre var synlig beruset noen ganger i måneden eller mer. Depressive følelser i kontrollgruppen ble målt med Depression Mood Inventory med grenseverdi på 2,99 (10, 21).

Dataanalyse

Gjennomsnittsverdien av kontinuerlige variabler er sammenliknet ved hjelp av t-test, mens kategoriske variabler er sammenliknet med Fishers eksakte test. Oddsratio og 95 % konfidensintervall ble beregnet, alt ved hjelp av dataprogrammet SPSS. Bare de som rapporterte at de var hos lege, og deres kontrollpersoner, er med i sammenlikningen med gjennomsnittsunngdom.

Resultater

Suicidale unge som oppsøkte lege

Av de 92 unge suicidale oppgav 46 at de ikke oppsøkte lege det siste år. I alt 41 (45 %) oppsøkte lege i løpet av de siste seks ukene før de ble innlagt pga. selvmordsforsøk, 27 (65 %) med problemer av rent fysisk art (65 %), åtte med både fysiske og psykiske plager (20 %) og seks med psykiske problemer alene (15 %). Fire av ungdommene rapporterte at de hadde klare tanker om å skade seg da de var hos legen. Ni hadde til en viss grad slike tanker, mens 27 oppgav at de ikke hadde det.

To ungdommer snakket om problemene sine i løpet av konsultasjonen, og fem sa de antydte dem svakt. Begge de to ungdommene som tok opp selvmordstankene sine, tilfredsstilte kravene til tre psykiatriske diagnoser etter selvmordsforsøket.

Sammenlikning med unge som ikke oppsøkte lege

Gruppene var svært like, med noen unntak: De som oppsøkte lege var signifikant eldre

($p = 0,002$), følte seg oftere integrert i en gjeng ($p = 0,005$) og rapporterte dårligere fysisk helse ($p = 0,001$) (tab 1). Psykiatriske lidelser forekom like ofte, med ett unntak: signifikant flere med spiseforstyrrelser gikk til legen ($p = 0,01$). Ellers var nærmere 50 % av ungdommene i begge gruppene deprimerede, ca. 15 % hadde angst, og nesten 20 % hadde personlighetsforstyrrelser. Nesten halvparten hadde mer enn én diagnose, og omtrent 40 % hadde minst ett tidligere selvmordsforsøk bak seg.

Sammenliknet med gjennomsnittsunngdom (kontrollgruppen)
Familieforhold. De 41 som oppsøkte lege skilte seg signifikant fra kontrollgruppen på en rekke områder: Færre av dem bodde sammen med to biologiske foreldre (44 % mot 72 %), og de hadde færre søsken (1,1 mot 1,6). Flere hadde bodd i Norge mindre enn fem år (7 % mot 1 %), og flere tilhørte sosioøkonomisk gruppe 3 eller 4 (70 % mot 37 %). Videre hadde flere av foreldrene deres trygd eller annet som hovedinntekt (15 % mot 5 %, $p = 0,03$) og flere av foreldrene deres var beruset flere ganger i måneden/ukene (37 % mot 4 %) (tab 1).

Psykososial funksjon. De som oppsøkte lege søkte i liten grad støtte hos foreldre og venner ($p < 0,001$). Likevel skilte de seg ikke signifikant fra kontrollgruppen når det gjaldt å ha venner og å definere seg som del av en gruppe, i motsetning til dem som ikke var hos lege. Flere av de som oppsøkte lege røykte ofte (61 % mot 36 %) eller brukte narkotika (17 % mot 7 %). Alkoholkonsumet var likt (tab 1). De debuterte tidligere seksuelt (gjennomsnittsalder 14,5 år), og rapporterte signifikant lavere selvfølelse, mer ensomhet og oftere depressive følelser enn kontrollgruppen.

Diskusjon

Av 92 unge innlagt i sykehus etter et selvmordsforsøk, oppsøkte 45 % lege i løpet av de siste seks ukene før selvmordsforsøket. Dette er i tråd med tidligere studier (4, 6, 7). Ungdommene som kontaktet lege skilte seg lite fra andre unge suicidale, men de skilte seg fra gjennomsnittsunngdom på mange områder. Studier har vist at psykologisk støtte, forståelse og veiledning under slike lege-konsultasjoner bedrer prognosene for denne gruppen (7), og kunnskap om hva som skiller de suicidale fra gjennomsnittsunngdommene vil øke muligheten for å gjenkjenne dem som er i faresonen.

Suicidale unge som oppsøkte lege

65 % av dem som gikk til legen i forkant av selvmordsforsøket presenterte en rent fysisk problemstilling. Andre undersøkelser som inkluderer alle aldersgrupper av suicidale, viser at 40–50 % av dem som går til legen kort tid før et selvmordsforsøk, kommer med en fysisk plage (4, 6, 7). I forhold til andre unge har suicidal ungdom ofte større

vansker med å snakke om problemene sine, ikke bare til profesjonelle hjelpere, men også til foreldre, søsken og venner (2, 6, 22). For ungdommene er det trolig lettere å snakke om en fysisk plage enn om tanker og følelser. Enkelte mangler språk til å uttrykke sitt følelsesliv, og har derfor vansker med å kommunisere psykiske problemer (22).

I likhet med tidligere undersøkelser fant vi at bare en tredel hadde tanker om å skade seg selv på det tidspunktet de var hos legen (6), og bare en femdel tok suicidaltankene opp med legen (4, 7). Dette vanskeliggjør arbeidet med å identifisere dem som er risikogruppen. Ungdom rapporterer enda sjeldnere enn voksne slike tanker, og det kan skyldes at ungdom har et mer fluktuerende stemningsleie, er mer ambivalente (10) eller oftere handler i affekt (23–26). At så få nevnte tankene, kan skyldes frykt for stigmatisering og liten tro på at legen egentlig kan hjelpe dem. Andre problemer kan være negative holdninger til psykiatri i samfunnet generelt, og lite tid per pasient på legekontorene.

At likevel nær halvparten av de suicidale ungdommene i vår undersøkelse var hos lege seks uker eller mindre før selvmordsforsøket, kan tyde på at mange, på tross av ikke erkjente selvmordstanker, følte at de hadde problemer de ønsket å få hjelp med. Aktiv utspørring om forhold til foreldre og venner, selvfølelse, ensomhet og tegn på psykiatrisk lidelse kan avdekke viktige helseproblemer blant unge, og bidra til å skape allianser som kan gjøre det lettere å søke hjelp senere.

I likhet med en rekke andre både kliniske og epidemiologiske studier (3, 25, 26) fant vi at over 90 % av de suicidale ungdommene hadde en eller flere psykiatriske diagnoser. Fordelingen av diagnoser var lik den funnet i andre undersøkelser (3, 25, 26), og i likhet med oss, fant alle høy grad av komorbiditet. Det er verdt å merke seg at risikoen for selvmordsforsøk øker proporsjonalt med antall psykiatriske diagnoser (8).

Sammenlikning med andre suicidale

De som oppsøkte lege fremstod som et gjennomsnitt av suicidale ungdommer, bortsett fra at de rapporterte generelt dårligere helse, både fysisk og psykisk, og flere av dem (24 %) slet med spiseforstyrrelser. De var også eldre, signifikant flere over 17 år hadde oppsøkt lege (tab 1). Gasquet og medarbeidere (27) fant at blant ungdommer med samme grad av angst og depresjon, søkte de eldre ungdommene oftest profesjonell hjelp. Tishby og medarbeidere (22) fant at de yngste foretrekker å søke hjelp hos foreldrene, mens de som befinner seg i de midterste aldersklassene, ofte ikke søker hjelp hos noen.

De som gikk til lege, beskrev oftere at de hørte til en gruppe av unge (gjeng), og var kanskje som gruppe mer utadvendt enn de som ikke søkte hjelp. Klinisk erfaring tilsier at venner ofte oppmuntrer hverandre til å søke hjelp når de er bekymret for hverandre.

Tabell 1 Forekomst av demografiske variabler og risikofaktorer blant unge suicidale som hadde oppsøkt lege (Hos lege), ikke hadde oppsøkt lege (Ikke lege) og blant vanlige unge (Kontrollpersoner). Sammenlikning mellom de to suicidale gruppene, og mellom unge som hadde vært hos lege og deres kontrollpersoner

	Suicidale		Kontrollpersoner	Sammenlikninger	
	Antall (%)		Antall (%)	Oddsratio (95% KI)	
	Hos lege n = 41	Ikke lege n = 51	n = 246	Hos lege/ikke lege	Hos lege/kontrollpersoner
<i>Kjønn</i>					
Jente	36 (88)	47 (92)	216 (88)	Ikke signifikant	Ikke signifikant
<i>Alder (år)</i>					
18 eller 19	23 (56)	16 (31)	138 (56)	2,8 (1,2–6,6) ¹	Ikke signifikant
<i>Bosituasjon</i>					
Med to foreldre	18 (44)	16 (31)	176 (72)		
Med en/ingen foreldre	23 (56)	35 (69)	70 (29)	Ikke signifikant	3,2 (1,6–6,3) ²
<i>Botid i Norge (år)</i>					
Fem eller mer	38 (93)	46 (90)	243 (99)		
Mindre enn fem	3 (7)	5 (10)	2 (1)	Ikke signifikant	9,6 (1,6–59,3) ¹
<i>Sosialgruppe</i>					
1, 2, 5	13 (32)	16 (31)	156 (63)		
3, 4 eller trygd	28 (68)	35 (69)	90 (37)	Ikke signifikant	3,7 (1,8–7,6) ³
<i>Foreldre beruset</i>					
Aldri/sjelden	26 (63)	33 (65)	230 (96)		
Flere ganger per måned	15 (37)	18 (35)	10 (4)	Ikke signifikant	13,3 (5,4–32,5) ³
<i>Med i organisasjon</i>	11 (27)	21 (41)	65 (47)	Ikke signifikant	2,4 (1,1–5,2) ¹
<i>Venneforhold</i>					
Med i gjeng	22 (55)	12 (25)	147 (60)		
Ingen/få venner	18 (45)	37 (75)	95 (45)	0,3 (0,1–0,7) ²	Ikke signifikant
<i>Skulk siste år</i>					
Minst 10 ganger	8 (20)	15 (29)	23 (10)	Ikke signifikant	2,3 (1,0–5,6)
<i>Stimulantia</i>					
Røyker daglig/ofte	19 (61)	14 (50)	85 (36)	Ikke signifikant	2,9 (1,3–6,2) ²
Illegale rusmidler	7 (17)	11 (22)	35 (7)	Ikke signifikant	3,0 (1,2–7,1) ¹
<i>Depressive følelser</i>	24 (59)	24 (48)	9 (4)	Ikke signifikant	36,1 (14,5–9,7) ³
<i>Opplevd omsorg</i>					
Oversett	20 (49)	27 (55)	–	Ikke signifikant	–
Fysisk/psykisk mishandling	26 (63)	34 (67)	–	Ikke signifikant	–
<i>Selvoppfattet helse</i>					
Dårlig	34 (83)	30 (59)	–	3,4 (1,3–9,1) ²	–
<i>Diagnoser</i>					
Depresjon	22 (46)	24 (47)	–	Ikke signifikant	–
Rusmisbruk	2 (5)	2 (4)	–	Ikke signifikant	–
Angst	6 (15)	8 (16)	–	Ikke signifikant	–
Spiseforstyrrelser	10 (24)	2 (4)	–	7,9 (1,6–38,5) ²	–
Tilpasningsforstyrrelse	10 (24)	10 (20)	–	Ikke signifikant	–
Personlighetsforstyrrelse	10 (24)	10 (20)	–	Ikke signifikant	–
Atferdsforstyrrelser	4 (10)	13 (26)	–	Ikke signifikant	–
Andre, inkludert lærevansker	1 (2)	2 (4)	–	Ikke signifikant	–
Ingen diagnose	3 (7)	5 (10)	–	Ikke signifikant	–
Mer enn én diagnose	20 (49)	22 (43)	–	Ikke signifikant	–
Tidligere selvmordsforsøk	17 (42)	19 (37)	–	Ikke signifikant	–
	<i>Hos lege</i>	<i>Ikke lege</i>	<i>Kontroll</i>	<i>Hos lege/ikke lege</i>	<i>Hos lege/kontroll</i>
	Gjennomsnitt (SD)	Gjennomsnitt (SD)	Gjennomsnitt (SD)	T-verdi	T-verdi
<i>Antall søsken</i>	1,1 (1,2)	1,5 (2,0)	1,6 (1,1)	Ikke signifikant	2,5 ²
<i>Støttesøking</i>					
<i>Hos foreldre</i>	0,8 (0,9)	0,8 (1,1)	2,1 (0,9)	Ikke signifikant	7,5 ³
<i>Hos venner</i>	1,3 (1,1)	1,4 (1,1)	2,4 (0,8)	Ikke signifikant	5,4 ³
<i>Antall ganger alkohol siste 4 uker</i>	2,7 (3,2)	4,1 (6,0)	2,0 (2,5)	Ikke signifikant	Ikke signifikant
<i>Seksuell debut, alder (år)</i>	14,5 (1,6)	14,8 (1,8)	16,1 (1,7)	Ikke signifikant	3,0 ²
<i>Global selvfølelse</i>	1,96 (0,64)	2,21 (0,73)	2,97 (0,54)	Ikke signifikant	8,7 ³
<i>Ensomhetsfølelse</i>	2,24 (0,80)	2,05 (0,75)	1,75 (0,50)	Ikke signifikant	36,9 ³

Ikke signifikant p > 0,05

¹ P < 0,05

² P < 0,01

³ P < 0,001

Sammenlikning med gjennomsnittsungdom

Familieforhold. Svært mange av dem som oppsøkte lege hadde ustabile familieforhold. Langt færre bodde sammen med begge sine biologiske foreldre (44 % mot 72 %). Ustabile familieforhold er vist å gi et dårlig selvbilde og økt selvmordsrisiko (3, 9, 12). Også alkoholproblemer og psykiske vansker hos foreldrene øker risikoen for alvorlige suicidalforsøk (3, 12). Våre funn bekrefter dette. De som søkte lege hadde ofte foreldre som var trygdet, og blant disse foreldrene er det en del som selv har psykiske problemer (8, 28).

De hadde også færre søsken enn kontrollgruppen. Å vokse opp med flere søsken virker kanskje beskyttende mot suicidal atferd. For ungdom med vanskelige hjemmeforhold kan man tenke seg at det å ikke være alene i situasjonen virker preventivt (29).

Rusmidler. Det er interessant at de suicidale ikke hadde et overforbruk av alkohol sammenliknet med gjennomsnittsungdommen, mens de har et høyere forbruk av narkotika. Pape (28) har vist at risikoen for psykiske problemer er økt både for ungdom som begynner å drikke lenge før og for dem som begynner å drikke mye senere enn gjennomsnittet. I vår gruppe suicidale, spesielt de som ikke søkte lege, ser vi en spredning i alkoholkonsumet, og gruppen inkluderer nok noen isolerte unge som verken var med i en gjeng eller drakk. Generelt er rusmisbruk en viktig risikofaktor (2, 9).

Helse. De suicidale avvek som forventet fra kontrollgruppen på de fleste psykiske variabler. De hadde lav selvfølelse og følte seg ofte ensomme. Dette gjenspeiles i at de i mindre grad enn kontrollgruppen søkte støtte hos andre, enten det er foreldre eller venner. Unge suicidale følte seg mindre fysisk friske enn gjennomsnittsungdom (8).

Styrke og svakhet ved studien

Undersøkelsen omfatter nær alle unge (87%) som ble innlagt i sykehus etter selvmordsforsøk i undersøkelsesperioden, og de omfattende intervjuene ble foretatt kort tid etter selvmordsforsøket. Sammenlikningsgruppen er stor og representativ for samme område i samme tidsperiode.

Undersøkelsen vår omfattet bare selvmordforsøkere, ikke de som døde ved selvmord, men vi vet at kunnskap om selvmordforsøkere er relevant viten om dem som senere dør av selvmord (3, 8, 10).

Undersøkelsen er fra 1994, og man kan spørre seg om funnene ville vært de samme i dag. Vi har sett på en studie fra 2000 av ungdom i Ålesund (30). Disse unge svarte til vår kontrollgruppe på alle aktuelle sosiodemografiske og noen psykososiale variabler (støttesøking og venner). Dette indikerer at våre funn fortsatt er aktuelle.

Vi mangler opplysninger om hvor ofte kontrollgruppen gikk til allmennlege, men antar at Ålesunds-ungdommens gjennom-

snittlige antall besøk per år hos allmennlege er representativt for vanlig ungdom. 59 % var hos lege det siste året, og disse hadde gjennomsnittlig 2,2 besøk.

Ungdoms bruk av allmennlege har neppe endret seg radikalt i Norge i tiden 1994–2000. I vår gruppe med suicidal ungdom gikk 44 (48 %) til lege siste året, noen færre enn hos gruppen gjennomsnittsungdom. Det interessante er at nesten alle av disse var hos legen seks uker eller mindre før selvmordforsøket.

Konklusjon

Det er slående at suicidal ungdom avviker fra annen ungdom på så mange områder, både sosioøkonomiske og psykososiale, og at nesten halvparten av dem er å finne på legekontoret kort tid før forsøket.

Klinikerens mulighet til å redusere dagens høye selvmordstall er å ha god kunnskap om risikofaktorene, se etter psykososiale belastninger og psykopatologiske trekk og aktivt spørre etter suicidaltanker og selvmordshandlinger.

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

1. Statistisk sentralbyrå. Oslo: Statistisk sentralbyrå. www.ssb.no (30.4.2003).
2. Choquet M, Menke H. Suicidal thoughts during early adolescence: prevalence, associated troubles and help-seeking behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 170–7.
3. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (suppl): 24–51.
4. Isometsa ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry* 1995; 152: 919–22.
5. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 909–16.
6. Michel K, Runeson B, Valach L, Wasserman D. Contacts of suicide attempters with GPs prior to the event: a comparison between Stockholm and Bern. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 94–9.
7. Stenager EN, Jensen K. Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 109–13.
8. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Science Practice* 1996; 3: 25–46.
9. King CA. Suicidal behavior in adolescence. I: Maris RW, Silverman MM, Canetto SS, red. *Review of suicidology* New York: The Guilford Press, 1997: 61–95.
10. Grøholt B, Ekeberg Ø, Wichstrøm L, Haldorsen T. Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 868–75.
11. Frank E, Kunovich-Frieze T. Physicians' prevention counseling behaviors: current status and future directions. *Prev Med* 1995; 24: 543–5.
12. Tishby O, Turel M, Gumpel O, Pinus U, Lavy SB, Winokour M et al. Help-seeking attitudes among Israeli adolescents. *Adolescence* 2001; 36: 249–64.
23. Grøholt B, Ekeberg Ø, Haldorsen T. Adolescents hospitalised with deliberate self-harm: the significance of an intention to die. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001; 9: 244–54.
29. Culp AM, Clyman MM, Culp RE. Adolescent depressed mood, reports of suicide attempts, and asking for help. *Adolescence* 1995; 30: 827–37.