

Ung i Norge

Lars Wichstrøm

Psykologisk institutt, NTNU

Korrespondanse: Lars Wichstrøm, Psykologisk institutt, NTNU, N-7491 Trondheim. E-post: lars.wichstrom@svt.ntnu.no

INNLEDNING

Forskningsprosjektet "Ung i Norge" er på mange måter synonymt med oppstarten av NAVFs satsing på ungdomsforskning i Norge. På slutten av 80-tallet var enigheten stor i forskningsmiljøer såvel som i forskningsadministrasjonen og sentraladministrasjon at det stod dårlig til med norsk ungdomsforskning: den var liten av omfang, var geografisk og tematisk meget spredt samt at det var få prosjekter av en kvalitet som gjorde konklusjoner mulige. På denne bakgrunn ble NAVFs program for ungdomsforskning startet opp i 1990. Som dette programmets hovedsatsing ble første runde av datainnsamling av Ung i Norge gjennomført våren og høsten 1992. Tankegangen bak Ung i Norge var å bøte på de fleste av de manglene som hadde vært i norsk ungdomsforskning opp til da. Man ville satse på ett stort prosjekt som kunne romme mange delprosjekter. Man ville ha et nasjonalt representativt utvalg, og gitt at ungdomstiden er en tydelig endringsfase, ville man starte opp et longitudinelt prosjekt. Ung i Norge favner problemstillinger innen et vidt faglig spekter med hovedtyngde innen psykologi, psykiatri, sosiologi og pedagogikk. Ved første gangs undersøkelse var deltagelsesprosenten 97%. Siden denne ble såvidt høy, kan det være av interesse å redegjøre for innsamlingsprosedyren i detalj. I tillegg presenteres noen smakebiter av de resultatene som er fremkommet av de over 50 arbeidene som hittil er publisert fra prosjektet.

METODE

Deltagere og prosedyre

Landets skoler ble delt inn i 5 geografiske strata. Siden vi ville sikre en representativitet også i henhold til en urbanitet-ruralitets dimensjon, ble skoler på ungdomstrinnet i tillegg stratifisert etter skolestørrelse (tre strata), som i de fleste tilfeller vil korrelere med en slik dimensjon. På videregående skole er situasjonen en annen, der finner man ofte store skoler både i urbane og rurale strøk. Derimot er det et tydelig skille mellom skoler med utelukkende allmennfag og skoler med yrkesfag. I tillegg har en skoler med begge disse hovedretningene. Videregående skoler ble derfor stratifisert i henhold til disse tre skoletypene. Skoler ble trukket i henhold til størrelse på stratum. Det ble lagt an til å trekke et utvalg av 5 000 på ungdomstrinnet og 5 000

på videregående med like mange elever på hvert trinn. På grunn av at strata ble overopplyst samt at tre skoler ble inkludert som ledd i et evalueringsprosjekt, ble det endelige antall deltagere i overkant av 12 000.

Etter at Datatilsynet hadde gitt sin godkjenning og KUF gitt sin anbefaling, ble den ansvarlige instansen for skolene lokalt kontaktet (skolestyret i kommunen eller fylkesskolesjefen). Etter anbefaling/godkjenning ble rektor på hver skole tilskrevet og senere oppringt. I en del tilfeller ble samarbeidsutvalget på skolen konsultert. I alle tilfeller sa de 67 uttrukne skolene "ja". Hver skole pekte ut en skolekontakt som skulle fungere som bindeledd mellom forskerne og skolen, foreldrene og elevene. Alle skolekontaktene deltok på et dags-seminar hvor den faglige bakgrunnen for prosjektet ble redegjort for i tillegg til at en gikk detaljert igjennom den praktiske gjennomføringen. Skolen sendte så ut forespørsel til elevene, og der elevene var under 15 år, til foreldrene også. Skolekontakten informerte videre muntlig i hver skoleklasse. Skriftlig informert samtykke ble innhentet fra elevene og foreldre. Skolekontakten fulgte opp de elevene som ikke hadde levert samtykke-erklæring. For å unngå at elevene influerte hverandres svar, ble undersøkelsen gjennomført på samme tid for alle skolens elever. Utfyllingen av spørreskjema tok om lag to skoletimer. Elever som hadde samtykket, men ikke var til stede da undersøkelsen ble gjennomført, ble samlet på et senere tidspunkt og gjennomførte undersøkelsen sammen. Lærerne ble gitt en kompensasjon for merarbeidet. Det ble også trukket ut en vinner blant de deltagende elevene av en reise for ham/henne og familien. Elevene la de utfylte spørreskjemaene i en umerket konvolutt og klistret igjen selv. På spørreskjema er det angitt et ID-nummer. På hver enkelt skole ble det oppbevart en liste som forbant ID-nummeret med navn og adresse. Slik hadde skolen tilgang på denne forbindelsen, men kunne ikke vite hva den enkelte elev hadde svart. Forskerne kunne vite hva den enkelte hadde svart, men ikke vedkommendes identitet. Elevene ble gjort oppmerksom på at skolen ikke kunne vite hva de svarte og at vi i praksis ikke kunne vite hvem de var. De resterende 3% som ikke deltok fordelte seg på manglende elevsamtykke (1,5%), manglende foreldresamtykke (0,6%), og elever som enten ikke kunne spores opp og muligens hadde sluttet på skolen og elever som hadde samtykket, men der de var langvarig syke eller ikke fylte ut av andre grunner (0,9%).

Påfølgende innsamlinger

Deltagerne ble fulgt opp to år senere, i 1994. I denne oppfølgingen utgikk de tre skolene som ikke var med i den longitudinelle delen. Ved en skole ble det innbrudd i skolens arkiv og adresseregisteret stjålet. Denne måtte derfor utgå. I løpet av de to årene hadde om lag halvparten forlatt den skolen de opprinnelig gikk på. Disse fikk spørreskjema i posten. De resterende fylte ut skjema på samme måte som ved første gangs undersøkelse. Det ble purret en gang på postundersøkelsen. Svarprosenten blant de som gikk på skolen ble 91,8% og 67,9% blant de som fikk skjema i posten. Samlet svarprosent ved t2 ble derfor 80,1%. Ung i Norge var opprinnelig planlagt med kun en oppfølging etter 2 år. Da det ble besluttet å følge opp de unge ytterligere to ganger, måtte det innhentes fornyet samtykke, og 91,2% ga dette. Tredje datainnsamling fant sted i 1999. Mellom 1994 og 1999 var det ennå et innbrudd i en skoles arkiv som medførte at adresselistene gikk tapt. Undersøkelsen i 1999 var utelukkende postal. På grunn av at de unge nå hadde kommet inn i en mobil alder, ble det lagt ned mye arbeid i å rekonstruere adresseregisteret. Da svarprosenten var noe lav hos de som fikk spørreskjema i posten i 1994, ble kun den halvparten (51,2%) som hadde fylt ut skjema på skolen fulgt opp. Etter purring ble svarprosenten 83,8%, noe som betyr at den kumulative svarprosenten er 68,1%. Nettosamplene var henholdsvis 10 839, 7 751 og 2 924 i de tre oppfølgingene.

Temaområder

Ung i Norge dekker følgende brede temaområder: 1. Personlig utvikling (ego-identitet, selvbilde, kjønnsrolleidentitet), 2. sosialitet/nettverk (sosial støtte, sosialt nettverk, venners atferd, popularitet, intimitet, seksualitet), 3. fritid (fritidsbruk, organisasjonsdeltaging, forbruk, kulturbruk, musikk, musikksmak, kulturproduksjon, idrett, TV-bruk), 4. foreldre (tilknytning, overvåking, foreldres tobakk- og rusbruk), 5. holdninger (til voksensamfunnet, politiske prioriteringer, til ungdomsgrupper, verdisyn), 6. problemer (rusbruk, spiseproblemer, atferdsvansker/kriminalitet, depresjon, angst, suicidalitet), og 7. utdanning, arbeid og skole (karakterer, lekser, holdninger til skole, skoletrivsel, yrkesønsker, karrierevalg, arbeid og arbeidskarriere). Der det har vært mulig har en benyttet internasjonalt validerte mål, men i en del tilfeller har en måtte utarbeide egne mål.

UTVALGTE RESULTATER

I det følgende vil jeg vise til en del resultater som har fremkommet på området psykiatri/klinisk psykologi. Disse er enten trykket tidligere eller under trykking. Jeg vil begrense meg til internaliserende problemer. Det er imidlertid publisert en rekke funn fra andre områder innen klinisk psykologi/psykiatri, i første rekke innenfor feltet atferdsvansker, kriminalitet og rus. For ytterligere detaljer henvises det til primærkildene.

Kjønnsforskjeller i depressivt stemningsleie

Man har vært klar over overvekten av kvinner med depresjon i flere decennier. Denne overvekten finnes i alle land i den vestlige verden, og den gjelder både for depressive lidelser, depressive symptomer og for depressivt stemningsleie. Grovt sett er F:M ratio 2:1. Dette er en kjønnsforskjell som opptrer først i ungdomstiden og gjelder i alle aldre etter dette. Undersøkelser av depresjon hos barn er sjeldne og forekomsten av depresjon er lavere, slik at man er mer usikre på forholdstallet der. Imidlertid går de fleste funn i samme retning: det er enten ingen kjønnsforskjell før ungdomstiden eller endog er gutter i svak overvekt blant de deprimerte. Noe må med andre ord skje i ungdomstiden som kan forklare den kraftige økningen i depresjon hos jenter, og at det ikke finner sted en slik økning, evt. at den er svakere for gutter. Med utgangspunkt i en stress-sårbarhets modell foreslo Nolen-Hoeksema og Girgus (1994) tre prinsipielle forklaringer på denne forskjellen: Jenter har eller har ervervet en større sårbarhet enn gutter for de utfordringene som inntreffer i ungdomsalderen, jenter blir utsatt for mer eller større stress i ungdomsalderen enn gutter, eller det er andre årsaker til jenters depresjon enn gutters depresjon og forekomsten av jenters årsaker er hyppigere eller sterkere enn gutters årsaker. Etter en gjennomgang av litteraturen fant de liten støtte for den siste hypotesen.

Med utgangspunkt i et seks-spørsmåls mål på depressivt stemningsleie (Kandel & Davies, 1982) ble forskjellen i depressivitet over kjønn for aldrene 12-19 år kartlagt (Wichstrøm, 1999). Ved 12 års alder var det ingen kjønnsforskjell, ved 13 års alder var det en svak overvekt av jenter og ved 14 års alder og til 19 års alder holdt forskjellen seg konstant på 1/2 S.D. Der som man setter et cut-off ved at de unge skulle i gjennomsnitt ha blitt "ganske ofte plaget" siste 14 dager av hver av de seks indikatorene på depressivt stemningsleie var det nesten tre ganger så mange jenter som gutter som skårte over dette (7,7% vs. 2,8%). Ved hjelp av lineære strukturelle likninger ble en teoretisk modell for å forklare denne kjønnsforskjellen testet. Utgangspunktet for modellen var variable som korrelerte både med kjønn og depresjon, og som i tillegg økte i forekomst forholdsmessig mer hos jenter enn hos gutter ved eller forut for tilsynekomsten av kjønnsforskjellen i depresjon (12-13 års alder), eller der korrelasjonen med depresjon og/eller kjønn økte i styrke i denne perioden. Resultatene viste at kjønnsforskjellen kunne forklares ut fra følgende hypotetisk medierende forhold i en kausalmodell: A. Jenter har en mer feminin kjønnsrolleorientering (men i liten grad mindre maskulin orientering) enn gutter, noe som korrelerer med depresjon. B. Jenter har et mer negativt syn på kroppen sin som igjen fører til lavere selvaktelse, som så øker depresjon. Deler av denne misfornøydheten med kroppen skyldes at jenter opplever seg som tykkere enn det gutter gjør. Det må understrekes at dette er

en modell basert på kryss-seksjonelle data, og den gjelder for depressivt stemningsleie, ikke nødvendigvis for depressive lidelser.

Spiseproblemer

Betegnelsen spiseproblemer vil bli brukt om et problematisk forhold til mat, spising og vekt som ikke nødvendigvis er av en slik alvorlighetsgrad at de oppfyller diagnostiske kriterier. Som for flere områder innen klinisk barne- og ungdomspsykologi florerer det med kryss-seksjonelle undersøkelser, mens det er langt mellom prospektive studier, og det er kun en håndfull studier der en har kontrollert for tidligere spiseproblemer. Forskere bak foreliggende studier har understreket betydningen av de psykologiske og sosiale forhold som er blitt funnet å være statistisk signifikante. Beskjeden vekt er blitt lagt på styrken i disse sammenhengene. Ingen studier har imidlertid klart å forklare mer enn ytterligere 2% av variasjonen i spiseproblemer når kjønn og tidligere spiseproblemer har blitt kontrollert. Vi undersøkte endringen i spiseproblemer målt ved et 12-spørsmåls instrument basert på the Eating Attitudes Test (EAT-26) (Garner et al., 1982). Ut fra analyser av data på t1 hadde følgende forhold blitt identifisert som multivariate korrelater til spiseproblemer (Wichstrøm, 1995): kjønn, opplevd overvekt, tilfredshet med utseende, ustabil selvoppfatning, depressivt stemningsleie, feminin kjønnsrolleidentifisering, overdreven trening samt å ha idoler som er kjennetegnet av en perfekt kropp. Det var en moderat høy til høy stabilitet i spiseproblemer fra 1992 til 1994 ($r = 0,79$, korrigert for målefeil) (Wichstrøm, 2000). Denne var noe høyere for jenter enn for gutter. Dersom man behandlet spiseproblemer som en kategorisk variabel hadde 39,5% av de 3,4% som skårte over cut-off i 1992 også slike problemer i 1994. De fleste av forholdene som hang multivariat sammen med spiseproblemer i de kryss-seksjonelle analysene predikerte endring i spiseproblemer fra 1992 til 1994. Imidlertid forklarte de psykologiske og sosiale forholdene bare ytterligere 1,5% av variasjonen i spiseproblemer når kjønn og tidligere spiseproblemer var kontrollert. En slik effektstørrelse har beskjeden praktisk og teoretisk interesse. Langt på vei viser analyser av Ung i Norge således negative resultater. Dette er imidlertid i tråd med all annen longitudinell forskning på endring i spiseproblemer i befolkningen. Det er minst fire mulige forklaringer på denne situasjonen. For det første kan det være kvalitative forskjeller i hva som forklarer kliniske spiseforstyrrelser og hva som forklarer subkliniske tilstander. Som for svært mange lidelser peker det meste av resultater mot en kontinuitetshypotese, nemlig at det er kun gradsforskjeller i eksponering eller sårbarhet som skiller subkliniske fra kliniske tilfeller. Støtten for en slik kontinuitetshypotese er ikke minst sterk innen spiseforstyrrelser (Stice et al., 1998). For det andre kan EAT-12 være et lite valid mål på spiseforstyrrelser selv om det fanger opp en overopp-

tatthet med mat, vekt og utseende (Garfinkel & Newman, 2001). Imidlertid ser man tilsvarende mangel på prediksjon når mer omfattende skjemaer er blitt brukt. For det tredje kan modellen være feilspesifisert, fordi en rekke mulige kausale forhold ikke er målt. Blant slike kan en nevne interoseptiv oppmerksomhet, perfeksjonisme, arvelige forhold og biologiske forhold. For det fjerde kan årsakene til ulike spiseproblemer, dvs. bulimi-liknende og anorexi-liknende, være ulike eller endog motstridende. Det å slå sammen spiseproblemer i en sekkekategori kan tilsløre mulige sammenhenger. Mot dette kan en innvende at ulike symptomer på spiseproblemer synes å opptre sammen eller å etterfølge hverandre hos samme person. Vi står følgelig uten en tydelig plausibel grunn til denne mangelen på sikker etiologi. Dette er uheldig, siden forklaringene på spiseforstyrrelser er mange og til dels motstridende. I hovedsak er disse basert på klinisk skjønn som ikke har latt seg etterprøve forskningsmessig.

Suicidal atferd

Generelle risikofaktorer. Studier fra ulike vestlige land har estimert "livstidsprevalensen" av selvrapporterte selvmordsforsøk til å ligge mellom 3% og 11%. Tidligere forsøk er en av de viktigste, om ikke den viktigste, risikofaktoren for senere selvmord. Samtidig har det skjedd en sterk økning i forekomsten av selvmord blant unge mennesker i mange vestlige land, også i Norge. Dette gjør at søken etter identifisering av risikofaktorer for selvmordsforsøk blant ungdom blir et viktig område. Så langt har dette feltet vært preget av få longitudinelle studier (Borowsky et al., 2001; Fergusson & Lynskey, 1995; Lewinsohn et al., 1994; Reifman & Windle, 1995; Reinherz et al., 1995). Til tross for at prevalensen av selvmordsforsøk er ganske høy, er insidensen lav. Dette har gjort at foreliggende longitudinelle studier har operert med mellom 19 og 29 personer med forsøk i observasjonsperioden. I tillegg har flere studier undersøkt et begrenset sett med prediktorer, ofte knyttet til spesifikke tema, og det har vært moderat overlapp mellom risikofaktorer mellom studier. Dette kan være noe av bakgrunnen for at kun depresjon og tidligere forsøk er blitt replisert som risikofaktorer. I tillegg har følgende risikofaktorer blitt funnet i en av studiene: suicidal atferd blant venner, suicidale tanker, lav selvaktelse, narkotikabruk, samt å bli født av en tenåringsmor. Felles for de fleste av disse studiene er at man i begrenset grad har tatt hensyn til at det er ungdommer man har studert, og i beskjeden grad inkludert risikofaktorer som kan være særegne for ungdomstiden eller ha større betydning i ungdomsårene enn ellers. Foreløpig har vi begrenset våre analyser til endringen i selvmordsforsøk fra 1992 til 1994. Målsettingen var å predikere forekomsten av nye selvmordsforsøk mellom 1992 og 1994 ut fra følgende forhold: tidligere suicidal atferd, inkludert suicidale tanker, alkohol- og narkotikabruk, atferdsvansker, depresjon, spiseproblemer, pubertets-timing, intimitet

og popularitet i forhold til venner, selvaktelse, ustabilitet i selvbylde, opplevd ensomhet, tilknytning til foreldre, og sosial integrering (kontakt med andre voksne samt organisert fritidsbruk).

Kjønnsforskjeller. Som for depresjon, er kvinner i overvekt hva angår selvmordsforsøk. I en europeisk multisenter-studie over registrerte selvmordsforsøk var den gjennomsnittlige ratio mellom kvinner og menn 1,66 (Bille-Brahe et al., 1997). Ved gjennomførte selvmord er forholdet mellom kjønnene omvendt, med en enda mer uttalt overvekt av menn. Til tross for at kjønn er en konsistent og sterk prediktor for selvmordsforsøk, er bakgrunnen for dette lite avklart. Fire ulike forklaringer har vært lansert:

1. Validitet. Flere har vært bekymret over at sykehusdata vil underestimere forekomsten hos menn, bl.a. fordi en del menn med høy risiko for selvmordsforsøk ikke vil bli sendt til sykehus. Dette gjelder bl.a. innsatte. Sett opp imot at man finner samme kjønnsforskjell i populasjonsundersøkelser, står dette argumentet svakt. Mot dette har det blitt innvendt at menn kan underrapportere forsøk på grunn av at det er en atferd som stemmer dårlig med et maskulint ideal. Allikevel vil en slik rapporteringsstil vanskelig kunne forklare hele forskjellen. Videre ville man forvente at denne biasen ville variere med type undersøkelse: anonym vs. ikke-anonym, spørreskjema vs. personlig intervju, etc., noe den ikke synes å gjøre.

2. Skademetoder. Menn bruker gjennomgående "hardere" og mer letale metoder (for eksempel henging og skyting) enn kvinner. Dette kan i noen grad forklare hvorfor menn oftere dør av en suicidal handling enn det kvinner gjør, men det kan neppe forklare hvorfor kvinner forsøker oftere enn menn, da svært få forsøk har et fatalt resultat.

3. Ulik eksponering. En rekke kjente risikofaktorer forekommer oftere hos kvinner enn hos menn, slik som depresjon, spiseforstyrrelser, og en negativ attribusjonsstil (det å tillegge seg selv årsaken til feil, mens suksess blir tillagt utenforliggende forhold) (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Enkelte har konkludert med at det er vanskelig å forklare kvinners høyere forekomst av selvmord med for eksempel deres økte depresjon, da man da ville predikere at kvinner oftere ville begå selvmord enn menn (Canetto & Sakinofsky, 1998). På den annen side har menn mer av andre risikofaktorer, slik som alkohol- og stoffbruk, impulsivitet samt antisosial atferd. Så langt har man ikke funnet skiller mellom risikofaktorene for gjennomførte selvmord og for selvmordsforsøk. Imidlertid har dette vært lite undersøkt, og det er fremdeles rom for at selvmord til forskjell fra forsøk er mer preget av typisk mannlige risikofaktorer slik som impulsivitet og en tydelig intensjon om å dø.

4. Kjønns spesifikk sosialisering. Ulik sosialisering kan ligge bak ulik metodebruk mellom kjønnene, at de bruker samme metoder ulikt, samt at den suicidale atferden blir iscenesatt ulikt. En slik forklaring blir understøttet av at befolkningen generelt synes å ha mer

positive holdninger til selvmordsforsøk hos kvinner enn hos menn. Dette kan føre til at kvinner lettere tyr til selvmordsforsøk som en mestringsmåte enn menn. Ulik sosialisering kan også føre til ulik eksponering. Slik sett er forklaring 3. og 4. delvis sammenfallende.

Vi spurte følgelig om jenters høyere forekomst av risikofaktorer, herunder de som kan ha basis i ulik sosialisering, kan forklare deres høyere forekomst av selvmordsforsøk.

Seksuell orientering. Flere befolkningsstudier i de senere år har alle vist at lesbiske, homoseksuelle og biseksuelle har 3-6 ganger høyere forekomst av selvmordsforsøk enn heteroseksuelle. Der kjønnsforskjeller har blitt studert, har man kun funnet dette for menn. Få studier har imidlertid forsøkt å svare på hvorfor det synes å være en slik forhøyet risiko blant homoseksuelle, lesbiske og biseksuelle. Som for kjønnsforskjellen i depresjon, kan dette skyldes økt forekomst av generelle risikofaktorer for suicidal atferd, bl.a. høyere forekomst av depresjon, alkohol- og stoffbruk, spiseforstyrrelser og selvaktelse. En del forhold knyttet til suicidal atferd hos ungdom synes også å være hyppigere, bl.a. tidlig seksuell debut, tidlig pubertet samt dårligere forhold til foreldre. I tillegg er en mulig smitteeffekt av høy forekomst av suicidalitet innen homoseksuelle og lesbiske miljøer mulig.

Det kan også tenkes at en del risikoforhold er særegne for homoseksuelle, for eksempel det å komme "ut av skapet" tidlig, seksuell trakassering og utstøting pga. seksuell legning. I en undersøkelse av homofile og lesbiske har vi vist at slike særegne forhold bidrar til å forklare hvem av de homoseksuelle som har forsøkt å ta sitt eget liv utover bidraget til allmenne risikofaktorer (Hegna & Wichstrøm, i trykk). Dette ble ikke undersøkt i populasjonsutvalget fra Ung i Norge. Til nå har studier av seksuell legning og suicidalitet vært kryss-seksjonelle. Ytterligere begrensning ved foreliggende studier er at man i regelen har operert med lite differensierte mål på seksuell legning. Man har enten spurt deltagerne om de regner seg som heteroseksuelle, homoseksuelle eller biseksuelle, eller man har spurt om deltagerne har hatt seksuell kontakt med personer av samme kjønn. Imidlertid vil mange som har hatt seksuell kontakt med noen av eget kjønn regne seg som heteroseksuelle, og motsatt, flere homoseksuelle eller lesbiske vil ikke ha hatt faktisk seksuelle erfaringer med noen av eget kjønn. Vi undersøkte derfor tre aspekter ved seksuell legning: seksuelle erfaringer, seksuell tiltrekning og seksuell identitet (dvs. i hvilken grad man regner seg som heteroseksuell eller homoseksuell). Vi ville således studere hvilke risikofaktorer som kunne forklare økt forekomst av selvmordsforsøk hos unge mennesker som hadde et indisium på ikke-heteroseksualitet.

Metode

Vi stilte spørsmålet: "Har du med vilje noen gang tatt en overdose av piller eller på annen måte prøvd å skade deg selv" med svaralternativene "Nei, aldri", "Ja,

en gang” og “Ja, flere ganger”. Etter å ha svart på dette ble de som svarte “ja” bedt om å svare på om “Har du noen gang forsøkt å ta ditt eget liv?” med alternativene “Nei, egentlig ikke”, “Ja, en gang” og “Ja, flere ganger”. Tid siden siste forsøk ble også registrert.

Resultater

1. Generelle risikofaktorer. I 1992 svarte 8,2% at de noen gang hadde forsøkt å ta sitt eget liv. Som vi har vist tidligere (Rossow & Wichstrøm, 1997) hadde hovedtyngden skadet seg ved å skjære eller stikke (49%) eller brukt piller eller tabletter (33%). I perioden 1992-1994 rapporterte 2,7% (N = 191) om et selvmordsforsøk (Wichstrøm, 2000). Multivariat logistisk regresjon viste at fremtidige selvmordsforsøk ble predikert av ung alder (justert odds ratio, aO.R. = 0,9), tidligere selvmordsforsøk (aO.R. = 1,8), suicidale tanker (aO.R. = 2,8), ikke bo sammen med både mor og far (aO.R. = 1,5), antall alkoholberuselser siste 12 måneder (aO.R. = 1,01), selvaktelse (5-delt skala) (aO.R. = 0,7), og tidlig pubertetstiming (aO.R. = 1,2 – 7-delt skala). Effekten av tidlig pubertetstiming var ulik for gutter og jenter: for jenter var det en lineær sammenheng, mens gutter som var sent ute og gutter som var tidlig ute hadde forhøyet risiko sammenliknet med gutter som kom inn i puberteten sammen med jevnaldrende.

Resultatene bekrefter at tidligere suicidal atferd og suicidale tanker er risikofaktorer for senere forsøk. Imidlertid var depresjon overraskende nok ikke en multivariat prediktor. Nøyere analyser viste at effekten av depresjon forsvant når en kontrollerte for suicidale tanker. En tolkning av dette er at kun depresjon som leder til tanker eller planer om å ta livet sitt er virksom. For ungdommer, særlig jenter, synes det å være tidlig fysisk moden å øke sannsynligheten for suicidalitet. Dette er i tråd med flere kryss-seksjonelle undersøkelser. Tidlig pubertet er assosiert med økning i andre risikofaktorer slik som depresjon, dårlig selvaktelse og alkoholbruk. Imidlertid er slike forhold kontrollert her. Det er derfor mulig at tidlig fysisk modning også virker gjennom forhold som ikke er kontrollert. Tidlig modning synes å påvirke konfliktnivået i familien og dette henger også sammen med økt seksuell aktivitet og kjæresteforhold. Konflikter med foreldre og brutte forhold er de to viktigste umiddelbart utløsende årsaker ved suicidalitet, og tidlig pubertet kan tenkes å virke gjennom en økning av slike proksimale risikofaktorer. Hva angår den økte risikoen hos gutter som var særlig sent ute, vet vi lite. Det kan tenkes at både sosial eksklusjon og mobbing (mobbe-ofre er typisk mindre fysisk sterke enn jevnaldrende) er virksomme.

2. Kjønnforskjeller. Forskjellen i selvmordsforsøk blant jenter og gutter var i tråd med det som i regelen blir rapportert fra vestlige undersøkelser: Prevalens i 1992: 10,4% hos jenter og 6,0% hos gutter, mens 3,3% av jentene hadde et forsøk i oppfølgingstiden mot 1,9% av guttene (Wichstrøm & Rossow, 2002). Kjønnforskjellen i tidligere forsøk ble signifikant re-

duert når graden av depressivt stemningsleie ble kontrollert, og den falt bort når spiseproblemer i tillegg ble kontrollert for. Kjønnforskjellen i fremtidige forsøk forsvant når følgende forhold ble tatt hensyn til: depressivt stemningsleie, tilfredshet med utseende, pubertetstiming, og romantisk selvbilde.

Disse funnene synes å harmonere med en kombinasjon av forklaringer som innebærer at gutter og jenter er eksponert for ulik grad av risikofaktorer og at det ligger en kjønnsspesifikk sosialisering bak den ulike eksponeringen. I første rekke er risikofaktorene knyttet opp mot betydningen av en perfekt og slank kropp koblet med store bryster hos jenter. Gjennom puberteten vil jenter på grunn av økningen i underhudsfett bli brakt lengre vekk fra det rådende kroppsideal. Et slikt ideal er nærmest fysisk umulig å oppnå. Dette betyr imidlertid ikke at jenter ikke prøver. En stor andel av jenter sier til en hver tid at de for tiden slanker seg. Dette betyr imidlertid samtidig at de fleste ikke lykkes. En følelse av mismot og håpløshet, som er tydelige kognitive risikofaktorer for suicidalitet, kan bli resultatet. Andre vil forsere slanking, men vil ende opp med overspising etter et slankeforsøk, med relativt vedvarende spiseproblemer som resultat. Spiseproblemer vil også øke sannsynligheten for senere selvmordsforsøk. Gutter, derimot, vil bli brakt nærmere sitt ideal ved økt lengdevekst og økt muskelmasse.

3. Seksuell orientering. I alt 6,5% rapporterte å ha hatt seksuell erfaring med en av samme kjønn (etter 12 års alder), 15,5% rapporterte at de ikke utelukkende var tiltrukket av personer av motsatt kjønn (20,9% av jentene og 8,6% av guttene) og 11,4% oppfattet sin seksuelle identitet som ikke utelukkende heteroseksuell (13,5% jenter og 8,9% gutter) (Wichstrøm & Hegna, i trykk). De aller fleste som rapporterte en ikke-heteroseksuell legning hadde et begrenset innslag av homoseksuell legning. Dersom man utelukker de som svarte bekreftende på at de var tiltrukket ”hovedsakelig av personer av motsatt kjønn, en sjelden gang av personer med samme kjønn”, var forekomsten hhv. 4,5% og 3,2%. Utelukkende homoseksuell tiltrekning og homoseksuell identitet ble rapportert hos hhv. 0,8% og 0,5%. Kun homoseksuelle erfaringer (a.O.R. = 4,7) var prediktor for noen gang å ha forsøkt å ta sitt eget liv når slike forsøk ble undersøkt multivariat sammen med seksuell tiltrekning og seksuell identitet. For forsøk som daterte etter første homoseksuelle erfaring var det kun en økt risiko for jenter (O.R. = 5,9). Effekten av seksuell orientering ble ikke redusert selv om lang rekke potensielle medierende eller konfunderende faktorer ble kontrollert.

Selv om holdningene til homoseksualitet og homoseksuelle sakte synes å endres mot større akseptering i Norge, er homoseksualitet fremdeles en risikofaktor for psykiske lidelser, her representert ved suicidal atferd. Muligens er homoseksualitet særlig vanskelig å hankses med for ungdommer. I utgangspunktet vil alle få en tilskrevet identitet som heteroseksuell. Mye av

det ungdommelige identitetsarbeidet finner sted i slutten av tenårene og inn i den formelle voksenalderen. Mange unge med gryende homoerotiske følelser må slåss mot internalisert homofobi og spørsmål rundt egen seksualitet kan komme på toppen av en ikke-avklart identitet. Mens de fleste heteroseksuelle følger et mer eller mindre fastlagt løp med pardannelse, kjønnsrollefordeling og stifting av familie, finnes det få tydelige homofile og lesbiske rollemodeller og skript. Slik sett blir veien for homofile langt mer til mens de går. Håpløshet og frykt for framtida kan bli resultatet, noe som er kjente risikofaktorer for suicidalitet.

Homoseksuell erfaring, men ikke tiltrekning og identitet, var multivariat prediktiv for senere selvmordsforsøk. For de aller fleste som rapporterte en form for ikke-heteroseksuell tiltrekning eller identitet bestod dette i en biseksualitet med basis i en hovedsakelig heteroseksuell identitet/tiltrekning. Så lenge dette er på det tankemessige eller følelsesmessige planet kan presset mot å endre oppfatning av seg selv og sitt fremtidige liv være begrenset. Reelle erfaringer, derimot, kan ha mer status som et sosialt faktum, i det minste mellom personen og hennes eller hans partner. Dette kan øke trykket for å ta et standpunkt til egen seksualitet eller kreve fortolkning fra den unge som kan være en psykisk belastning.

At homoseksuelle erfaringer kun var prediktivt for jenters fremtidige suicidalitet kan skyldes et artefakt av datainnsamlingstidspunkt og ulik debutalder for gutter og jenter. Gutter som debuterer med seksuell kontakt med en av samme kjønn gjør dette 3 år tidligere enn jenter. Dersom man forventer at risikoen for suicidal atferd minsker gradvis etter denne seksuelle erfaringen, kan gutter ha passert sin største risiko for suicidalitet ved t2, mens jenter har hovedtyngden av sin risiko i oppfølgingsperioden mellom t2 og t3.

AVSLUTNING

Ung i Norge har gitt store mengder verdifull informasjon om så vel den normative utvikling hos unge mennesker som informasjon om forekomst, forløp og risikoforhold for utvikling av problematferd og emosjonelle forstyrrelser. Dette er informasjon som ikke har

funnes tidligere her til lands. Slik kunnskap er også sjelden internasjonalt. Et sett av risikofaktorer som går igjen på tvers av ulike emosjonelle forstyrrelser er betydningen av kropp og utseende. Misfornøydhet med kropp og utseende er prediktor for så vel depresjon som for suicidal atferd og depressivt stemningsleie. Det er også et sterkt korrelat til spiseproblemer. Det siste forholdet kan være av mer triviell karakter, da slik misfornøydhet vil ligge tett opp til aspekter ved diagnostiske kriterier for spiseforstyrrelser. Sentraliteten til utseende for ungdommer understrekes av at korrelasjonen mellom generell selvaktelse og vurdering av eget utseende er meget høy, nemlig $r = 0,75$, ikke justert for målefeil (Wichstrøm, 1999). Vurdering av eget utseende er det aspektet ved selvbilde som forklarer den alt overveiende delen av variasjonen i generelt selvbilde (Wichstrøm, 1998). Hvorvidt dette er uttrykk for en kausal sammenheng eller ikke, og hvilken retning i så fall kausaliteten går, er ikke klarlagt. Muligens har utseendets betydning for unge mennesker økt, i takt med den generelle visualisering og eksponering for modeller med "perfekte" kropper i media. En pekepinn om en slik utvikling kommer fra studiet av ungdommers idoler. Vi spurte de unge hvem de unge gjerne ville likne. De hyppigste svarene var "ingen spesiell" eller "meg selv". Noen anga imidlertid klassiske idoler. De hyppigste var Mona Grut, Cindy Crawford, Julia Roberts og Arnold Schwarzenegger (1992). For øvrig ble listen dominert av pop- og rockemusikere med utseendet med seg. Av i overkant 12 000 var det én som anga Gro Harlem Brundtland, og andre personer som hadde utmerket seg ved innsats eller ideer, var likeledes meget sjeldne. En tilsvarende atferdsepideologisk undersøkelse ble gjort av Reimers i begynnelsen av forrige århundre og da var det for det første langt flere som identifiserte idoler, og svarene var dominert av personer som hadde uttrett noe eller sto for noe idemessig som "Nansen", "Jesus", "mor", læreren eller romanfigurer som "Gunnar fra Lidarende" (Stårå & Teigen, 1991). Hvorvidt det fremdeles pågår en slik dreining mot det kroppslige kan vi få et bedre bilde av gjennom en gjentakelse av Ung i Norge hvor datainnsamlingen nylig er avsluttet. Nye oppfølginger av de opprinnelige kohortene i Ung i Norge vil i tillegg kunne gi informasjon om utviklingen av disse vanskene inn i voksen alder.

REFERANSER

- Bille-Brahe U, Kerkhof A, De Leo D, Schmidtke A, Crepet P, Lönnqvist J, Michel K, Salander-Renberg E, Stiles TC, Wasserman D, Aagaard B, Egebo H, Jensen B. A repetition-prediction study of European parasuicide populations: a summary of the first report from Part II of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide in co-operation with the EC Concerted Action on Attempted Suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1997; **95**: 81-86.
- Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics* 2001; **107**: 485-493.
- Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998; **28**: 1-23.

- Fergusson DM, Lynskey MT. Suicide attempts and suicidal ideation in a birth cohort of 16-year-old New Zealanders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; **34**: 1308-1317.
- Garfinkel PE, Newman A. The eating attitudes test: twenty-five years later. *Eating Weight Disord* 2001; **6**: 1-24.
- Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982; **12**: 871-878.
- Hegna K, Wichstrøm L. Suicide attempt in gay and lesbian youth: general and specific risk factors. *Suicide Life Threat Behav* (i trykk).
- Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender difference in depression during adolescence. *Psychol Bull* 1994; **115**: 424-443.
- Kandel DB, Davies M. Epidemiology of depressed mood in adolescents. An empirical study. *Arch Gen Psychiatry* 1982; **39**: 1205-1212.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial risk factors for future suicide attempts. *J Consult Clin Psychol* 1994; **62**: 297-305.
- Reifman A, Windle M. Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support: A longitudinal investigation. *Am J Community Psychol* 1995; **23**: 329-354.
- Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, et al. Early psychosocial risk for adolescent suicidal ideation and attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; **34**: 599-611.
- Stice E, Killen JD, Hayward C, Taylor CB. Support for the continuity hypothesis of bulimic pathology. *J Consult Clin Psychol* 1998; **66**: 784-790.
- Stårå, Teigen KH. Hvem vil du helst ligne. *Tidsskr Nor Psykologiforen* 1991; **28**: 21-26.
- Wichstrøm L. Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. *Psychol Med* 1995; **25**: 567-579.
- Wichstrøm L. The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Dev Psychol* 1999; **35**: 232-245.
- Wichstrøm L. Self-concept development in adolescence: Do American truths hold for Norwegians? I: Skoe E, von der Lippe A, eds. *Personality development in adolescence. A cross national and lifespan perspective*. London: Routledge, 1998: 98-122.
- Wichstrøm L. Psychological and behavioral factors unproductive of disordered eating. A prospective study of the general adolescent population in Norway. *Int J Eating Disord* 2000; **28**: 33-42.
- Wichstrøm L. Predictors of adolescent suicide attempts. A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; **39**: 603-610.
- Wichstrøm L, Hegna K. Sexual orientation and suicide attempt. A longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *J Abnorm Psychol* (i trykk).
- Wichstrøm L, Rossow I. Explaining the gender difference in self-reported suicide attempts. A nationally representative study of Norwegian adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2002; **32**: 101-116.