Familien og selvmordsatferd: Noen hovedtrekk fra forskningen

Ved Mette Ystgaard

I denne artikkelen vil vi se på forskning som kan kaste lys over familiens rolle i selvmordsprosessen. For noen blir grunnlaget for senere selvmordsrisiko lagt allerede i barneårene. For andre kan prosessen ha et kortere forløp og være nærmere forbundet med psykiske problemer og store livsbelastninger i voksen alder.

Enhver selvmordsprosess er individuell, og enhver familie har sitt eget særpreg og sin egen dynamikk. Forskningen vil først og fremst kunne peke på noen av de generelle forhold som medvirker i selvmordsprosessen og som er felles for flere, enten som risiko- eller beskyttelsesfaktor. Vi avgrenser oss her til å se på forhold innen familien. Det er derfor viktig å minne om at familieforholdene igjen må forstås i lys av overføringer fra tidligere generasjoner og den sosiale og kulturelle sammenhengen familien befinner seg i.

Barndom og sårbarhet

Den psykoanalytiske hypotesen om tap av foreldre i tidlige barneår som årsak til depresjon og selvmord, førte tidlig til en omfattende forskning (Bowlby 1969). Bare innen det suicidologiske feltet har vi siden annen verdenskrig mer enn 30 undersøkelser. Ut fra en samlet vurdering av disse kan vi slå fast at det er en sammenheng mellom tap av foreldre i barndommen og senere selvmord og selvmordsforsøk (Adams 1990). Det være seg om tapet skyldes dødsfall, skilsmisse eller langvarig fravær i forbindelse med arbeid eller sykehusopphold. Og konklusjonen er den samme enten en anvender psykiatriske pasienter eller normalbefolkningen som kontrollgruppe.

Etter hvert har en også studert betydningen av en rekke andre antatte sårbar-

hetsfaktorer. Vi har i dag undersøkelser som viser bl.a. økt forekomst av selvmordsatferd hos ungdom og voksne som har vokst opp i familier med alkohol- eller stoffmisbruk, familiekonflikter, psykiske lidelser og selvmordsforsøk blant familiedømmer (Brent et al 1994, Pfeffer et al 1998), og seksuelle og fysiske overgrep (Coll et al 1998).

Det er viktig å merke seg at disse studiene påviser korrelasjoner eller *sammenhenger* mellom ulike oppvekstforhold og senere suicidalitet. Det er knyttet mange ubesvarte spørsmål til hva disse korrelasjonene faktisk er et uttrykk for. Ta f.eks. tap av foreldre i barneårene. Er det slik at også andre risikoforhold er med å prege oppveksten? Er fraværet eller tapet f.eks. forbundet med tap av omsorg, konflikter mellom foreldrene eller dårlig økonomi? Adam og medarbeidere (1982) belyser denne problemstillingen, og påviser at 92 % av de suicidale som hadde tapsopplevelser i barneårene i tillegg hadde en ustabil og til dels kaotisk oppvekst, sammenlignet med 40 % i kontrollgruppen. Mye tyder således på at det ikke er selve tapet, men andre problemer og påkjenninger som kommer i tillegg som øker risikoen. Vi vet også at dersom barnets behov for trygghet og omsorg blir ivaretatt gir ikke slike tapsopplevelser senere skader (se Barndom og beskyttelse s. 9)

Fra den kliniske hverdagen vet vi at risikofaktorer sjelden inntreffer som isolerte fenomener. I familier med alkoholproblemer er sjansen større for omsorgssvikt, og kanskje for vold mellom foreldre. Og dersom et familiemedlem har en psykisk lidelse, gjør selvmordsforsøk eller begår selvmord, vil familien ofte også streve med andre problemer. Litteraturen viser da også at det særlig er når familien har multiple problemer, og barnets behov for omsorg, bekreftelse, struktur og forutsigbarhet ikke blir imøtekommet, at risikoen for senere selvmordsatferd øker. Men er det likevel noen hendelser, eller kombinasjoner av hendelser, som mer enn andre er risikoskapende?

Den smertefulle oppveksten

Å belyse slike problemstillinger forutsetter at en studerer sammenhenger og samspill mellom de forskjellige risikofaktorene. Foreløpig har vi ikke mye suicidologisk forskning som gjør det. Og det er ikke mulig på bakgrunn av det vi vet i dag å skille mellom de barndomsopplevelsene som gir økt sårbarhet for selvmordsatferd og de som disponerer for andre alvorlige problemer og lidelser. En av de grundigste studiene på dette området er gjennomført av Bifulco og medarbeidere. De er særlig opptatt av utvikling av alvorlig depresjon. Basert på et omfattende semistrukturert intervju "Childhood Experience of Care and Abuse" (CECA) har de kartlagt alle oppvekstforhold som kan tenkes å gi en økt sjanse for depresjon i voksen alder. De konkluderer med at det først og fremst er "den smertefulle oppveksten" kjennetegnet ved enten grov omsorgssvikt eller alvorlige fysiske eller seksuelle overgrep som øker risikoen.

Andre forhold som psykisk lidelse hos foreldre, tap av foreldre, alkoholmisbruk og fattigdom, hadde ikke slike konsekvenser på lengre sikt dersom barnet ikke var utsatt for enten grove overgrep eller omsorgssvikt (Bifulco & Moran 1998).

Også innen suicidologien har en ved å studere "konkurrerende" risikofaktorer påvist at fysiske og seksuelle overgrep og grov omsorgssvikt i barneårene er sterke risikofaktorer (Wiederman et al 1998). Dette har ført til at man har sett mer detaljert på sammenhenger mellom graden av overgrep (hva som faktisk skjedde, hvor ofte, hvor nært forhold til overgriper og hvor tidlig overgrepene startet) og selvmordsatferd. Resultatene viser at suicidale som gjør gjentatte selvmordsforsøk, har vært utsatt for flere og alvorligere overgrep enn selvmordsforsøkere som ikke kjennetegnes ved et slikt repeterende selvskadende mønster (Coll et al 1998). Van der Kolk og medarbeidere (1991) nyanserer dette bildet ytterligere. De viser at mens fysisk og seksuell mishandling øker sjansen for selvmordsatferd, er det i

kombinasjon med alvorlig omsorgssvikt at en særlig finner repeterende selvskading.

Hvordan kan vi forklare sammenhengen mellom slike smertefulle oppvekstforhold og senere selvmordsatferd? Alvorlig omsorgssvikt eller gjentatte overgrep gir barnet en opplevelse av å være uten egenverd. Dessuten skaper slike situasjoner preget av maktmisbruk og kaos en følelse av hjelpeløshet og maktesløshet hos barnet, og gir det små muligheter for å lære seg gode og offensive mestringsstrategier. Når barnet heller ikke får hjelp og støtte fra noen i omgivelsene, mister det tilliten til at det er mulig å få hjelp. Og slik dannes en beredskap, som det mishandlede og sviktede barnet bringer med seg til senere relasjoner. Ingebjørg Hestetun ser nærmere på de psykologiske prosessene som kan forklare sammenhengen mellom seksuelle overgrep og selvmordsatferd på s. 13 ff i dette nr. av tidsskriftet.

Barndom og beskyttelse

Mange barn klarer seg bra til tross for vanskelige og ofte kaotiske oppvekstforhold. Hva kommer dette av? For det første har de gjerne hatt en person som har trodd på dem og støttet dem; en bestemor i nabohuset som var til stede, eller en eldre søster som passet på og tok affære. Andre har hatt en oppgave som har gitt dem en opplevelse av egenverd og av at livet deres har mening. Eller de har funnet måter å takle traumene på ved f. eks. idrett, musikk, eller ved å skrive. De har med andre ord greid å bevare en tillit til at de er noe verd, og tillit til at de kan få hjelp fra andre dersom de har behov for det. Slike erfaringer i barneårene lindrer smerten der og da, gir motstandskraft og øker sjansene for positive prosesser ved senere traumer og hendelser.

Garmezy (1985) er en av de forskerne som har vært særlig opptatt av oppvekstbetingelser som fremmer motstandskraft og tilpasningsevne. Han fremhever tre forhold:

- 1) en opplevelse av autonomi og kontroll og livet som forutsigbart og hovedsakelig positivt
- 2) et familieklima med samhold og varme
- 3) tilgjengelighet og evne til å benytte seg av ytre støtte og ressurser.

Til tross for at vi her kan få viktig kunnskap for forebyggende arbeid, er slike beskyttelsesfaktorer langt sjeldnere fokusert i selvmordsforskningen enn risikofaktorene. I den grad de er studert, bekrefter de at familien har en vesentlig beskyttende funksjon: Tap av foreldre i tidlige barneår øker ikke risikoen for selvmord dersom familiens beskyttende kvaliteter opprettholdes og barnets behov for omsorg og støtte blir ivarettatt (Adam 1982). Likedan beskytter støtte og omsorg fra familied medlemmer det seksuelt misbrukte barnet mot senere selvmordsatferd (Pharris et al 1997).

Stressorer i tiden før selvmordskrisen

På hvilke måter kan så familien spille en rolle senere i livet, i tiden nærmere selvmordshandlingen? La oss først slå fast at både negative livshendelser og vedvarende ytre påkjenninger i året før selvmordshandlingen er sentrale risikofaktorer, og risikoen øker desto flere påkjenninger en er utsatt for (Heikkinen et al 1993).

Mange av disse livshendelsene gjelder forholdet til familien, våre nærmeste, de vi er mest glad i, knyttet til og avhengige av. Tap av samlivspartner, brudd med kjæreste eller store konflikter i samlivsforhold er blant de vanligste livspåkjenningene i året før en selvmordshandling, både i tenårene og i voksen alder (Heikkinen et al 1993, Grøholt et al 1998). Når det gjelder tap av ens nærmeste, kan det se ut som om menn er særlig utsatt for økt selvmordsfare. I en grundig undersøkelse av Bunch (1972) ble det påvist at menn som hadde tatt livet av seg, hadde fem ganger så mange tap av ektefelle eller mødre som en tilsvarende gruppe menn i befolkningen.

Men mange ganger ligger hovedtyngden av problemene på andre livsarenaer. Alle tapsopplevelser eller hendelser som truer selvfølelse og egenverd, tilhørighet og trygghet, kan øke selvmordsfaren under gitte omstendigheter. For unge suicidale handler dette ofte om problemer i forhold til identitet, seksualitet, skole og prestasjonspress. Og blant eldre vet vi at både tap av arbeid, medbestemmelse, aktelse og helse kan stå sentralt når livsmotet svikter. Men også i slike situasjoner, der stresset først og fremst har sitt utspring i andre arenaer, vil det ofte være slik at hendelser i forholdet til våre nærmeste kan tilskynde prosessen eller være den utløsende faktor. Det er oftest en krangel, en sårende eller krenkende hendelse, noen ganger i forhold til arbeidskamerat eller lærer, men oftest i forhold til vår nærmeste familie, som utløser selve selvmordshandlingen (Marttunen et al 1993, Grøholt et al 1998).

Det er et komplisert samspill mellom ytre livspåkjenninger og indre prosesser som for noen fører til selvmordshandlinger. I noen tilfeller vil reaksjonen på en aktuell hendelse være nært forbundet med hendelser en har vært utsatt for tidligere i livet. Da åpnes gamle sår, og tidligere følelser og reaksjonsmønstre aktiveres. Studier som ser på samspillet mellom aktuelle negative livshendelser i tiden før selvmordshandlingen og tidligere hendelser, bekrefter at mange av dem som har opplevd smertefulle tap av sine nære i året før selvmordshandlingen, bærer på traumatiske tapsopplevelser fra barneårene (Levi et al 1966).

Når problemer og konflikter i forholdet til våre nærmeste medvirker i selvmordsprosessen, er heller ikke det vanligvis et uttrykk for en enkeltstående eller forbigående konflikt. Ofte inngår den aktuelle episoden som et mer typisk og varig problem med å forholde seg til andre mennesker. Som vi har beskrevet tidligere, kan slike problemer med å forholde seg til andre ha sin rot helt tilbake i tidlige barndomsopplevelser.

Familien som ressurs

Hva slags oppbakking, hjelp og støtte vi får fra omgivelsene, er også av vesentlig betydning for hvordan vi takler aktuelle livspåkjenninger. At noen er der, prøver å se, skjønne, og forstå, kanskje gi praktisk hjelp og omsorg, kan i perioder være avgjørende for å fastholde livsmotet når våre egne mestringsressurser ikke lenger strekker til. Familie, venner, nabolag, skole og arbeidsplass er alle viktige arenaer for bekreftelse, opplevelse av tilhørighet og sosial støtte. Det er likevel slik at for de fleste står familien i en særstilling som støttende arena. Dette understøttes også av forskning innen det suicidologiske feltet. Opplevelse av samhold og støtte fra familien beskytter mot både selvmordstanker og -forsøk i ungdomsårene (Rubenstein et al 1989). Og støtte fra ektefelle eller annen nær fortrolig er den viktigste beskyttende faktor under større livspåkjenninger og kriser. Dette bekreftes også indirekte ved de mange undersøkelser som viser at enslige er mer risikoutsatte.

Når det gjelder å mobilisere familiens støttende ressurser i livskriser, står vi overfor viktige forebyggende oppgaver. Mange av våre største tap, problemer og savn er knyttet til forhold i familien. Ofte lider vi derfor doble tap. I tillegg til sorgen og fortvilelsen risikerer vi å samtidig miste oppbakking og støtte fra våre nærmeste. Ikke minst vet vi fra vår kliniske hverdag at når en i familien er i selvmordskrise, kan hele familien bli tappet for mot og overskudd. Støtte fra andre nettverksarenaer, avlastning og hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet og familierterapi kan her alle gi viktige bidrag til at familiemedlemmene gjenvinner sine egne beskyttende ressurser.

Vi står også overfor spesielle utfordringer når det gjelder å mobilisere sosial støtte til ungdom. I ungdomstiden utvides og endres de sosiale arenaene. Undersøkelser viser at mange ungdommer bærer store problemer alene, og når de betror seg, er dette først og fremst til venner og jevnaldrende. Dette gjelder også betroelser om alvorlige selvmordstanker og -forsøk. Foreldre eller andre voksne i ungdomsnærhet blir sjelden kontaktet selv når problemene er av en så alvorlig art.

I en fase der støtte fra familien kan være helt avgjørende, er foreldre med andre ord ofte uvitende om det de unge sliter med, og dermed også forhindret fra å hjelpe. Å etablere tiltak som hjelper de unge og deres foreldre med å finne det rommet og språket der de kan møtes og snakke sammen om det som plager dem, er en sentral forebyggende oppgave.

En avsluttende kommentar

Familien kan, som vi har sett, spille mange ulike roller i selvmordsprosessen - både i barneårene og i voksen alder. I noen tilfeller kan familien være den arena hvor smerten først oppstår, men også være vår viktigste arena for vekst, trøst og støtte. I et forebyggende perspektiv er det selvsagt helt sentralt å gi adekvat hjelp og behandling til barn og familier som opplever overgrep, omsorgssvikt og andre traumer som vi vet øker selvmordsfaren. Men kunnskap om slike smertefulle forhold må ikke føre til at vi glemmer betydningen av familiens ressurser og mange muligheter for å ha en sentral, beskyttende rolle i selvmordsprosessen.

Litteratur

- Adam KS. **Environmental, psychosocial, and psychoanalytic aspects of suicidal behavior.** I: Blumenthal SJ, Kupfer JK, red. **Suicide over the life cycle.** London: American Psychiatric Press, 1990
- Adam KS, Bouckoms A, Steiner D. **Parental loss and family stability in attempted suicide.** Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 1081-1085
- Bifulco A, Moran P. **Wednesday's child.** London: Routledge, 1998.
- Bowlby J. **Attachment and loss, Vol. 1. Attachment.** New York: Basic books, 1969
- Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. **Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study.** Acta Psychiatr Scand 1994; 89: 52-58
- Bunch J. **Recent bereavment in relation to suicide.** Journal of Psychosomatic Research 1972; 16: 361-366

Coll X, Law A, Tobias A, Hawton K. **Child sexual abuse in women who take overdoses: I. A study of prevalence and severity.** Archives of Suicide Research 1998; 4: 291-306

Garmezy N. **Stress-resistant children: The search for protective factors.** I: Stevenson JE, red. **Recent research in developmental psychopathology.** Oxford: Pergamon Press, 1985

Grøholt B, Ekeberg Ø, Wichstrøm L, Haldorsen T. **Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37: 473-481

Heikkinen M, Hillevi A, Lönnqvist J. **Life events and social support in suicide.** Suicide and Life-Threatening Behavior 1993; 23: 343-358

Hestetun I. **Seksuell traumatisering av barn og selvmordsatferd.** Suicidologi 1999; 4(2): 13-15

Levi LD, Fales CH, Stein M, et al: **Separation and attempted suicide.** Arch Gen Psychiatry 1966; 15: 158-164

Marttunen MJ, Hillevi A, Lönnqvist J. **Precipitant stressors in adolescent suicide.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 1178-1183

Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T. **Suicidal children grow up: Relations between family psychopathology and adolescents' lifetime suicidal behavior.** J of Nervous and Mental Disease 1998; 186: 269-275

Pharris MD, Resnick MD, Blum RW. **Protecting against hopelessness and suicidality in sexually abused indian adolescents.** J of Adolescent Health 1997; 21: 400-406

Rubenstein JL, Heeren T, Housman D, et al. **Suicidal behavior in "normal" adolescents: risk and protective factors.** American Journal of Orthopsychiatry 1989; 59: 59-71

Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. **Childhood origins of self-destructive behavior.** Am J Psychiatry 1991; 148: 1665-71

Wiederman MW, Sansone RA, Sansone LA. **History of trauma and attempted suicide among women in a primary care setting.** Violence and Victims 1998; 13: 3-9

Ystgaard M, Tambs K, Dalgard, OS. **Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: a longitudinal study.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999; 34: 12-19

Mette Ystgaard er cand paed og forsker ved Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, og har mangeårig erfaring fra pp-tjenesten. Hennes forskning er særlig konsentrert om selvmordsatferd i et stressmestringsperspektiv.