

Hvorfor misforstås forskning om selvmord?



ILLUSTRASJON Åshild Irgens

Forskningen om selvmord har gitt oss et overveldende statistisk materiale. Det kan man bli klok av – om statistikken forstås rett.

TEKST

Kim Larsen

TEKST

Karl Halvor Teigen

PUBLISERT 5. juli 2015

EMNER

Selvmord

Selvmondsstatistikk

Risikofaktorer

Selvmord som fenomen er like mangfoldig som det er sjeldent. Det er ingen enkelt grunn til selvmord. Årsakene finnes i spekteret fra genetik og biologi, via psykologi og sosiologi, til kultur og filosofi. Det betyr at en bør sky forenklede årsaksslutninger og faglig dogmatikk. Selvmord er (heldigvis) også et lavfrekvent fenomen. Begge disse kjerneegenskaper gjør selvmord særdeles vanskelig å forske på. Samtidig er det lett å trekke forhastede slutninger når en leser faglitteratur om selvmord, og når suicidologisk forskning refereres i media. Disse kan gi næring til hardnakkede myter om selvmord og komme i veien for forebyggende tiltak. Hensikten med denne teksten

er å gjøre oppmerksom på noen av hovedgrunnene til slike feiltolkninger og misforståelser som lett oppstår blant menigmann og noen ganger også blant profesjonelle.

«Selvmord er paradoksalt nok så lavfrekvent at man i lengden vil oppnå flest treff ved å predikere at de *aldri* inntreffer, selv i populasjoner hvor mange risikofaktorer er til stede»

Selvmondsstatistikk

Selvmondsstatistikk er nyttige. Men hvordan skal tallene fremstilles slik at de gir et riktig bilde?

Baudelot og Establet (2008) sammenlignet selvmordsdata for eldre menn i Frankrike med tilsvarende tall for yngre kvinner. For menn over 75 år er selvmordsraten 151 pr. 100 000, mot 2,6 for kvinner på 20 år. Altså en enorm forskjell! Men sannsynligheten for *ikke* å utføre selvmord tegner et annet bilde: Av 1000 menn over 75 år vil 998,5 ikke utføre selvmord, mot 999,9 av 1000 unge kvinner. Det er de samme data, men vinklet mot fravær i stedet for forekomst av selvmord, samtidig som nevneren i brøken er redusert fra 100 000 til 1000. Slik «reframing» av sjeldne begivenheter kan få store forskjeller til å fremstå som små, eller omvendt (Wong & Kwong, 2005).

Ett til to selvmord i året pr. 10 000 innbyggere i Norge virker kanskje ikke så alarmerende. Men til sammen over 500 selvmord på landsbasis virker straks mer bekymringsfullt. Kanskje er det verre å tenke på minst ett selvmord hver eneste dag!

Nå ser det ut til at folk er mer opptatt av tendenser enn av tallenes absolutte størrelser. Det er ikke godt å si om 500 er mye eller lite før vi har noe å sammenligne med. Først da blir tallene *vrderbare*, eller «evaluable», for å bruke et uttrykk fra bedømmingspsykologien (Hsee & Zhang, 2010). Vi kan sammenligne med andre land hvor tallene er større eller mindre. Vi kan også sammenligne med tidligere år, og bli alarmert hvis de nyeste tallene er høyere, og kanskje beroliget om de er lavere – nesten uansett om endringen er stor eller liten. Straks vi kan observere en endring, vil vi lete etter en forklaring på den. Interessant nok er det alltid det siste tallet vi prøver å finne en forklaring på (Teigen, 2004).

Når kan vi utelukke tilfeldighetene?

Hva skyldes forskjellen i antall selvmord fra ett år til et annet, eller fra ett sted til et annet, og har tiltak mot selvmord hatt en effekt? Om vi ser på tallene, kan vi bli slått av en «fordobling» fra fem til ti selvmord i et distrikt, eller av en vellykket nedgang fra to til null selvmord etter sikring av et utsprangssted (Reisch & Mischel, 2005). Men stopp litt! Er slike tendenser til å stole på? Som metodelæren tilsier, må vi først avklare om slike

forskjeller kan oppstå ved tilfeldigheter alene. Det er signifikanstestingens jobb. Dette er en prosedyre som har fått mye pepper, mest for hva den *ikke* sier, men god å ha som motvekt mot vår intuitive tro på «de små talls lov» (Tversky & Kahneman, 1971), dvs. den fristende tanken om at selv små utvalg gjenspeiler populasjonen i miniatyr. Fem til ti *kan* bety en reell endring, men er også forenlig med tilfeldige fluktasjoner. For å godtgjøre at endringene er stabile og signifikante, må de enten være veldig markante (f.eks. fra 5 til 15), eller dokumenteres med store utvalg. Her stiller selvmordsforskningen med et handicap fordi forekomsten er så liten. For å finne 100 selvmordsforsøk å studere vil man måtte trenge et utvalg på 20 000 personer fra den generelle befolkning (Nock, Borges & Ono, 2012). Reisch og Mischel (2005) kom frem til at det ville kreve minst 30 år å finne ut om sikringen av Münster terrasse (med gjennomsnittlig to selvmord i året) hadde noen effekt på selvmordstallene i Bern. Et par andre eksempler:

Perioden etter utskrivelse fra psykiatriske sykehus er en høyrisikoperiode i pasientkarrieren (Pirkis & Burgess, 1998). For å demonstrere en 15 % reduksjon i selvmord året etter utskrivelse må over 140 000 pasienter inkluderes i utvalget (Gunnell & Frankel, 1994). Det sier seg selv at denne type forskning blir uhåndterbar – en har simpelthen ikke 140 000 utskrevne pasienter å forske på. Den eneste måten å oppnå noe slikt på er i multisenterstudier. Men slike designer medfører andre problemer, som for eksempel forskjeller i registreringspraksis mellom ulike regioner.

En sammenligning av behandlingstiltak krever også overraskende store grupper. Hawton (2005) kom frem til at det ville trenge 647 selvskadere i en behandlingsgruppe og like mange i kontrollgruppen for å ha 80 % sjanse til å finne en signifikant reduksjon av tilbakefall fra 20 % til 14 %. Med mindre utvalg må man håpe på atskillig større forskjeller eller betydelig mer flaks.

Det er fristende å overtolke et tallmateriale som systematisk når det like gjerne kunne være tilfeldig. Det neste steget kan være å lete etter grunner til et fenomen som kanskje ikke eksisterer.

Forskning på samfunnsnivå

I media ser en ofte spekulasjoner om at en underliggende samfunnsmessig utvikling «skaper» flere selvmord, for eksempel finanskrisen og arbeidsledighet. Dette virker umiddelbart rimelig. Men når man studerer selvmordsratene i samfunn over tid, ser en oftere stabilitet enn fluktasjon. Eksempelvis er mange av de forskjellene mellom land og regioner som Durkheim fant i sin klassiske studie fra 1897, ennå til stede (Cantor, 2000). Årsakssammenhengen mellom slike samfunnsmessige faktorer og selvmordsraten er svært vanskelig å bevise. For det første er det snakk om korrelasjoner og ikke kausalitet. For det andre vil det i kompliserte sosiale systemer foreligge «konfunderende» faktorer, dvs. forhold som går parallelt med dem man fokuserer på, men som ikke får tilsvarende oppmerksomhet. Arbeidsledighet vil for eksempel forekomme sammen med andre ugunstige samfunnsforhold (fattigdom, kriminalitet),

etnisk bakgrunn kan handle om lav sosioøkonomisk status, og alder kan handle om dårlig helse.

I perestroika-perioden fra 1985 til 1987/1988 gikk selvmordsraten i Russland dramatisk ned med 40 % for menn og 20 % for kvinner (Wasserman & Värnik, 1998). Kanskje bidro fremtidsoptimismen og håpet om et åpnere samfunn. Men viktigere var en drastisk regulering av tilgangen på alkohol (som senere ble reversert). Det er liten tvil om at nedgangen i selvmord i denne perioden kan tilskrives et redusert alkoholkonsum. Eller sagt på en annen måte: De tidligere høye selvmordstallene hang sammen med det overdrevne alkoholforbruket.

Risikofaktorer

Risikofaktorene for selvmord er fremkommet ved at en har studert et stort antall selvmord og funnet høyere sannsynlighet for selvmord i grupper hvor disse faktorene er til stede, enn i populasjonen for øvrig. Man vet på denne måten mye om selvmordsraten i *populasjoner*, men ikke hvilke *individer* som kommer til å utføre selvmord (Motto & Brostrom, 1990). Men slutninger fra populasjonsnivå til individnivå innebærer et logisk sprang. Det betyr ikke at data fra grupper er irrelevante, men de må tolkes probabilistisk fremfor kausalt. Selvmord er paradoksalt nok så lavfrekvent at man i lengden vil oppnå flest treff ved å predikere at de *aldri* inntreffer, selv i populasjoner hvor mange risikofaktorer er til stede (Kapur, 2000).

I suicidologien blir «risikofaktorer» benyttet i mange forskjellige betydninger som kan antas å stå i varierende logisk og kausal nærhet til selvmordet (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007). Eksempler på begreper er umiddelbar («immediate») årsak vs. sårbarhetsfaktorer, nødvendige vs. tilstrekkelige betingelser, utløsende vs. predisponerende årsaker, «triggere» vs. «markører» (forhold som ofte opptrer sammen med en sykdom uten å være kausalt relatert til den).

For enkelhets skyld kan vi skille mellom to kategorier av risikofaktorer: de *demografiske* eller statistiske på den ene siden og de *kliniske* eller forandringssensitive på den andre. Den første kategorien omfatter forhold ved pasienten som er (relativt) konstante: kjønn, alder, sivilstatus, sosial klasse, etc., mens den andre kategorien omfatter forhold som kan endre seg, til dels meget raskt: angst, motorisk uro, impulsivitet, følelse av håpløshet, etc. De kliniske risikofaktorene står også i et mer umiddelbart kausalforhold til selvmord og selvmordsforsøk enn de statistiske risikofaktorene. De kliniske risikofaktorene er således viktigere å kartlegge enn de demografiske, som har mer karakter av å være markører.

Klinisk versus statistisk prediksjon

Samfunnet venter ofte at fagfolk i psykiatri og psykologi skal kunne predikere fremtidig atferd. Kjente eksempler er «faren for gjentakelse» i rettspsykiatriske sakkyndighetsuttalelser og sannsynligheten for at et gitt atferdstilstand er «både nødvendig og hensiktsmessig» i arbeidspsykologiske uttalelser. Slike vurderinger skal

også inneholde en avveining mellom hensynet til individet og hensynet til samfunnet (Larsen, 2009).

Her kan forskning om risikofaktorer danne et utgangspunkt. Men denne sier, som vi har sett, lite om enkeltindividet. Forskningen viser ganske riktig at den såkalte *aktuariske* (statistiske) prediksjon er lite å stole på i enkeltsaker. Talsmenn for klinisk psykologi og psykiatri har forståelig nok hevdet at en erfaren eksperts kliniske skjønn kan ta bedre hensyn til den enkeltes egenart og se mønstre som kan gi skreddersydde prediksjoner. Ved såkalt *klinisk* prediksjon kan en fagperson dra nytte av statistikken og i tillegg gjøre sine individuelle vurderinger tilpasset personen det gjelder. En slik mer omfattende vurdering må vel være bedre enn en som kun baserer seg på statistikk? Sjokkerende nok har de individuelle vurderingene vist seg å gjøre vondt verre. Dette er en av de best dokumenterte funn i ekspertpsykologien siden Meehl (1954) kom ut med sin «plagsomme lille bok» (som han selv kalte den) om kliniske versus statistiske prediksjoner for mer enn 60 år siden. Selv tenkte han at de statistiske opplysningene kunne være et «gulv» som kliniske vurderinger kunne bygge videre på. Men gulvet viste seg å være et «tak» for hva man kunne oppnå. Naturligvis mener de fleste fagfolk selv at deres kliniske vurderinger er langt overlegne en rent statistisk prediksjon (Montgomery, 2006). Sannsynligvis gjelder dette også vurderinger av selvmordsrisiko.

«Misforståelser kan skape myter om selvmord og føre til urealistiske forventninger både til forskningen og til forebyggende tiltak»

Det synes som folk flest, og også klinikere, bedømmer statistiske sannsynligheter og sannsynligheter for enkelttilfellet helt forskjellig. Berg og Teigen (2004) spurte kliniske psykologer hvor mange ut av 100 personer som snakker om å ta sitt liv, som faktisk vil gjøre et selvmordsforsøk. Klinikerne anslo dette til ca. 12 %. Men hva ville sannsynligheten være for en enkelt person hvor det forelå opplysninger «av negativ karakter og relativt alvorlige»? Her gikk sannsynligheten markant opp (til ca. 65 %). Naturligvis. Men hvis opplysningene man hadde innhentet, var «av positiv karakter og lite alvorlige», var klinikerne omtrent like bekymret. Sannsynligheten for at en slik pasient *ikke* ville forsøke selvmord, ble anslått til 29 %. Tar vi dette tallet bokstavelig, innebærer det 71 % selvmordsforsøk, altså minst like mange som i risikogruppen, men det er selvfølgelig mulig at noen hadde oversett det lille ordet «ikke». Uansett hadde enkeltindividet både i beste og verste fall en dårligere prognose enn gruppen som helhet.

Risikofaktorenes spesifisitet og sensitivitet

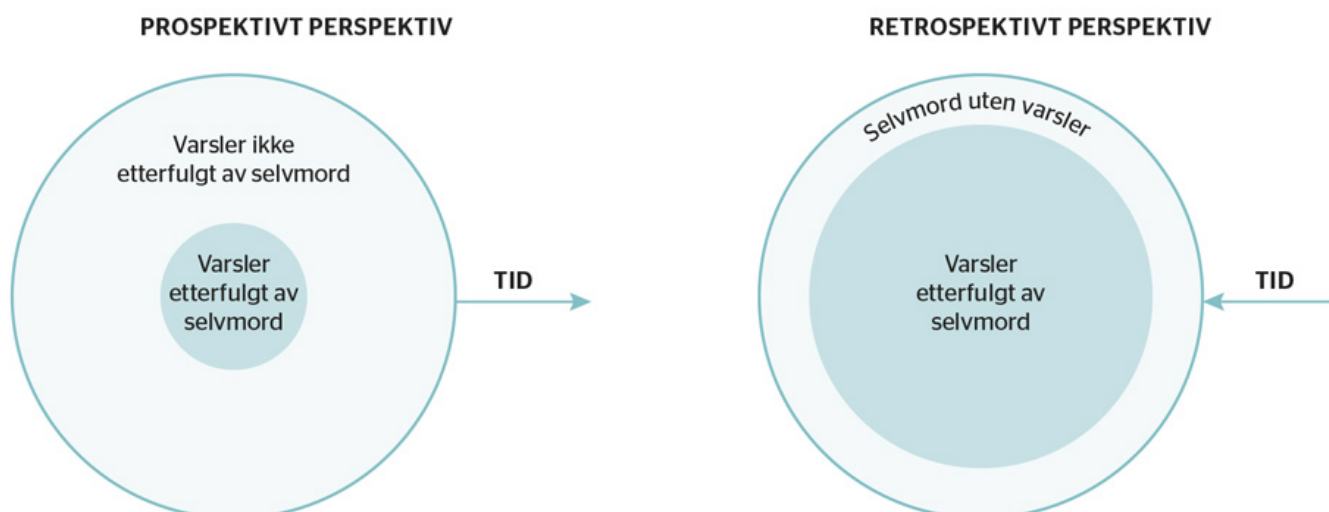
Risikofaktorene for selvmord gir lav treffsikkerhet. Mer nyansert kan en si at de både har lav spesifisitet og sensitivitet. Lav spesifisitet skaper «falske positive», dvs.

personer vi tror kan komme til å utføre selvmord, men som ikke gjør det. Lav sensitivitet skaper «falske negative», dvs. personer vi ikke tror vil komme til å utføre selvmord, men som likevel gjør det. Pokorny (1993) gjennomgikk journalene til 4800 pasienter ved Houston Veterans Administrations Hospital. Denne pasientgruppen hadde en spesielt høy selvmordsrate, på 279 pr. 100 000. Ved hjelp av risikofaktorene klarte Pokorny å identifisere 35 av 63 selvmordere. Dette høres ut som et akseptabelt resultat, helt til en innser at denne «treffsikkerheten» bare var mulig ved å plukke ut 1206 falske positive! Dersom Pokornys analyse skulle brukes til å forhindre selvmord, måtte tiltak settes i verk overfor til sammen 1241 personer for å fange opp de 35 selvmordskandidatene. Man må altså akseptere tiltak overfor svært mange pasienter for kanskje å redde noen få.

En tallfesting av dette forholdet kan en få ved å regne ut «numbers needed to treat» (NNT), dvs. hvor mange en må behandle for å forhindre ett selvmord i en utsatt gruppe. Det viser seg for eksempel at enkelte yrker har en forhøyet selvmordsrate. For å redusere forekomsten med 25 % hos en slik gruppe, kan det være nødvendig å sette i verk tiltak overfor 33 000 personer (Lewis, Hawton & Jones, 1997).

Prospektivt versus retrospektivt perspektiv

Sviktende prediksjon av selvmord er spesielt vanskelig å erkjenne når en i ettertid, etter at selvmordet er et faktum, leter etter årsaker, tegn og utløsende hendelser. Kierkegaards hjertesukk om at livet må forstås baklengs, men må leves forlengs, er sjelden mer treffende enn akkurat her. Selvmordstanker er en forløper for selvmordet. Samtidig er selvmordstanker svært utbredt og kan ha en terapeutisk og trøstende funksjon, noe som grovt begrenser deres prediksjonsverdi. Som Nietzsche bemerket: «Tanken på selvmord er en stor trøst; med den kan en komme seg velberget gjennom mang en tung natt» (Retterstøl, 2002, s. 114). Cioran (1974) skriver: «Uten muligheten for selvmord hadde jeg tatt livet av meg for lenge siden.» Hvor mange mennesker har ikke tenkt på muligheten av selvmord en eller annen gang i livet, men samtidig vært svært langt unna å gjøre det? Forekomsten av selvmordstanker hos ungdom i U.S.A. er anslått til 40–60 % (Rudd, 1989). Tilsvarende tall er funnet hos voksne (Ramsay & Bagley, 1985).



FIGUR 1 Mange varsler uten selvmord, få selvmord uten varsler (etter Shneidman, 1996, s. 56-57).

De fleste (ca. 70 %) av dem som utfører selvmord, gir signaler som i ettertid fremstår som varsler. Samtidig ender de fleste «varsler» *ikke* i selvmord. Forholdet fremgår av figur 1 (basert på Shneidman, 1996). Et prospektivt perspektiv viser et stort antall varsler (den store sirkelen) som bare unntaksvis følges av selvmord (den lille sirkelen). Fra et retrospektivt perspektiv blir sirklene nesten like store, idet de aller fleste selvmord er varslet. I lys av denne markante perspektivforskjellen er det ikke så rart at det kan oppstå motsetninger mellom personer som har et prospektivt perspektiv (leger, psykologer, miljøpersonale) og personer som har et retrospektivt perspektiv (pårørende, dagspressen). Et retrospektivt perspektiv kan få selvmord til å virke forutsigbare; 70 % ble jo tross alt «varslet». Men fra et prospektivt perspektiv er det like klart at de aller fleste av varslene er «falske alarmer». Den samme logikken gjelder også for de andre risikofaktorene for selvmord.

Et liknende bilde fremkommer dersom en undersøker hvilken kontakt personer som utfører selvmord, har hatt med helsevesenet (Pirkis & Burgess, 1998). Mange, særlig eldre, har hatt kontakt med fastlegen i tiden før selvmordet. En representativ kanadisk studie viste at hele 72 % av de over 66 år hadde hatt kontakt med fastlegen den nærmeste måneden før selvmordet, 45 % i den nærmeste uken (Juurlink, Herrmann, Szalai, Kopp & Redelmeier, 2004). Men selvmord var neppe et tema i alle disse konsultasjonene. Isometsä et al. (1995) gjennomgikk 571 selvmord i Finland hvor personen hadde hatt kontakt med hjelpeapparatet, og fant at selvmord bare hadde vært diskutert i 22 % av tilfellene. Det gjaldt også dem som hadde oppsøkt hjelpeapparatet samme dag selvmordet fant sted. Når så mange selvmordskandidater oppsøker lege, kan det synes opplagt at flere leger burde kunne fange opp faresignalene. Men da glemmer en at selvmord i seg selv er sjeldent. Dersom en ser det fra fastlegens perspektiv, vil en gjennomsnittlig fastlege oppleve ett selvmord blant sine pasienter hvert syvende til tiende år. Igjen – nåla i høystakken.

Henrik Wergeland prøvde å få selvmorderen til å ta tiden til hjelp, ved å minne om at «Dødens Arme staae jo altid aabne» (Mehlum, 2001). Heldigvis er det få som lar seg omfavne, og av svært ulike grunner. Misforståelser kan skape myter om selvmord og føre til urealistiske forventninger både til forskningen og til forebyggende tiltak.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 7, 2015, side 606-612

TEKST

Kim Larsen, psykologspesialist, Sykehuset Østfold og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging

TEKST

Karl Halvor Teigen, Professor emeritus, Universitetet i Oslo

KONTAKT: k.h.teigen@psykologi.uio.no

Referanser

- Baudelot, C. & Establet, R. (2008). *Suicide. The hidden side of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Berg, R. & Teigen, K. H. (2003). Det vil helst gå galt: Urealistisk pessimisme ved tenkte kliniske prediksjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 23-33.
- Cantor, C.H. (2000). Suicide in the western world. I K. Hawton & K. van Heeringen (red.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (s. 9-28). Chichester: John Wiley.
- Cioran, E. M. (1974). *The new Gods*. New York: Quandrangle Books.
- Gunnell, D. & Frankel, S. (1994). Prevention of suicide: aspirations and evidence. *British Medical Journal*, 308, 1227-1233.
- Hawton, K. (2005). Psychosocial treatments following attempted suicide: evidence to inform clinical practice. I K. Hawton (red.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice* (s.197-219). Oxford: Oxford University Press.
- Hsee, C. K., & Zhang, J. (2010). General evaluability theory. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 343-355.
- Isometsä, E.T., Heikkinen, M.E., Marttunen, M.J., Henriksson, M.M., Aro, H.M. & Lönnqvist, J.K. (1995). The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *American Journal of Psychiatry*, 152, 919-922.
- Juurink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J.P., Kopp, A. & Redelmeier, D.A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1179-1184.
- Kapur, N. (2000). Evaluating risks. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 399-406.
- Larsen, K. (2009). Rett person på rett plass. Psykologiske vurderinger av personlig egnethet i forhold til attføringstiltak. I P. Ø. Saksvik & K. Nytrø (red.). *Klinisk organisasjonspsykologi* (s. 311-326). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lewis, G., Hawton, K. & Jones, P. (1997). Strategies for preventing suicides. *British Journal of Psychiatry*, 171, 351-354.
- Meehl, P.E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the literature*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Mehlum, L. (2001). Henrik Wergeland om selvmord. *Suicidologi*, 6(3), 3.
- Montgomery, K. (2006). *How doctors think. Clinical judgement and the practice of medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Motto, J.A. & Brostrom, A. (1990). Empirical indicators of near-suicide risk. *Crisis*, 11, 52-59.
- Nock, M.K., Borges, G. & Ono, Y. (red.). (2012). *Suicide. Global perspectives from the WHO World Mental Health Survey*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pirkis, J. & Burgess, P. (1998). Suicide and recency of health care contacts: A systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 173, 462-474.
- Pokorny, A.D. (1993). Suicide prediction revisited. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 1-10.
- Ramsay, R. & Bagley, C. (1985). The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 15, 151-167.
- Reisch, T. & Michel, K. (2005). Securing a suicide hot spot: Effects of a safety net at the Bern Muenster Terrace. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 460-467.
- Retterstøl, N. (2002). *Selvmord - et personlig og samfunnsmessig problem*. Oslo: Gyldendal.
- Rudd, D. (1989). The prevalence of suicidal ideation among college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19, 173-183.

Shneidman, E.S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press.

Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, N.D., O'Carroll, P.W. & Joiner, T.E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 248-277.

Teigen, K. H. (2004). When the past becomes history: Effects of temporal order on the explanations of trends. *European Journal of Social Psychology*, 34, 191-206.

Tversky, A. & Kahneman, D. (1971). Belief in the law of small numbers. *Psychological Bulletin*, 76, 105-110.

Wasserman, D. & Värnik, A. (1998). Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 98, 1-4.