

UNGES SELVSKADENDE ADFÆRD 2000-2015 OG MULIGHEDER FOR FOREBYGGELSE

Af Lilian Zöllner¹

1. Indledning

Siden år 2000 har der været fokus på unges selvskadende adfærd. Denne artikel retter fokus mod den viden, der er om problemet og de vanskeligheder, der er forbundet med at definere selvmord, selvmordsforsøg og selvskade. Efterfølgende fremlægges data om problemets omfang, hvorefter fokus rettes mod risikofaktorer og beskyttende faktorer for selvskadende adfærd. De forskningsmæssige udfordringer nævnes, hvorefter overvejelser om forebyggelse fremlægges, før artiklen afsluttes med forslag til det videre arbejde.

2. Viden om problemet

Vi ved det godt, og vi har vidst det i mange år. Vi kan ikke påstå, at det kommer bag på os, at en del unge i Danmark er sårbare, skader sig selv eller begår selvmord. Det er blevet sagt højt igen og igen i pressen, i medier, i rapporter og i forskningsartikler. Hver gang, der er kommet en ny rapport, har vi undret os over, at unge i Danmark – i dette trygge land med de ordnede forhold og en lykkelig befolkning – ikke kan finde livshåbet og livsmodet. Vi voksne har jo indrettet samfundet så godt. De unge sulter ikke, de fleste har deres eget værelse, de har gode muligheder for uddannelse, de får SU, og de har materielle goder i form af tøj, iPhones og iPads.

Selvmod, selvmordsforsøg og selvskade blandt unge er ikke et nyt fænomen, men problemet er blevet mere komplekst med tiden. Vi har fået mere viden om omfanget af den selvskadende adfærd end tidligere, men denne viden skal ses i forhold til den kulturelle forandring, der er sket gennem de seneste 15 år. Samtalerne og samværet har forandret sig. De børn, som vokser op i dag, er fra helt små vant til at håndtere sociale medier og

1 Lilian Zöllner, Ph.D. i religion, har siden 2001 været leder af Center for Selvmordsforskning. Har før 2001 forsket i unges holdninger til etiske spørgsmål om liv og død og unges holdninger til moral.

anvende dem. De kommunikerer på Facebook, Instagram, Snapchat og Twitter. De er på Skype uden nødvendigvis at kommunikere. De "ser" hinanden. Men når livshåbet og livsmodet svigter, og de alvorlige selvmordstanker melder sig, forstummer samtalen.

Alle voksne har mulighed for at få viden om omfanget og alvoren i dette problem. Der har været fokus på det i de sidste 15 år, og der er både i danske og internationale rapporter og tidsskrifter skrevet om unges selvskadende adfærd. I medierne er der blevet fremlagt fakta om problemet ud fra forskellige vinkler, og der har været en række radio- og tv-udsendelser om unges selvskadende adfærd.

Af resultater fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2000 (Kjøller & Rasmussen, 2002) fremgår det, at næsten 20 % de 16-29-årige har overvejet at begå selvmord inden for det seneste år. I år 2000 blev unges livsstil og dagligdag undersøgt i et samarbejde mellem Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen, og resultaterne viser, at 36 % af de unge i 16-21-årsalderen føler, at de har personlige problemer, der gør det vanskeligt at klare dagligdagen (Nielsen et al., 2002). I 2002 blev stigningen af selvmordsforsøg i årene 1995-2000 blandt danske unge i 15-19-årsalderen beskrevet sammen med resultaterne af en undersøgelse om unges mistroivsel og selvmordstanker og -adfærd (Zöllner, 2002b). En artikel om selvmordsforsøg blandt unge (Christiansen, 2015) afdækker, at der i årene 1994-2005 har været en stigning i raterne over selvmordsforsøg blandt unge i alderen 10-21 år, og der er en højere incidensrate for piger og de ældste unge i aldersgruppen. I 2015 viste en spørgeskemaundersøgelse blandt de 13-19-årige (Zöllner, 2015), at 27 % af de unge alvorligt har overvejet at skade sig selv uden at gennemføre det. I alt 17 % har skadet sig selv, og den selvskadende adfærd ses især blandt pigerne, hvor hver fjerde har prøvet at skade sig selv. Blandt drengene er der 8 %, der har skadet sig selv.

Internationalt har problemet også været fremlagt. I 2009 udsendte WHO en rapport om unges helbred. Heraf fremgår det, at selvmord er en af de tre mest almindelige dødsårsager blandt unge i Europa. En oversigt over selvmordsraten i de forskellige lande (WHO, 2014) viser, at raten for aldersgruppen 15-29 år i 2012 var 5,7 i Danmark, 10,2 i Norge, 11,9 i Sverige og 18,8 i Finland. Der er ikke nogen entydige forklaringer på forskellene i selvmordsraterne i de nævnte nordiske lande.

WHO har ikke mulighed for at fremlægge tal for selvmordsforsøgsraten i de forskellige lande, da selvmordsforsøg ikke altid registreres. Danmark er det eneste land, hvor der er et register over selvmordsforsøg (Register for Selvmordsforsøg. Statistikbanken, Center for Selvmordsforskning). I de øvrige lande er der tal fra forskellige forskningsprojekter, som er gennemført i kommuner, regioner, på sygehuse eller på uddannelsesinstitutioner. WHO har i stedet set på, hvorvidt unge er tilfredse med livet. Blandt piger i aldersgruppen 11-15 år ses et fald i tilfredshed med livet i næsten alle europæiske lande. Endvidere påpeges det, at selvskade uden

intentioner om at dø er blevet mere almindeligt blandt unge som en måde at regulere angst, depression, kedsomhed og følelsen af tomhed på (WHO, 2009).

Sammenfattende tegner der sig et billede af, at vi har viden om unges selvskadende adfærd, men samtidig er der usikkerhed og meget forskellige opfattelser af, hvad selvskadende adfærd dækker over.

3. Definitioner

I den faglitteratur, som beskæftiger sig med unges mistvivsel eller selvskadende adfærd, anvendes forskellige definitioner af begreberne, og såvel nationalt (Zøllner, 2002a, 2006; Møhl, 2005) som internationalt er der forvirring om definition og klassifikation (SBU, 2015). WHO (2014) peger i deres rapport på, at registrering af selvmord og selvmordsforsøg er kompliceret, og data fra forskellige lande kan være behæftede med fejl grundet forskellige registreringssystemer, mangel på data og andre forhold.

De kvantitative og de kvalitative danske og nordiske undersøgelser hviler ligeledes på forskellige definitioner, og det er derfor ikke muligt at sammenligne resultaterne i de forskellige lande.

3.1 Selvmord

WHO anvender en definition af begrebet selvmord, som i sig ikke rummer en etisk stillingtagen til, om handlingen er rigtig eller forkert, god eller ond. Der er snarere tale om en værdineutral forklaring på, hvori handlingen består, hvilken effekt handlingen har samt formålet med handlingen. Selvmord er ifølge WHO's definition følgende:

En handling med dødelig udgang, som afdøde, med viden eller forventning om et dødeligt udfald, havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den døde ønskede forandringer (som oversat af Sundhedsstyrelsen, 1998).

Sundhedsstyrelsens definition forudsætter ikke, at afdøde forud for sin handling havde et ønske om at dø, men kun at den afdøde skal have ønsket forandringer. Begrundelsen herfor er, at det kan være meget vanskeligt at fastslå, hvad den afdøde klart havde forestillet sig, resultatet af handlingen ville være. Derfor anvendes både begreberne viden og forventning.

WHO's definition og den danske definition er rensset for ethvert værdiladet udtryk, som kunne danne grundlag for etisk eller moralsk stillingtagen. Selvmord er ikke værdineutralt set i et samfundsperspektiv, men er tværtimod omgærdet af en lang række etiske overvejelser og moralske vurderinger. Dette bliver tydeligt, hvis man anvender andre begreber for menneskets ønske om at ville dø samt dets handlinger i forbindelse hermed.

3.2 Intentional Self-harm

Intentional Self-harm er en betegnelse, som anvendes i det internationale klassifikationssystem (ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders). Selvskade registreres under punkterne fra X60 til X84, hvor de første ni omfatter selvskade ved indtagelse af ikke-opioide smertestillende midler eller antireumatiske midler, mens de resterende 15 dækker selvskade ved brug af voldelige metoder (f.eks. brug af skydevåben, hængning).

Nævnte internationale klassifikationssystem anvendes også i Danmark om de personer, som indbringes til sygehus efter forsøg på selvmord, f.eks. ved at skære sig selv i pulsåren, ved at indtage en overdosis medicin, ved at forsøge at hænge sig eller ved at springe fra højde. Definitionen retter fokus mod adfærden og ikke mod følelserne, hensigten eller konsekvenserne. De skadekort, som udfyldes ved indbringelse til hospital, danner grundlag for en vurdering af, hvorvidt adfærden kan defineres som et selvmordsforsøg eller ej.

3.3 Selvmordsforsøg

I 1986 fremlagde WHO en definition på selvmordsforsøg, som i dansk oversættelse har følgende ordlyd:

En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikkevanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis ikke andre griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser (Sundhedsstyrelsen, 1998).

WHO's definition er tilstræbt værdineutral, således at den kan accepteres på tværs af kulturer, religioner og ideologier. Den tager udgangspunkt i selve handlingen, idet begrebet "skadevoldende" anvendes, hvorimod intentionen om "at dø" ikke nævnes. Imidlertid har WHO's definition givet anledning til overvejelser, idet "*attempted suicide*" dækker over en lang række handlinger, hvor selve handlingernes hensigter og metoder er vidt forskellige (Kerkhof, 2000). Definitionen rummer endvidere et krav om, at adfærden ikke er vanemæssig, dvs. at personen ikke jævnlige, hyppigt eller tilbagevendende skader sig selv (f.eks. ved et blandingsmisbrug i form af medicin og alkohol). I definitionen er der yderligere et krav om, at adfærden skal volde skade, hvis andre ikke griber ind. Som eksempel kan nævnes indgriben ved forsøg på at drukne sig selv eller indgriben efter indtagelse af en overdosis, hvor personen er bevidstløs. Et tredje eksempel er indgriben ved forsøg på selvmord ved togpåkørsel.

I definitionen anvendes udtrykket "hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser". De ønskede forandringer kan f.eks. være, at kæresten kom-

mer tilbage. Men de ønskede forandringer kan være vidt forskellige afhængige af personens livssituation, livshistorie, alder og livsperspektiv.

Nogle unge har gennemført adskillige selvmordsforsøg, hvor metoderne bliver mere og mere alvorlige (f.eks. forsøg på at hænge eller skyde sig selv), hvorimod andre unge kun forsøger én enkelt gang. De anvender en metode og et tidspunkt, som minimerer risikoen for at dø, idet hensigten er en ganske anden, nemlig et forsøg på at kommunikere behov for hjælp, opmærksomhed, pleje, omsorg eller placering af skyld. De kan føle sig fanget i en fælde, som de ikke ved, hvordan de skal komme ud af.

I internationale sammenhænge har forskere og behandlere forsøgt at fremkomme med definitioner, hvor intentionen indgår. Samtlige definitioner lider imidlertid under det faktum ikke at være helt dækkende for de mange forskellige slags intentioner og handlinger, som ligger til grund for et selvmordsforsøg.

3.4 *Selvskade*

Der er ikke enighed om definitionen af selvskade, og der er grund til at udvise stor forsigtighed med at sammenligne forskningsresultater eller resultater af andre undersøgelser. Især to begreber dominerer inden for forskning om selvskade: Non-Suicidal Self-Injury (NSSI), der ofte anvendes i USA og Canada, og Deliberate Self-Harm (DSH), som ofte anvendes i europæisk og australsk forskning (SBU, 2015). Nogle undersøgelser omfatter både selvskade ud fra NSSI-definitionen og ud fra DSH-definitionen, hvilket yderligere understreger muligheden for fejltolkninger ved at sammenligne resultater inden for landets grænser og på tværs af landegrænser.

Siden 2000 har Center for Selvmordsforskning anvendt følgende definition for selvskade (Zöllner, 2002a): En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje foretog sig en eller flere af følgende ting:

- tog initiativ til handling (fx snitte sig selv, springe fra højde med den hensigt at skade sig selv
- indtog et stof ud over den foreskrevne eller generelt anbefalede terapeutiske dosis
- indtog et afslappende (recreational) eller ulovligt stof (drug) som en handling, som personen anså for at ville være selvskadende
- indtog et ikkeindtageligt objekt eller et stof.

Selvskade ses i denne sammenhæng som et mere omfattende begreb end begrebet selvmordsforsøg. Definitionen er primært rettet mod det bevidste adfærdsmæssige (med vilje), uden at handlingen behøver at være gennemført (tog initiativ til handling). Endvidere skal hensigten med handlingen være at skade sig selv. I modsætning til definitionen af selvmordsforsøg behøver andre ikke at have grebet ind, og i definitionen af selvskade indgår ikke, at der skal være tale om ønskede foran-

dringer som konsekvens af handlingen. Som eksempel på selvskade kan nævnes indtagelse af en overdosis piller (f.eks. 30 Panodil) med den hensigt at skade sig selv. Den unge kaster efterfølgende pillerne op.

4. Problemets omfang

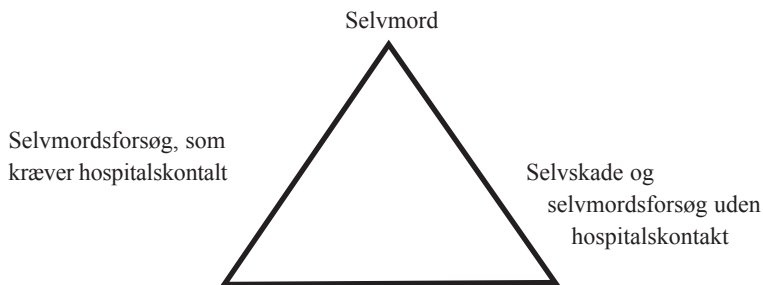
Der er divergerende opfattelser af, hvor stort problemet er, hvilket bl.a. skyldes forskellige definitioner og forskellige måder at beregne omfanget på. Derfor er der grund til at se nærmere på tallene for selvmord, selvmordsforsøg og selvskade.

Selvmod udgør toppen af isbjerget (figur 1). I Danmark har vi viden om antallet af unge, som begår selvmord. Denne viden er dog behæftet med en usikkerhed, idet der kan forekomme dødsfald, hvor der er tvivl om, hvorvidt der er tale om en ulykke eller et selvmord. Det kan f.eks. dreje sig om en påkørsel eller et fald fra højde. Til de tal, vi har, skal der derfor tillægges et mørketal, hvorfor antallet af selvmord blandt unge i Danmark kan være noget højere end de registrerede tal.

Vi har også data for de unge, der har forsøgt at begå selvmord, og som kommer i kontakt med sygehus/hospital som følge af deres selvmordsforsøg. Men en del unge kommer ikke til lægen eller på hospitalet i forbindelse med deres selvmordsforsøg, og disse unge bliver derfor ikke registreret. I stedet er der andre, som f.eks. får den unge til at kaste indtaget medicin op, eller som forbinder vedkommende. Der er derfor også et mørketal omkring antallet af selvmordsforsøg.

Viden om omfanget af unge, som forsøger at begå selvmord og/eller skader sig selv, uden at det resulterer i kontakt til et hospital, kan vi få ved at spørge de unge selv gennem undersøgelser i kommuner, på uddannelsesinstitutioner eller andre steder.

Ud over de unge, som har handlet på deres tanker (selvmord, selvmordsforsøg, selvskade), er der unge, som har alvorlige tanker om at begå selvmord eller at skade sig selv. Der er afgørende forskel på *alvorligt at overveje* en



Figur 1

handling og føre en handling *ud i livet*. Såfremt den unge handler på sine tanker, er der en stor risiko for, at den unge gentager sin handling senere i livet (Zøllner & Jensen, 2010).

Desuden er der grund til at påpege, at en del unge i perioder skader sig selv, hvorefter der kan forekomme et selvmordsforsøg. Såfremt oplysningerne på skadekortet opfylder WHO's definition på selvmordsforsøg, registreres handlingen i Center for Selvmordsforsknings Register for Selvmordsforsøg.

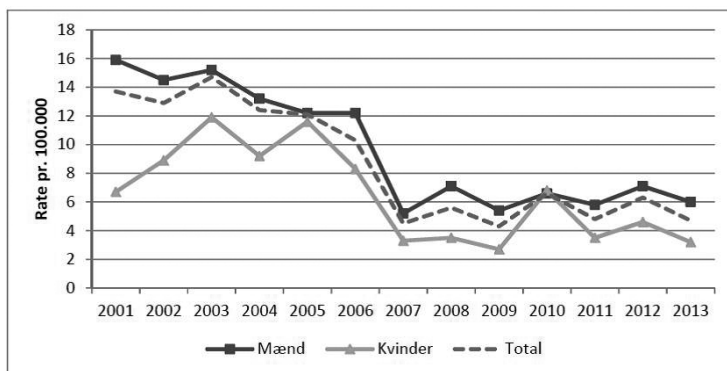
4.1 Selvmord

Gennem mange år har det forholdt sig sådan, at selvmord i større udstrækning begås af unge mænd og i mindre udstrækning af unge kvinder. Dette gælder ikke blot for Danmark, men er tilfældet i de fleste europæiske lande (WHO, 2014).

I 2007 sås et fald i selvmordsraten i Danmark blandt de 15-19-årige i forhold til perioden 2001-2006, men derefter er selvmordsraten ikke faldet i denne aldersgruppe (figur 2.). De unge mænd anvender primært en definitiv metode ved selvmord, f.eks. ved at hænge sig selv, i modsætning til de unge piger, som indtager en overdosis medicin. Metoden kan være afgørende for, om den unge dør.

4.2 Selvmordsforsøg

Register for Selvmordsforsøg indeholder selvmordsforsøg i det tidligere Fyns Amt i perioden 1990-2010 med kontakt til et sygehus enten i form af en indlæggelse eller et skadestuebesøg på en somatisk eller psykiatrisk afdeling med kontaktårsag EUW (selvmordshandling). Fra 2001 til 2004 steg selvmordsforsøgsraten blandt de unge piger i alderen 15-19 år, hvorefter der sås et fald. Fra 2008 til 2010 steg raten igen til samme niveau som i 2001.



Figur 2: Selvmord blandt 15-19-årige.

For at få en mere nøjagtig viden om problemet på landsplan indsamler Center for Selvmordsforskning data på sygehuse/skadedstuer i regionerne. Ved indhentning af data foretages samtidig validering af disse, således at de data, der indgår i Register for Selvmordsforsøg, er i overensstemmelse med WHO's definition på selvmordsforsøg.

Som det fremgår af tabel 1, kan der være store forskelle i raterne for selvmordsforsøg blandt unge i Region Nordjylland og i Region Sjælland. Raten i 2012 og i 2013 er betydelig højere i Region Sjælland end i Region Nordjylland. En lang række vidt forskellige faktorer kan være medvirkende til, at det forholder sig sådan, og dette er ved at blive undersøgt nærmere på Center for Selvmordsforskning.

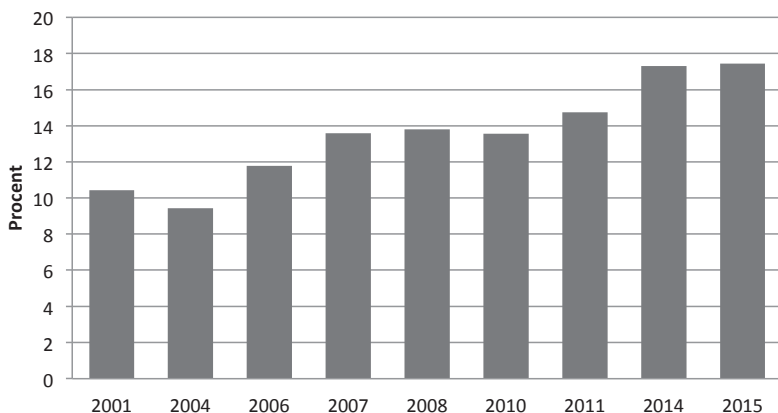
År	Region Nordjylland				Region Sjælland			
	Antal Mænd	Antal Kvinder	Antal I alt	Rate pr. 100.000	Antal Mænd	Antal Kvinder	Antal I alt	Rate pr. 100.000
2012	5	20	25	67,1	5	51	56	94,1
2013	5	21	26	68,0	6	46	52	94,8
2014	11	71	82	218,2	4	42	46	84,6

Tabel 1: Selvmordsforsøg i alderen 15-19 år (2012-2014).

Ud over selvmordsforsøg blandt de 15-19-årige ses selvmordsforsøg i alderen 10-14 år. I begge regioner er der en overvægt af unge pigers/kvindes selvmordsforsøg i forhold til de unge drenges/mænds selvmordsforsøg. Den hyppigst anvendte metode blandt de unge er forgiftning efterfulgt af skær eller stik (Larsen & Mikkelsen, 2015). Fra journalerne er der indhentet oplysninger om, hvilke bagvedliggende (distale) årsager de unge angiver som værende begrundelse for selvmordsforsøget. Desuden er der indhentet oplysninger om de udløsende (proximale) faktorer.

Blandt de 10-14-årige piger er den registrerede distale årsag psykiske problemer, mens den bagvedliggende årsag for de 15-19-årige piger er ukendt. For de 10-14-årige drenges vedkommende er den distale årsag sociale problemer og psykisk sygdom, mens årsagen for de 15-19-årige er psykisk sygdom og "ukendt" (ibid.).

De registrerede proximale faktorer er for de 10-14-årige piger sociale problemer, mens det for de 15-19-årige er skænderi/uoverensstemmelse/konflikt med en nær person (ibid.). Om de unge har haft alvorlige selvmordstanke uger eller måneder før selvmordsforsøget, er usikkert.



Figur 3: Selvskade 2001-2015 (N = 27.822).

4.3 Selvskade

Center for Selvmordsforskning har siden 2001 årligt indsamlet data om unges selvskade gennem spørgeskemaundersøgelser. Oprindeligt blev forskningsprojektet igangsat som et europæisk samarbejde for en toårig periode (Zøllner 2002b), men Center for Selvmordsforskning har kontinuerligt fortsat dataindsamlingen med henblik på at undersøge udviklingen over tid set i lyset af de forandringer, samfundsudviklingen byder på. Dataindsamlingen fra 2001-2016 omfatter besvarelser om sårbarhed, alvorlige tanker om selvskade og selvskade fra mere end 27.000 unge i alderen 13-19 år.

Som det fremgår af figur 3, er der en støt stigning i antallet af unge, som skader sig selv. Gennem alle årene har der været en overvægt af piger i forhold til drenge.

I 2015 undersøgte Center for Selvmordsforskning omfanget af selvskade blandt herboende unge fra vestlige lande og fra ikkevestlige lande². Resultaterne viser, at selvskade findes blandt såvel unge fra vestlige lande som fra ikke vestlige lande (Zøllner, 2015). Andelen af unge, som alvorligt har overvejet at skade sig selv, har gennem årene været svingende (Zøllner, 2002c, 2014).

De unge er blevet spurgt om, hvilken metode de anvender ved selvskade. Såfremt de anvender medicin, er de blevet spurgt om, hvor de har medicinen fra. Hovedparten svarer, at medicinen var i hjemmet (Konieczna,

2 Vestlige lande er alle EU-lande plus Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand. Ikke-vestlige lande er alle øvrige lande. En ung med en vestlig baggrund betyder, at personen er født og har statsborgerskab i et vestligt land, samt at mindst én af forældrene er født og har statsborgerskab i et vestligt land.

Rask, & Zöllner, 2013). I 2013 blev der indført pakkebegrænsninger for svage smertestillende midler i håndkøb som led i forebyggelse. Igangværende undersøgelser om unges selvskade i 2014 og 2015 viser, at henholdsvis 11 % og 8,3 %, svarede, at de havde taget en overdosis medicin (Panodil, Pinex, Pamol, Kodimagnyl, Ibuprofen m.v.). De unge finder medicinen i hjemmet. Sagt med andre ord kan der være indkøbt medicin ved flere forskellige lejligheder af såvel forældre som af den unge selv.

5. Risikofaktorer

I løbet af de seneste 15 år har vi fået betydelig viden om risikofaktorer for unges selvskadende adfærd. Tidligere national og international forskning viser, at mange forskellige forhold kan føre til, at livet ikke forekommer at være værd at leve. Selvmordsadfærd og selvskade kan derfor aldrig ses isoleret fra én synsvinkel, men må i stedet ses som en kompleks interaktion mellem sociale, psykologiske, biologiske og kulturelle faktorer (Hawton, Rodham, & Ewans, 2006).

Nygaard Christoffersen (1999) viser, at de forhold, som kan øge risikoen for, at unge forsøger at begå selvmord, bl.a. er omsorgssvigt, problemer i familien, social ydmygelse, anbringelse uden for hjemmet, problemer i skolen og selvskadende handlinger. Svigt fra den eller de voksne, som skulle tage hånd om barnet, bidrager til følelsen af skyld, lavt selvværd, ensomhed og håbløshed. Omsorgssvigt fører til isolation og selvdestruktiv adfærd, idet den unge føler, at familien er bedre stillet uden dem. Incest eller seksuelle overgreb er en særdeles central indikator for overvejelser om selvmord eller forsøg på selvmord. Dertil kommer, at unge, som har været udsat for slag eller vold fra de primære omsorgspersoner (forældre/stedforældre), har en øget risiko for selvmordsovervejelser og selvmordsadfærd. Alvorlige hændelser, som f.eks. dødsfald i familien, sygdom hos en central omsorgsperson, forældres selvmordsforsøg eller selvmord kan øge risikoen for selvmordsadfærd hos unge (Agerbo, Nordentoft, & Mortensen, 2002). Livet igennem er det af afgørende betydning, om én af forældrene eller en anden central omsorgsperson har forsøgt at begå eller har begået selvmord.

Senere forskning peger på, at forældres psykiske sygdom, anbringelse af børn, forældres arbejdsløshed eller manglende uddannelse og selvmord i familien udgør risikofaktorer (Nygaard Christoffersen, 2009). Kærestevold er belastende (Helweg-Larsen & Plauborg, 2014; Zöllner, 2015), og de unge angiver, at det kan være en medvirkende årsag til, at de ikke har lyst til at leve. Mange børn og unge erfarer, at deres forældre flytter fra hinanden, og magtesløsheden kan føre til selvmordstanker (Stage & Damsgaard, 2015).

Christiansen (2015) har i sin afhandling karakteriseret unge, som forsøger at begå selvmord, og analyseret, hvilke livsbegivenheder og livsomstændigheder der kan ses som risikofaktorer. Psykisk sygdom er en kendt risikofaktor. Børn og unge fra familier med lav indkomst, og hvor familierne har været i kontakt med psykiatrien, er i risiko for at forsøge at begå selvmord.

6. Beskyttende faktorer

Den fremherskende forskningsmetode gennem mange år har været registerforskning, og i Danmark er der gode muligheder for at samkøre registre og få ny viden om belastende faktorer for unges selvmordsadfærd. Men registerforskning giver ikke svar på, hvordan den unge oplever den nære virkelighed, de vokser op i og er en del af.

WHO (2014) har i rapporten Preventing suicide gennemgået en lang kendt række risikofaktorer, men påpeger nødvendigheden af at få viden om de beskyttende faktorer, hvilket kræver såvel kvantitative som kvalitative undersøgelser. Når emnet om mangel på viden om beskyttende faktorer bliver bragt på bane i en faglig diskussion, er argumentationen ofte, at beskyttende faktorer er det modsatte af risikofaktorer.

Argumentationen er ikke korrekt. Det *kan* f.eks. være en beskyttende faktor for børn og unge, at forældrene bliver skilt. Det *kan* være beskyttende for børn og unge at være i en plejefamilie eller på en institution.

Registerforskning har en lang række begrænsninger. Fysisk vold mod børn bliver ikke altid anmeldt og registreret. Forældres misbrug af alkohol eller stoffer bliver heller ikke altid anmeldt og registreret. Voldsomme skændier, forældres ydmygelse af børn, seksuelle krænkelser eller at være uønsket registreres sjældent i et register. Registerforskningsmetoden fortæller os ikke noget om følelser eller om, hvordan den unge har det med far, mor, søster, bror eller bedsteforældre. Vi skal fremover have mere viden om beskyttende faktorer, og for at få denne viden er det nødvendigt at spørge den unge selv.

En igangværende undersøgelse ved Center for Selvmordsforskning vedrørende udviklingen af beskyttende faktorer fra 2001-2014 viser, at venner og en særlig person har en signifikant beskyttende betydning, men familie er en af de mest beskyttende faktorer uanset køn, alder, fødeland og boligforhold. En tidligere undersøgelse (Jensen, 2015) viser, at et godt forhold til bedsteforældre er en beskyttende faktor for selvskade og alvorlige overvejelser om selvskade.

Udviklingen stiller forskningen over for en udfordring om at ændre fokus. I stedet for at fortsætte med at undersøge risikofaktorer bør vi have forskningsbaseret viden om, hvilke forhold der kan forebygge og beskytte unge mod alvorlige tanker om selvmord og selvmordsforsøg.

7. Forebyggelse

Uddannelsesinstitutionerne er det sted, hvor der findes en struktur, som gør det muligt at gennemføre en forebyggende indsats, både når det drejer sig om selvskaade, selvmordsforsøg og selvmord. WHO pegede i 2014 på dette, og i 2015 udgav SBU en gennemgang af skolebaserede programmer, hvis formål er at forebygge selvskadende adfærd inklusiv selvmordsforsøg. Gennemgangen omfattede skolebaserede programmer og eventuelle negative konsekvenser af programmerne. Programmerne skulle være kontrollerede med eller uden randomisering og vurdere effekten af selvskadende handlinger inklusiv selvmordsforsøg og fuldbyrdet selvmord. Om programmerne havde nogen effekt i forbindelse med selvmordstanker, indgik ikke i undersøgelsen. Effekten skulle måles, mindst ti uger efter at programmet var blevet afsluttet. Resultaterne viser, at programmet Youth Aware of Mental Health (YAM) har en målbar effekt. I forhold til almindelig undervisning kan programmet halvere antallet af selvmordsforsøg. Programmet God Behavior Game (GBG) anses for at have en begrænset effekt vedrørende selvmordsforsøg.

Center for Selvmordsforskning forestod i perioden 2005 til 2010 afprøvningen af et program i Danmark, "Livet er en rejse", der oprindeligt er udviklet i New Zealand. "Livet er en rejse" er et gruppeundervisningsforløb, hvis grundtema er, at unge mennesker skal lære at håndtere de vanskeligheder, de kommer ud for. At de skal have en tro på og en tillid til, at de klarer sig godt. Der fokuseres på at styrke og forstærke de unges ressourcer og ikke på problemer og underskud. Følgforskning af "Livet er en rejse" i Danmark viste sig i 2010 at have en god effekt (Zöllner, Ejdesgaard, Jensen, & Stephensen, 2011). Fra 2016 tilbyder Center for Selvmordsforskning igen programmet "Livet er en rejse" til unge.

Der er mange muligheder for telefonisk rådgivning for unge, og der er mange steder, de unge kan få hjælp via nettet. For blot at nævne nogle få hjælpemuligheder: Livslinien, Børnetelefonen, Danner, Børn, Unge & Sorg, Ventilen, Psykiatrifonden og Regionale Centre for Selvmordsforebyggelse. Desuden kan de unge få hjælp ved at henvende sig til praktiserende læger samt til præster. Førstnævnte gruppe kan samtale, behandle og henvise til psykiatrien. Sidstnævnte faggruppe har flere steder i landet oprettet lokale støttemuligheder, og præsterne er tilgængelige 24 timer i døgnet og er underlagt tavshedspligt. En del unge går til konfirmationsforberedelse, men uanset om det er i forbindelse med konfirmationsforberedelse eller ej, har præster en mulighed for at være en samtalepartner.

De unge kan henvises til psykologer, psykoterapeuter, psykiatere, eller de kan henvende sig til studievejledere, socialrådgivere og sundhedsplejersker. Rundtom i landet er der flere lokale/kommunale hjælpemuligheder til de unge.

De elektroniske midler er lettilgængelige, og de unge er vant til at bruge dem. Men det er ikke den form for hjælp, de unge vil have (Zøllner, 2015). De kan ikke ud af en telefonsamtale tolke personens nærvær og tilstedeværelse. Deres erfaringer med de elektroniske medier kan måske netop være årsagen til, at telefon og net vælges fra. Det er anonymt og giver ikke nødvendigvis følelsen af nærvær.

Tillid er afgørende. Det kan være meget, meget vanskeligt at fortælle om flere tabubelagte forhold (selvskadende adfærd, selvmordsforsøg) til en person, hvis den person, der skal hjælpe, ikke er bevidst om, at den unge vover sig frem for at blive imødekommet. En tidligere undersøgelse (Zøllner, 2002b) viser, at lærere, forældre og elever har forskellige holdninger til selvskade. Tilsyneladende tror de voksne, at de unge skader sig selv for at få opmærksomhed. Denne holdning deles ikke af de unge.

Ikke alle forældre kan magte at høre, at deres barn ikke har lyst til at leve, og ikke alle forældre reagerer ved at opfordre den unge til at fortælle mere om deres tanker og adfærd. Nogle forældre kan blive så forfærdede, at de siger, at de ikke kan holde ud at høre på det. Forældrenes afmagt i disse situationer hjælper ikke den unge.

Måske er det tid til at overveje, hvordan vi *alle* kan bidrage til forebyggelsen af unges sårbarhed, selvskade og selvmordsadfærd? Børns og unges livshåb, livsmod og livsduelighed erhverves og trænes ikke nødvendigvis ved diagnose, medicinering, psykologbistand eller psykiatrisk bistand. Børns og unges livsmod bibringes heller ikke nødvendigvis gennem forældres timer hos psykolog, parterapeut eller livsstilscoach. Det er også usikkert, om livshåbet og livsmodet næres ved gentagne skoletest, måling og individualisering. De mange muligheder for at være synlig på de sociale medier giver tilsyneladende heller ikke børn og unge følelsen af nærvær og tryghed, når livet forekommer dem uudholdeligt.

Begreberne livshåb og livsmod er gammeldags begreber, men udtrykker en måde at være til på. De har tidligere været anvendt i den pædagogiske debat (Løgstrup, 1983; Varming & Zøllner, 2002) og kan med god grund inddrages i forebyggelsen af unges sårbarhed, alvorlige tanker om selvskade, selvmordsforsøg og selvmord.

Livshåb er håbet for fremtiden. Håbet om, hvad livet vil bringe. Mange af de unge, som forsøger at begå selvmord eller begår selvmord, har mistet håbet om, at dagen i morgen og livet fremover vil bringe dem noget godt. De har fået ødelagt deres håb for fremtiden og for dagene, der kommer. De kan ikke se sig selv leve i morgen.

Livsmod er modet til at leve, til at være til og til at handle etisk på trods af forhold i eksistensen, som kan frarøve den unge livsmodet (Tillich, 1995). Livsmod er troen på at være i stand til at klare det og en vilje til at bruge kræfter på, at det nok skal lykkes (Schultz Jørgensen, 2014). Livsmod skal ikke forveksles med modet til at kaste sig hovedløst ud i forskellige mere eller mindre farefulde gøremål. Derimod skal livsmod ses som

modet til at være til, også selv om livet kan forekomme meningsløst, uretfærdigt, fyldt med sorg og savn. Eller at livet vækker angst. Det kan være angsten for ikke at være god nok, ikke at kunne leve op til egne eller andres forventninger, ikke at have ét eneste menneske at betro sig til, og som vil være der for én i den værst tænkelige situation.

Børn og unge er i deres daglige liv omgivet af andre mennesker. I mod-sætning til ældre, som bor alene, og som ikke selv er i stand til at komme ud af deres bolig, er børn og unge dagligt sammen med andre. De har brug for, at nogen holder fast i og om dem og er nærværende. De har brug for følelsen af samhørighed, men også at livet rummer et farvel, et tab, en smerte eller noget, som man stille og roligt prøver at glemme (Schultz Jørgensen, 2016). De har brug for at møde mennesker, der kan give dem reserver af glæde, noget, de kan trække på, når livet viser sig fra den mest modbydelige side. Den enkelte har brug for at møde et menneske, som "holder noget af dets liv i sin hånd" (Løgstrup, 1983).

De unge, som skader sig selv eller har alvorlige selvmordstanker, har brug for at erfare, at der er et mindst ét menneske, som gør en forskel. Et menneske, som ser det som sin etiske forpligtelse at tage hånd om barnet eller den unge.

I utallige sammenhænge har det vist sig, at den store ændring i et ungt menneskes liv er indledt, fordi et enkelt menneske gjorde en forskel. Ikke nødvendigvis en psykiater, en læge, en psykolog, en socialrådgiver, en lærer eller en forælder. Men et menneske i den unges liv, som har været der for den unge. Et menneske, som ikke har bagatelliseret den unges betroelser. Kendsgerningen er, at den unge blottes sig i samtalen, vover sig frem, og såfremt tilliden misbruges, kan tillidsbruddet få afgørende konsekvenser. Det er os voksne, der skal tolke den unges betroelser og adfærd. Det betyder ikke, at vi voksne skal efterkomme den unges ønsker og forventninger eller være eftergivende. Det betyder, at vi skal være i stand til at tolke, hvordan vi mener, den enkelte sårbare unge med alvorlige selvmordstanker bedst kan hjælpes, så livshåbet og livsmodet vender tilbage.

At være i stand til at tolke den unges tale og adfærd kræver, at vi i mødet med den unge er nærværende og til stede. Det er en uskik, at vi voksne påstår, at vi kan være nærværende, lyttende og empatiske, samtidig med at vi besvarer sms'er, opkald på mobiltelefonen, læser eller skriver på de sociale medier. Det er beskæmmende, at vi voksne ikke har modet til at tage et ansvar for, at den gode samtale skal blive en realitet. Vi kan ikke forlange eller bestille tid til en god samtale. Den unikke samtale kan opstå, når vi mindst venter det.

8. Afslutning

Vi har som samfund og som individer en etisk forpligtelse til at forebygge selvskadende adfærd, selvmordsforsøg og selvmord. Derfor er det nødvendigt at have visioner for, hvordan vi kan gøre det bedre.

Forskningen har primært koncentreret sig om risikofaktorerne. Vi mangler viden om, hvad der *beskytter* unge mod selvskade, selvmordsforsøg og selvmord.

Forskningen har især været gennemført af personer med en sundhedsfaglig baggrund, og resultaterne har været rettet mod psykiatere, læger og psykologer med henblik på en behandling. Fremover er det vigtigt og nødvendigt at inddrage forskere med andre faglige baggrunde (f.eks. antropologer, teologer, filosoffer, økonomer, sociologer) i et tæt tværvidenskabeligt samarbejde med henblik på at få ny viden som grundlag for forebyggelse.

Alle voksne i samfundet er forpligtet og kan bidrage til at styrke unges livshåb og livsmod. Det betyder ikke, at voksne skal efterkomme den unges ønsker og forventninger i alle henseender. Det betyder, at vi skal bidrage til, at den unge får modet til at tåle de sorger, savn, nederlag og uretfærdigheder, livet kan bringe, når vi mindst venter det.

REFERENCER

- Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P.B. (2002). Familiar psychiatric and socio-economic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study. *British Medical Journal*, 325, 74.
- Christiansen, E. (2015). *Risk Factors and Consequences of Child and Youth Suicide Attempts – A Danish Register-Based Study*. University of Southern Denmark.
- Hawton K., Rodham, K., & Ewans, E. (2006). *By Their Own Young Hand: Deliberate Self Harm and Suicidal Ideas in Adolescents*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Helweg-Larsen, K., Plauborg, R. (2014). *De usynlige følger af kærestevold. En registerbaseret opfølgning på kærestevoldundersøgelsen i 2007*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Jensen, S.G. (2015). Bedsteforældre – en beskyttende faktor. *Nyt fra Center for Selvmordsforskning*, (12)3.
- Kerkhof, J.F.M. (2000). Attempted suicide: Patterns and trends: In Keith Hawton and Kees van Heeringen (Ed.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 49-64. Chichester, UK.
- Kjøller, M., & Rasmussen, N.K. (2002). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Konieczna, A., Rask, L., & Zöllner, L. (2013). *Selvskadende adfærd blandt unge mellem 13-19 år. Del 1. Medicinforgiftning, støtte, mistrivsel og forældres skilsmisse*. Center for Selvmordsforskning.
- Larsen, C.P., & Mikkelsen, A.K.T. (2015). *Register for selvmordsforsøg 2012, 2013 & 2014. Udvidelse af Register for Selvmordsforsøg fra et regionalt til et nationalt register*. Center for Selvmordsforskning.
- Løgstrup, K.E. (1983). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.

- Møhl, B. (2005). At skære smerten bort – om cutting som drug. I *Psyke & Logos*, 26, 98-117.
- Nielsen G.A., Ringgaard, L., Olsen, S.F., Broholm, K., & Sindballe, A.M. (2002) *Unge Livsstil og dagligdag 2000 – forbrug af tobak, alkohol og stoffer*. Kræftens Bekæmpelse; Sundhedsstyrelsen.
- Nygaard Christoffersen, M. (1999). *Risikofaktorer i barndommen – en forløbsundersøgelse særligt med henblik på forældres psykiske sygdomme*. Socialforskningsinstituttet.
- Nygaard Christoffersen, M. (2009). *Attempted Suicide and Completed Suicide among Young People. Risk and Protective Factors in an Prospective Register-Based Study*. SFI. The Danish National Centre for Social Research. Working Paper.
- Register for Selvmordsforsøg. Statistikbanken. Center for Selvmordsforskning.
- SBU. Statens beredning for medicinsk och social utvärdering (2015). *Skolebaserade program för att förebygga självskaadebittende inklusive suicidförsök*. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm.
- Schultz Jørgensen, P. (2014). *Styrk dit barns karakter. Et forsvar for børn, barndom og karakterdannelse*. Viborg: Kristeligt Dagblads Forlag.
- Schultz Jørgensen, P. (2016). *Broen til det andet menneske. Fra den første kontakt til den dybe samhørighed*. Viborg. Kristeligt Dagblads Forlag.
- Stage, S., & Damsgaard, D. (2015). *Jeg er træt af at være deres brevdue. En undersøgelse af hvordan børn oplever konfliktfyldte skilsmisser*. Egmont Fonden og Børns Vilkår.
- Sundhedsstyrelsen (1998). *Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark*. Udvalget til udarbejdelse af forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg i Danmark.
- Sundhedsstyrelsen (1998). *Bilagsdel til forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark*. Udvalget til udarbejdelse af forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg i Danmark.
- Tillich, P. (1995). *Mod til livet*. København: Anis.
- Varming, O., & Zöllner, L. (2002). *Værdier og værdiudvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- WHO World Health Organization (2009). *A Snapshot of the health of Young People in Europe. A report prepared for the European Commission Conference on Youth Health*. Brussel, Belgium, 9.10 July.
- WHO World Health Organization (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva.
- Zöllner, L. (2002a). *Definitioner på selvmordsadfærd og selvskade*. Center for Selvmordsforskning. Faktaserien, nr. 1.
- Zöllner, L. (2002b). *Unge (Mis)trivsel*. Center for Selvmordsforskning.
- Zöllner, L. (2002c). Udsatte og sårbare unges signaler – set i et selvmordsforebyggelsesperspektiv. *Nordisk Psykologi*, 54(4), 287-300.
- Zöllner, L. (2006). *Centrale begreber inden for selvskadende adfærd*. Center for Selvmordsforskning. Faktaserien, nr. 21.
- Zöllner, L., & Jensen, B. (2010). *Selvskadende adfærd blandt unge*. Center for Selvmordsforskning.
- Zöllner, L., Ejdesgaard, B.A., Jensen, B., & Stephensen, I. (2011). *Travellers. Har undervisningsforløbet en effekt?* Center for Selvmordsforskning.
- Zöllner, L. (2014). *Unge selvskadende adfærd 2001-2011*. Center for Selvmordsforskning.
- Zöllner, L. (2015) *Kærestevold og dets følger*. Center for Selvmordsforskning.