

BO ANDERSEN EJDESGAARD, IBEN STEPHENSEN, BØRGE F. JENSEN, LILIAN ZØLLNER,
VAGN MØRCH SØRENSEN, VIBEKE B. LASSEN OG SUSANNE MOUAZZENE



UNGES SELVMORDSTANKER OG SELMORDSADFÆRD

2009

Unge selvmordstanker og selvmordsadfærd

© Forfatterne og Center for Selvmordsforskning

Redaktion og layout: Agnieszka Konieczna

Odense, 2009-07-01

Det er tilladt at citere, kopiere m.v. fra denne rapport med tydelig kildehenvisning

Udgivet af Center for Selvmordsforskning

Søndergade 17

5000 Odense C

Tel: (+45) 66 13 88 11

Fax: (+45) 65 90 81 74

E-mail: info@cfsmail.dk

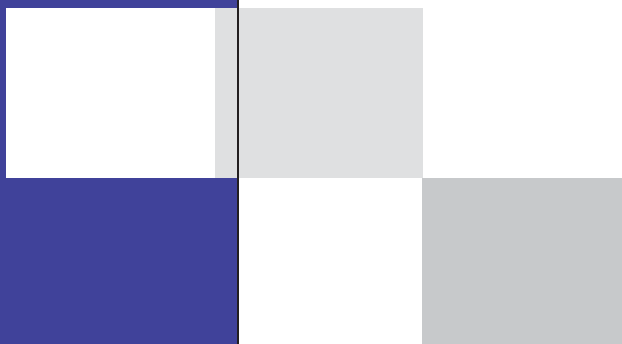
Hjemmeside: www.selvmordsforskning.dk

Med støtte fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

1.udgave, 1 oplag, Juli 2009

ISBN: 87-90291-70-0

ISBN-13: 978-87-90291-70-9



Forord

I foråret 2009 blev fokus i de offentlige medier rettet mod selvmordsforsøg blandt børn og unge ved brug af håndkøbsmedicin. Efterfølgende fulgte en debat om unge pigers mistrivsel og selvskadende adfærd samt hvilke forhold, der kunne bidrage til at forebygge selvskade og selvmordsforsøg blandt unge.

På baggrund heraf stillede Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i april 2009 en række spørgsmål til Center for Selvmordsforskning om hvilken viden, der var på området. Desuden søgte Ministeriet svar på hvilke forhold, der belaster de selvskadende unge, hvilke begrundelser, de unge giver for at forsøge at begå selvmord og hvilke metoder, de unge bruger.

Denne rapport, "Unge selvmordstanker og selvmordsadfærd", har til formål at foretage en sammenskrivning af den eksisterende viden på området og således give et "her og nu"-billede af unges mistrivsel.

Tak til 14.000 unge, som har udfyldt spørgeskemaer, skrevet om deres tanker, trivsel og mistrivsel, selvskade og selvmordsforsøg. Tak til de fagpersoner, som har bidraget til rapporten med kvalificerende indlæg og kritik og tak til alle centrets medarbejdere, som på meget kort tid har ydet en meget stor indsats.

Odense d. 10-7-2009

Lilian Zøllner,

Centerleder, Ph.d.

Indhold

1.	Indledning.....	5
2.	Definitioner af begreber	7
3.	Problemets omfang.....	18
4.	Danske og nordiske studier af unges selvskade og selvmordsadfærd.....	33
5.	Hvad beskytter og belaster de unge?.....	48
6.	Hvilke begrundelser giver de unge?.....	67
7.	Hvilke metoder anvender de unge?	75
8.	Hvad kan der gøres?	85
	Litteratur	94
	Appendix	

1 Indledning

Denne rapport's formål er at formidle viden om unges selvskadende adfærd, selvmordsforsøg og selvmord.

Rapporten indeholder definitioner af centrale, vigtige begreber inden for forskning i selvmord, selvmordsforsøg og selvskade. I den offentlige debat anvendes begreberne ofte i flæng, men i denne rapport præciseres forskellen på de forskellige begreber.

Desuden søger rapporten at besvare spørgsmålet om problemets omfang. Det gør vi ved dels ved at beskrive selvmordsrater og selvmordsforsøgsrater blandt unge, og dels ved at præsentere resultaterne af spørgeskemaundersøgelser blandt unge i folkeskolen og i de gymnasiale uddannelser.

Et andet spørgsmål er, hvilken viden der findes på området? Vi har foretaget nogle valg med henblik på at give et relevant svar. Rapportens fokus er derfor rettet mod centrale danske og nordiske studier af unges selvskade og selvmordsadfærd. Vi har valgt at koncentrere os om undersøgelser fra 1980'erne op til i dag. Desuden har vi valgt at fokusere på forskning, hvor unge udgør hele studiepopulationen. Vi har medtaget undersøgelser, hvor unge udgør en klinisk population, og undersøgelser hvor populationen består af unge i folkeskolen og i de gymnasiale uddannelser.

Hvad belaster, og hvad beskytter den unge mod selvskadende adfærd? Spørgsmålet forsøger vi at besvare ud fra de undersøgelser, som Center for Selvmordsforskning har gennemført, ligesom vi også anvender disse undersøgelser til at besvare spørgsmålet om, hvad der er intentionen bag den unges selvskadende adfærd.

Rapporten indeholder en beskrivelse af unges selvmordsmetoder og selvmordsforsøgsmetoder, medicinforgiftning fordelt på køn og aldersgrupper og frekvensen af metoder ved vanemæssig selvskadende adfærd.

Afslutningsvis forsøger vi at besvare spørgsmålet om, hvad der kan gøres? Her beskriver vi overvejelser om sundhedsfremme, forebyggelse og behandling på grundlag af de svar, de unge har givet i spørgeskemaundersøgelser. Desuden indgår i beskrivelsen centerets erfaringer med det sundhedsfremmende og forebyggende undervisningsprojekt Travelers.

2 Definition af begreber

Indledning

Den foreliggende rapport omhandler en lang række forskellige former for unges adfærd (selvmordsforsøg, selvskade, cutting, mv.) Der er i videnskabelige undersøgelser forskellige definitioner på en række af de nævnte begreber (Otto, 1971, Bjerke, 1991, Mehlum, 1994, Renberg, 1998, Møhl, 2005). Årsagerne hertil skal søges i divergerende synsvinkler på, hvad selvskadende handlinger og selvmordshandlinger egentlig er. Endvidere er der mangfoldige definitioner på etnisk baggrund, hvorfor disse også defineres som forståelsesbaggrund for den foreliggende rapport.

Definitioner

Nogle definitioner er fastlagt af WHO, hvilket gør det muligt at sammenligne en udvikling på tværs af landegrænser. Andre definitioner er nationale, og atter andre er fagligt bestemt. Det er derfor vanskeligt at sammenligne udvikling og forskningsprojekter.

Sårbarhed

Udgangspunktet er, at der i enhver årgang i en dansk skole sidder børn og unge, som grundet livsomstændigheder og livshistorie er sårbare. Sårbare unge defineres i denne sammenhæng som

”unge, der inden for det sidste års tid har haft alvorlige, personlige, følelsesmæssige eller psykiske problemer, hvor de følte, de havde brug for professionel hjælp.”

Sårbarheden udgør i sig selv en appel om hjælp, hvad enten den er udtrykt verbalt eller ej¹.

Selvmondsadfærd

Selvmondsadfærd er et begreb, som dækker en adfærd, hvorved en person verbalt, skriftligt eller på anden måde fremsætter trusler om at ville begå selvmord, forsøger at begå selvmord eller gennemfører selvmord (Sundhedsstyrelsen, 1998a).

Metodisk arbejder Center for Selvmordsforskning (CFS) med en bredere definition af begrebet, hvor selvmondsadfærd overordnet opstilles i fire kategorier: tanker om selvmord, selvmondsforsøg, selvmord og vanemæssig selvskadende adfærd. Disse fire kategorier giver en bedre mulighed for en klassifikation af den heterogene gruppe, som personer med selvmondsadfærd udgør i Danmark. Det er en væsentlig forskel om en person blot har haft tanker om selvmord, har forsøgt at begå selvmord eller vanemæssigt skader sig selv for at få det bedre psykisk – dog uden nogen intention om at tage sit eget liv.

Tanker om selvmord

Selvmondstanker omfatter ifølge Sundhedsstyrelsen (1998b) "et ret bredt spektrum spændende fra en kortvarig strejfende tanke til plagsomme, konstant tilstedeværende selvmondsovervejelser". Retterstøl et al. (2002) påpeger, at begrebet omfatter "den adfærd hvor vedkommende selv beretter, at han går med tanker om å gjøre slutt på livet" (s. 15). Selvmondstanker omfatter både de tanker, der meddeles spontant, eller som bliver bekræftet gennem spørgsmål til vedkommende, og de tanker, som ikke meddeles andre.

¹ Begrebet sårbarhed er defineret ud fra en psykologisk synsvinkel, men kan desuden anskues som en dimension i menneskelivet eller som et grundvilkår, vi ikke har valgt og derfor ikke kan fravælge. Begrebet sårbarhed indgår som ét af de fire basale etiske principper i europæisk bioetik (Basic Ethical Principles, 2000). Indgangsvinklen er, at mennesket kan udsættes for risici, det kan trues på dets integritet, det kan falde uden for normerne for, hvad et samfund anser for normalt, og det kan sættes uden for den frie dialog. Et menneskes sårbarhed kalder på beskyttelse og på retfærdighed såvel i den kulturelle som i den sociale verden. Ansvar for den sårbare og empatien med den anden motiverer hensynet til den andens sårbarhed og udgør det etiske grundlag i ethvert samfund.

Selvordsforsøg

Ifølge WHO defineres selvmordsforsøg på følgende måde:

”En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig 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, 1998a)

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). Der kan være tale om et ikke fatalt selvmord, hvor hensigt og valg af metode har været et ønske om at dø, og hvor personen er varigt skadet som følge af sin handling. Begrebet dækker ligeledes de handlinger, hvor hensigten har været diffus, handlingen har været impulsiv, og valg af metode har været afhængig af den øjeblikkelige situation (fx hvilke piller, der var i hjemmet).

Definitionen rummer endvidere et krav om, at adfærden ikke er vanemæssig dvs. at personen ikke jævnligt, hyppigt eller tilbagevendende skader sig selv. 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 eller indgriben efter indtagelse af 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 fx være, at kæresten kommer tilbage, at ægtefællen ikke lader sig skille, eller at økonomiske forhold bringes i orden. De ønskede forandringer kan også være at blive fri for smerter, sygdom og lidelser, idet handlingens forventede konsekvenser er, at døden indtræder. Ønskede forandringer kan være vidt forskellige afhængige af personens livssituation, livshistorie, alder og fremtidige livsperspektiv.

Nogle personer har gennemført adskillige selvmordsforsøg, hvor metoderne bliver mere og mere alvorlige (fx forsøg på at hænge sig eller skyde sig), hvorimod andre personer 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.

I internationale sammenhænge har forskere og behandlere søgt at fremkomme med definitioner, hvor intentionen indgår.² 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

² Begrebet 'parasuicide' er blevet foreslået anvendt i stedet for 'attempted suicide', idet begrebet derved kan signalere, at der er tale om en handling sammenlignelig med en selvmordshandling uden dog at være helt det samme. Begrundelsen for at indføre begrebet parasuicide er, at man derved kan afgrænse de forsøg, hvor intentionen er at dø i modsætning til andre forsøg. Imidlertid har der været og er stadig forskellige opfattelser af, om begrebet er anvendeligt (Kerkhof, 2002) afhængig af, hvorvidt der var tale om forskere eller klinikere. Retterstøl et al. (2002) giver udtryk for, at det forekommer forvirrende at indføre et nyt kontroversielt begreb, og at man i klinisk daglig tale i Norge sidestiller begreberne selvmordsforsøg og parasuicidium. Også den danske Sundhedsstyrelse sidestiller begreberne selvmordsforsøg og parasuicidium, således at tidligere nævnte definition også gælder for parasuicidium.

³ I Norge har Retterstøl et al. (2002) fremlagt følgende definition "Ved selvmordsforsøk forstås vi en bevisst og villet handling som individet har fortatt for at skade seg selv, og som individet ikke kunne være helt sikker på at overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden. En, om enn vag, intensjon om å dø har vært til stede." (s. 13).

Selv mord

Selv mord er ifølge WHO's definition⁴ 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."

Sundhedsstyrelsen (1998a)

WHO anvender en definition af begrebet selvmord, som i sig selv 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.

I et samfundsperspektiv er selvmord imidlertid ikke værdineutralt, men 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.

Erwin Stengel (1964) påpeger, at ordvalget ikke er ligegyldigt. At kalde et selvmord for et vellykket selvmordsforsøg er etisk uforsvarligt over for de efterladte. I stedet anvender Stengel udtrykket fatal selvskade om selvmord og ikke fatal selvskade om selvmordsforsøg og anfører, at handlingerne er gennemført med bevidst selvskadende intentioner – selvom de kan være svage og dunkle. Shneidman (1994) fremhæver i bogen *Definition of Suicide* (1994), at det for at forstå begrebet selvmord er nødvendigt at kende sit eget sprog, idet modersmålet mere præcist udtrykker, hvordan selve handlingen forstås i et samfund.

⁴ "Suicide is an act with fatal outcome, which was deliberately initiated and performed by the deceased, in the knowledge or expectation of its fatal outcome, and through which the deceased aimed at realizing changes he/she desired". (Suicidal behaviour in Europe, WHO 1998)

Begrebet selvmord defineres i Ordbog over det danske Sprog (1981) som en "handling, hvorved man forsætlig berøver sig selv livet". Denne gamle danske definition indeholder en moralsk vurdering. At berøve nogen noget er forkert - også selv om det er én selv, der berøves. Denne vurdering skærpes yderligere ved, at der er tale om forsætlighed dvs., at handlingen ikke er et hændeligt uheld eller er sket ved en fejl. Tværtimod er der tale om, at handlingen er sket med en bestemt hensigt. Endvidere ligger implicit i definitionen, at det er noget værdifuldt, der frarøves eller fratages én, nemlig livet, og det uanset hvilken form for liv, der er tale om. Definitionen indeholder ikke en vurdering af, om livet for den enkelte kan forekomme at være så lidelsesfyldt, meningsløst eller håbløst, at det ikke synes værd at leve. Det enkelte lands skrevne og uskrevne normer og regler for, hvordan selvmordere vurderes og behandles, udspringer af overvejelser over, hvad der er rigtigt og forkert, godt og ondt - kort sagt etikken: det gode liv med og for den anden.

Vanemæssig selvskadende adfærd

Vanemæssig selvskadende adfærd, eller selvmutilerende adfærd, er et begreb, der i psykiatrien oftest beskrives som en fejltilpasning eller fejludvikling. Samme kan dække over en lang række andre betegnelser: parasuicide, wrist-cutting syndrome, cutters, deliberate selfharm (DSH), self-inflicted violence (SIV), bodily harm, self-injury, self-destructive behavior, self-wounding, focal suicide og self-mutilation m.fl. På baggrund af studier på området definerer Suyemoto (1998) begrebet på følgende måde:

"Selvmutilering er en direkte, social uacceptabel adfærd, som gentages igen og igen, og som forårsager mindre til moderat fysisk skade; selvmutilerende adfærd er ikke et forsøg på at sucidere og adskiller sig fra den stereotype selvmutilerende adfærd, som ses hos mentalt retarderede eller autister."

Suyemoto (1998)

Selvmutilerende adfærd kan fx dreje sig om at skære sig, snitte sig (cutting), hindre sår i at hele eller kradsse sig til dybe sår. Selvmutilerende adfærd adskiller sig fra selvmordsforsøg ved, at handlingen gentages igen og igen som en ritualiseret adfærd med den hensigt at dæmpe ubehageligt psykologisk pres. Hver ny selvmutilation er en forstærkning af adfærd, som giver lystbetonet frihed fra smerte.

I modsætning til WHO's definition om selvmordsforsøg indgår det sociale aspekt i den overordnede definition af selvskade, idet den selvpåførte kropslige skade ikke anses for at være accepteret i den sociale og kulturelle sammenhæng, vedkommende aktuelt lever i. Op gennem tiden har der i forskellige kulturer været en lang række eksempler på religiøst betingede handlinger i form af pisk, snit eller mutilering af kønsorganer som overgangsritualer fra ung til voksen eller som soning. Disse selvskadende handlinger har været forventet, accepteret og bifaldet i den aktuelle kulturelle og sociale sammenhæng. I forskning er det derfor nødvendigt at definere begrebet selvskade yderligere set i relation til den sociale og kulturelle kontekst.

Selvskade

I den foreliggende rapport anvendes også begrebet selvskade. CFS' udgivelser baserer sig på følgende definition af begrebet, der gives i det europæiske forskningsprojekt *The Case Study (Child and Adolescent Self-harm in Europe)*:⁵

"En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje foretog sig én eller flere af følgende ting;

- *Tog initiativ til handling (fx snitte sig selv) med den hensigt at skade sig selv*
- *Indtog et stof udover den foreskrevne eller generelt anbefalede terapeutiske dosis*

⁵ Definitionen er en oversættelse af den definition, som er udarbejdet af projektgruppen i forbindelse med igangsættelse af projektet Child and Adolescent Self-harm in Europe.

- *Indtog et afslappende (recreational) eller ulovligt stof (drug) som en handling, som personen anså for at ville være selvskadende*
- *Indtog et ikke-indtageligt objekt eller et stof*

The Case Study (1998)

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 forandringer som konsekvens af handlingen. Derfor kan selvskade begrebsligt både indeholde selvmordsforsøg og vanemæssig selvskadende adfærd.

Definition af spiseforstyrrelse

I rapportens undersøgelser indgår spiseforstyrrelse ofte i tæt sammenhæng med selvskadende adfærd og selvmordsadfærd. I den forbindelse opereres der med tre hovedformer for spiseforstyrrelser (Zøllner og Christiansen, 2006): anorexia nervosa, bulimia nervosa og binge eating disorder.

Anorexia Nervosa

Anorexia nervosa, eller nervøs spisevægring, indgår i WHO's ICD-10 diagnosesystem. Essensen i diagnosen er, at legemsvægten hos en person er 15+ % under det forventede, eller at BMI (Body Mass Index) er under 17,5 (hos voksne – for børn gælder der særlige aldersafhængige standarder). Generelt har personen en forstyrret legemsopfattelse med følelse af at være for tyk og med frygt for fedme, og vægttabet selvfrebringes ved at

undgå fedende mad, fremkaldelse af opkastninger eller eksempelvis misbrug af afføringsmidler.

Bulimia Nervosa

Bulimia nervosa, eller nervøs overspisning, har tidligere været beskrevet som en variant af anorexia nervosa, men indgår i WHO's ICD-10 system som en selvstændig sygdom. Sygdommen karakteriseres ved vedvarende optagethed af spisning med uimodståelige spiseimpulser, hvor der i løbet af begrænset tid (minutter til timer) indtages store mængder af mad. Personen har en forstyrret legemsopfattelse og frygt for fedme, og anvender også selv fremkaldende opkastning, misbrug af afføringsmidler samt perioder med total faste.

Binge Eating Disorder

Binge Eating Disorder, tvangsspisning, optræder ikke i ICD-10, men Sundhedsstyrelsen anvender betegnelsen som overspisning *uden* regelmæssige vægtregulerende tiltag (Sundhedsstyrelsen, 1999). Personer med nervøs tvangsspisning er som regel overvægtige, men har i forhold til andre overvægtige spiseanfald, som de ikke er i stand til at kontrollere. Under disse spiseanfald overskrider de mæthedsgrensen og føler sig efter følgende ulækre og skyldige.

Definition af etnicitet

Siden 2005 har Danmarks Statistik defineret etniske minoriteter som indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande. Danmarks Statistik registrerer fødeland og statsborgerskab for alle bosiddende i Danmark. Ved hjælp af begreberne indvandrere og efterkommere kan Danmarks Statistik således udarbejde talmateriale for bosiddende i Danmark efter oprindelsesland.⁶

⁶ <http://www.dst.dk/Vejviser/Portal/Befolkning/Definitioner.aspx>

Indvandrere

Indvandrere er *født i udlandet*. Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er født i udlandet, opfattes personen også som indvandrer.

Efterkommere

Efterkommere er *født i Danmark*. Ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark. Hvis der ikke findes oplysninger om nogen af forældrene, og personen er udenlandsk statsborger, opfattes personen også som efterkommer. Når en eller begge forældre, der er født i Danmark, opnår dansk statsborgerskab, vil deres børn ikke blive klassificeret som efterkommere. Fastholder danskfødte forældre imidlertid begge et udenlandsk statsborgerskab, vil deres børn blive klassificeret som efterkommere.

Personer med dansk oprindelse

Personer med dansk oprindelse er personer – uanset fødested – der har mindst én forælder, der både er dansk statsborger og født i Danmark.

Oprindelsesland

Oprindelsesland defineres ud fra følgende regler:

- Når begge forældre kendes, defineres oprindelsesland ud fra moderens fødeland. Hvis dette er Danmark, bruges statsborgerskabslandet.
- Når kun én forælder kendes, defineres oprindelseslandet ud fra dennes fødeland. Hvis dette er Danmark, bruges statsborgerskabslandet.
- Når ingen af forældrene kendes, er oprindelseslandet defineret ud fra personens egne oplysninger. Er personen indvandrer, antages det, at oprindelseslandet er lig med fødelandet. Er personen efterkommer, antages det, at oprindelseslandet er lig med statsborgerskabslandet.

Vestlige og ikke-vestlige lande

- Vestlige lande: Alle EU-lande plus Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand. Fra 1. januar 2007 er Bulgarien og Rumænien en del af EU. De indgår fra samme dato i Vestlige lande.
- Ikke-vestlige lande: Alle øvrige lande.

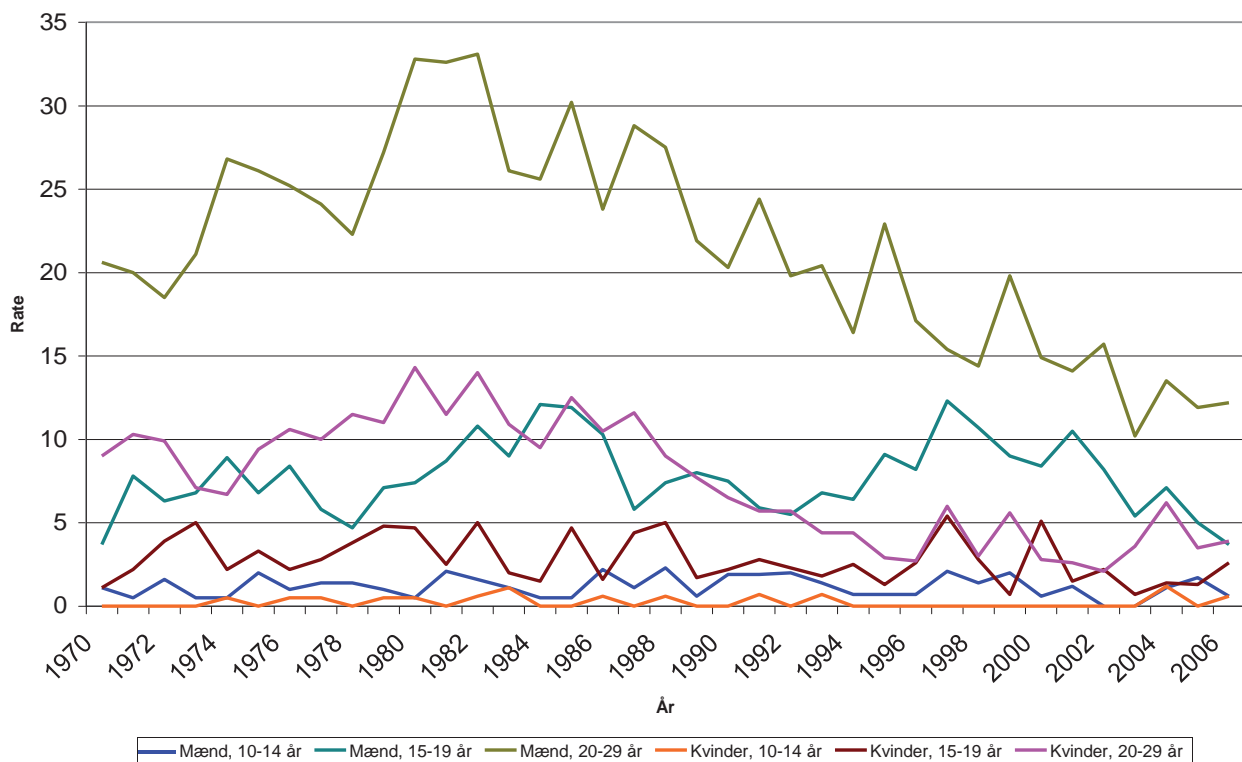
3 Problemets omfang

Selv mord

Kendskab til omfanget af selvmord hentes fra Register for Selvmord, der er et udtræk fra Dødsårsagsregisteret, som administreres af Sundhedsstyrelsen. I 1980 blev der registreret det højeste antal selvmord i Danmark (1617 selvmord). Antallet er faldet støt gennem årene frem til omkring år 2002, hvor det er stagneret til omkring 600-700 selvmord pr. år.

Figur 1 viser køns- og aldersspecifikke selvmordsrater (antal selvmord pr. 100.000 indbyggere pr. år) for perioden 1970-2006. Faldet i selvmordsraten siden 1980 ses ikke hos de helt unge aldersgrupper, 10-14 år og 15-19 år (disse tal skal dog ses i forhold til, at der kun er ganske få selvmord i aldersgruppen under 20 år). Et fald i raten siden 1980 ses derimod i aldersgruppen 20-29 år.

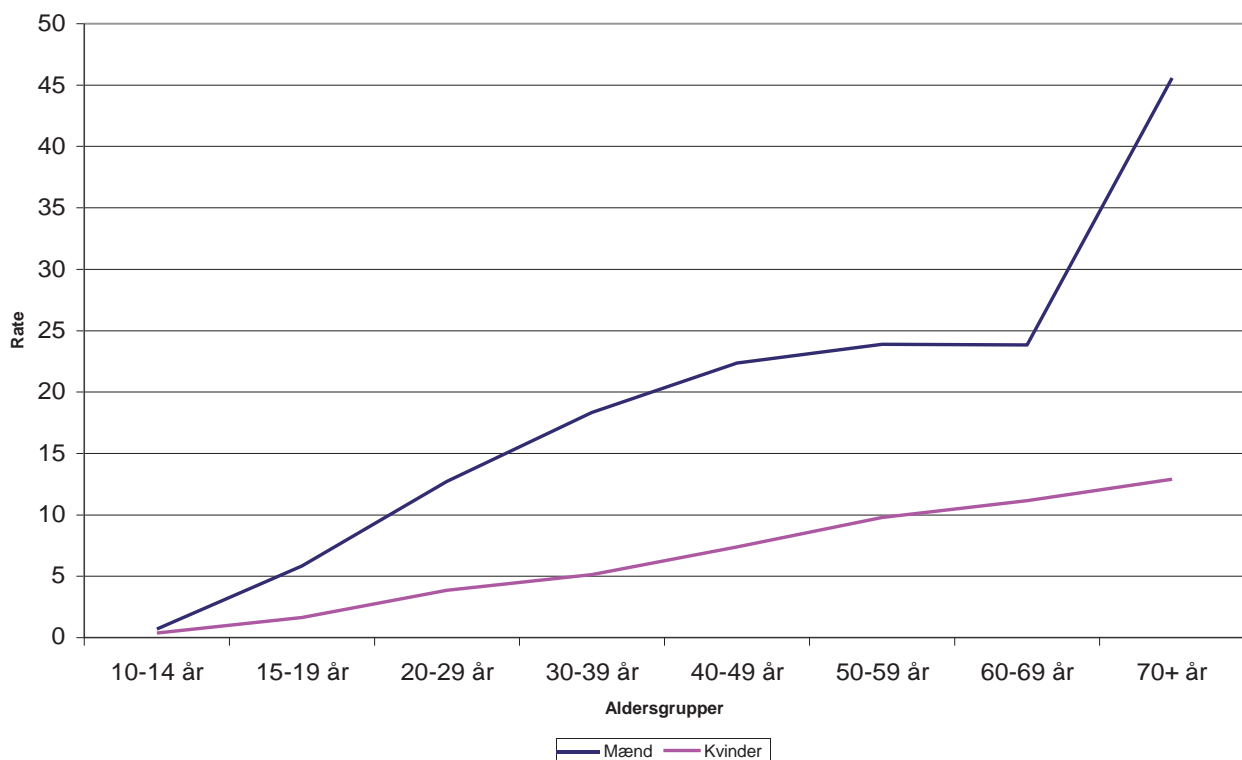
Figur 1. Selvmordsrate (antal selvmord pr. 100.000 indbyggere pr. år) for unge under 30 år i perioden 1970-2006, fordelt på køn og aldersgrupper



Figur 2 viser, at selvmordsraten stiger med alderen for begge køn, og at selvmordsraten er højere for mænd end kvinder i en given aldersgruppe.

Det årlige gennemsnit i perioden 2002-2006 ligger på 2 selvmord i aldersgruppen 10-14 år, 11 selvmord i alderen 15-19 år og 54 selvmord i aldersgruppen 20-29 år. Af disse udgør selvmord blandt drenge/mænd 77 % (Register for Selvmord).

Figur 2. Vægtet gennemsnit af selvmordsraten (antal selvmord pr. 100.000 indbyggere pr. år) i perioden 2002-2006, fordelt på køn og aldersgrupper



Inden for selvmordsstatistik arbejder man med et begreb, "det udvidede selvmordsbegreb", som foruden dødsfald, der med sikkerhed skyldes selvmord, også omfatter dødsfald med usikker døds måde (dvs. det kan ikke afgøres, om dødsfaldet skyldes selvmord, ulykke eller vold). Denne kategori indeholder utvivlsomt en del selvmord.

Det årlige gennemsnit for usikker døds måde i perioden 2002-2006 ligger på 1 dødsfald i aldersgruppen 10-14 år, 1 dødsfald i alderen 15-19 år og 9 dødsfald i aldersgruppen 20-29 år. Drengene/mænd står blandt de unge for 68 % af disse dødsfald (Register for Selvmord).

Registrerede selvmordsforsøg

Kendskab til omfanget af registrerede selvmordsforsøg hentes fra Center for Selvmordsforsknings Register for Selvmordsforsøg, der indeholder selvmordsforsøg blandt personer bosiddende i Fyns Amt i perioden 1990-2007. Registeret viser kun "*toppen af isbjerget*", da registreringen af et selvmordsforsøg forudsætter, at personen kommer i kontakt med et sygehus i amtet i forbindelse med selvmordsforsøget.

Desuden er der en *underregistrering* af selvmordsforsøg med hospitalskontakt, da registrering forudsætter at:

- selvmordsforsøget registreres under den korrekte kontaktårsagskode (dvs. selvmordsforsøg, selvskade)
- journaler, skadekort forefindes, hvor det er muligt at vurdere om der er tale om et selvmordsforsøg i følge WHO's definition

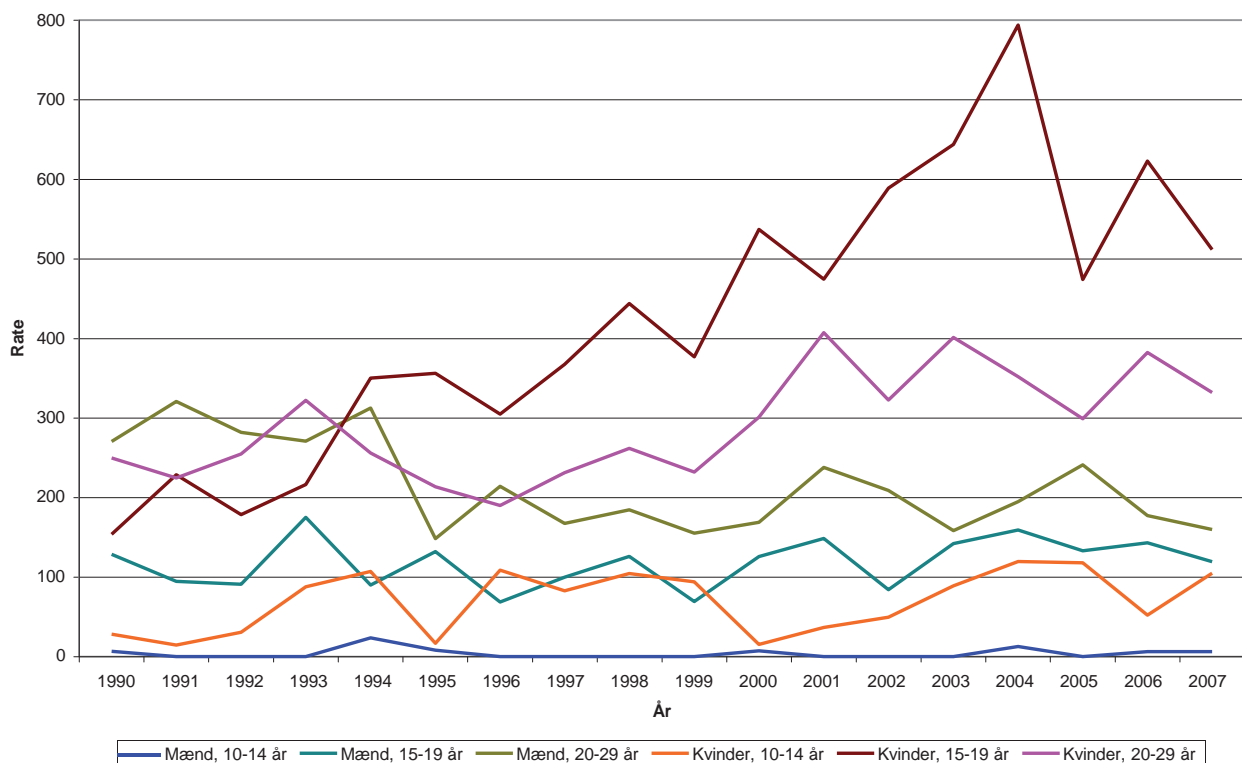
Der findes ikke konkrete tal for, hvor stor en del af selvmordsforsøgene der registreres, men internationale skøn siger, at registreringen omfatter mellem 10 og 25 % af selvmordsforsøgene (Jessen et al., 1996).

Figur 3 viser aldersspecifikke selvmordsforsøgsrater (antal selvmordsforsøg pr. 100.000 indbyggere pr. år) for unge mænd og kvinder. Generelt ligger forsøgsraten for kvinder højere end for mænd indenfor samme aldersgruppe. Mindstealderen for selvmordsforsøgere i Register for Selvmordsforsøg er 12 år, og i aldersgruppen under 15 år er der stort set kun piger (Raten har de seneste år ligget på omkring 100 for piger i aldersgruppen 10-14 år).

Mænd i alderen 20-49 år har i registerets levetid haft de højeste rater blandt mænd, men de har været faldende i perioden 1990-2007, mens raten i de øvrige aldersgrupper har ligget nogenlunde stabilt.

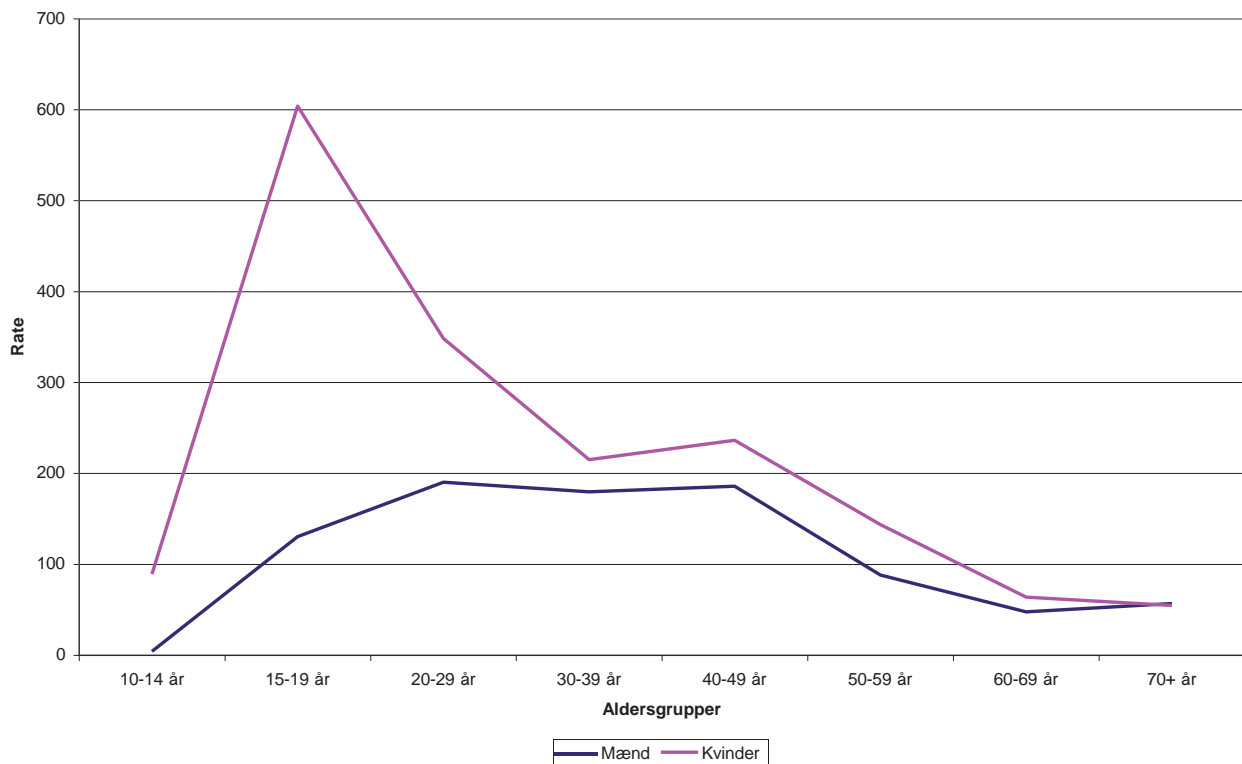
I begyndelse af 1990'erne havde kvinder i alderen 30-49 år den højeste forsøgsrate, men den har i perioden været faldende (Register for Selvmordsforsøg). Derimod har forsøgsraten for yngre kvinder, især aldersgruppen 15-19 år og i mindre omfang aldersgruppen 20-29 år, været kraftigt stigende, således at disse aldersgrupper siden år 2000 har haft den højeste selvmordsforsøgsrate. Kvinder i alderen 15-19 år havde den højeste rate i 2004 på ca. 800 forsøg pr. 100.000 svarende til en stigning på godt 400 % i forhold til 1990. Raten for denne aldersgruppe ser dog ud til at være aftaget siden.

Figur 3. Selvmordsforsøgsraten for unge (antal selvmordsforsøg pr. 100.000 indbyggere pr. år) for registrerede selvmordsforsøg i Fyns Amt i perioden 1990-2007 fordelt på køn og aldersgrupper

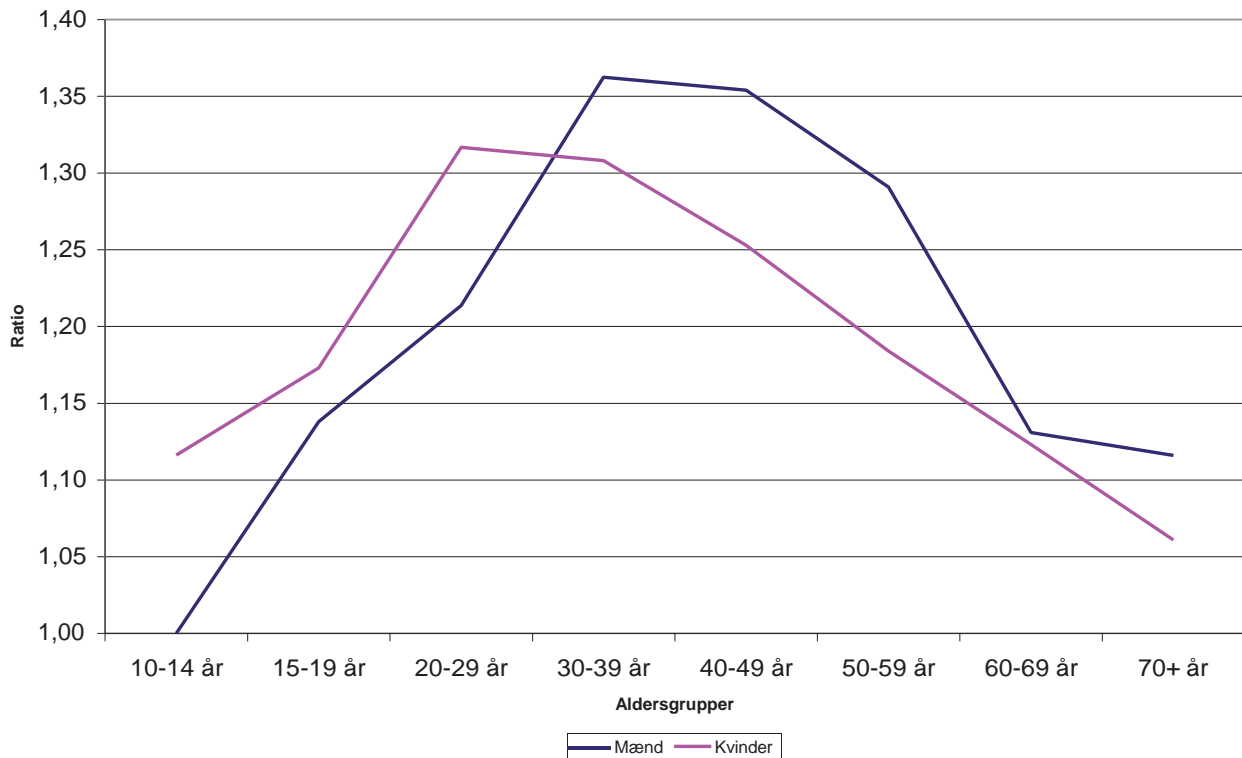


Kvinder har flere selvmordsforsøg end mænd inden for alle aldersgrupper (figur 4). For kvinder toppe selvmordsforsøgsrisikoen allerede i 15-19-års alderen. For mænd toppe den i aldersgruppen 20-29 år og holder sig konstant frem til 50-års alderen.

Figur 4. Vægtet gennemsnit af selvmordsforsøgsraten (antal selvmordsforsøg pr. 100.000 indbyggere pr. år) i perioden 2002-2006, fordelt på køn og aldersgrupper



Figur 5. Antal forsøg pr. person med selvmordsforsøg pr. kalenderår, fordelt på køn og alder i perioden 1990-2007.



Det er karakteristisk for selvmordsforsøgere, at de ofte har flere selvmordsforsøg. Figur 5 viser antal selvmordsforsøg pr. selvmordsforsøger pr. kalenderår for perioden 1990-2007. Denne ratio har sit maksimum i aldersgruppen 20-29 år for kvinder (1,32) og i aldersgruppen 30-39 år for mænd (1,36).

I en undersøgelse blev de yngre personer fra Register for Selvmordsforsøg i perioden 1990-2003 opdelt i 5-års fødselsårgange 1965-1969, 1970-1974 osv. til 1985-1989, og analysen viser, at det stigende antal selvmordsforsøg i denne periode for kvindernes vedkommende skyldes, at de yngste fødselsårgange både havde flere personer med selvmordsforsøg, samt at disse personer havde flere selvmordsforsøg, når man sammenlignede med de ældre fødselsårgange (Jensen og Christiansen, 2006).

Tabel 1 viser det estimerede antal selvmordsforsøg, der resulterer i en kontakt til et sygehus, under forudsætning af at Fyn er repræsentativt for hele landet, og Register for Selv-

mordsforsøg indeholder alle selvmordsforsøg med hospitalskontakt. Det anslåede antal selvmordsforsøg blandt unge under 30 år er ca. 3000 om året på landsplan. Dette antal er underestimeret på grund af underregistrering.

Tabel 1. Estimat på antallet af registrerede selvmordsforsøg (selvmordsforsøg med hospitalskontakt) blandt unge i Danmark ud fra Register for Selvmordsforsøg. Årligt gennemsnit for perioden 2002-07.

	DRENGE	PIGER	ALLE
10-14 år	10	150	160
15-19 år	200	900	1100
20-29 år	600	1100	1700
I alt	810	2150	2960

Selvmordsforsøg i Landspatientregisteret

Landspatientregisteret har været anvendt til at få et landsdækkende overblik over antal selvmordsforsøg, der resulterer i en kontakt til hospital. (Helweg-Larsen et al., 2006). Det fremgår, at der årligt i perioden 1995-2004 er registreret mellem 1600 og 2000 kontakter blandt mænd og 1700 til 2400 kontakter blandt kvinder med kontaktårsag selvska-
de/selvordshandling.

Undersøgelsen konkluderer, at raten for registrerede sygehuskontakter betinget af en selvskade/selvordshandling er nogenlunde konstant i perioden 1995-2004. Blandt 10-29-årige kvinder er stigningen i kontaktrate mest udtalt blandt de 10-19-årige fra 1999 og frem til 2004, hvor kontaktraten var på knap 250 pr. 100.000 i begge disse aldersgrupper, når man bruger det udvidede selvmordsforsøgsbegreb, som udover alle kontakter på grund af selvskade/selvordshandling også medtager alle medicinforgiftninger, de fleste øvrige forgiftninger samt snitlæsioner i håndled. Dette svarer til ca. 1640 selvmordsforsøg pr. år i alt, sammenlignet med det tilsvarende estimat fra Register for Selvmordsforsøg på knap 2500 i år 2004. Forklaringen på denne forskel skyldes divergerende former for registreringspraksis på hospitalerne, hvor en undersøgelse har vist, at selvmordsforsøg ofte kodes

under andre kontaktårsager end selvskade/selv mordshandling (Helweg-Larsen et al., 2006), hvorimod Odense Universitetshospital og Sygehus Fyn har en højere andel af kontaktårsag selvskade/selv mordshandling.

Sammenligning af tal fra Landspatientregisteret og Register for Selvmordsforsøg viser at:

- Raterne estimeret ud fra Landspatientregisteret, uanset om man vælger kontaktårsag selvskade/selv mordshandling alene eller det udvidede selvmordsforsøgsbegreb, er lavere end estimeret ud fra Register for Selvmordsforsøg
- Landspatientregisteret og Register for Selvmordsforsøg viser de samme tendenser (som f. eks. den store stigning blandt yngre kvinder frem til år 2004)

For 2006 er der opgjort 6.767 selvmordsforsøg. I 2007 faldt tallet til 6.131, og i 2008 er antallet 4.872. (Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, 2009). Dette kunne antyde, at selvmordsforsøgsraten siden 2004 har været nedadgående.

Selvskade (incl. selvmordsforsøg og selv mutilation) belyst ved spørgeskemaundersøgelser

I disse undersøgelser spørges der til selvmordsforsøg eller selvskade (selvskade generelt eller opdeling af selvskade i selvmordsforsøg og selv mutilation (vanemæssig selvskade). 3042 spørgeskemaer udfyldt af 15-24-årige i uddannelsessystemet (Jessen et al., 1996) indsamlet 1993-95 på Fyn og i Jylland. 149 af de 3042 havde haft et selvmordsforsøg (4,9%).

Heraf var de 108 piger, svarende til odds ratio på 2,04. Fordelt på køn svarer det til 3,1 % af drengene og 6,2 % af pigerne. Antallet af elever med selvmordsforsøg varierede meget

fra skoletype til skoletype og var mest udbredt på efterskoler og produktionsskoler. Ud af de 3042 elever havde de 469 (15,4 %) skadet sig selv med vilje.

Unge selvskade i Folkeskolens ældste klasser

I undersøgelsen fra 2001-02 (Zøllner og Jensen [I] 2009) (tabel 2) er der 10,5 % af de unge, som svarer, at de har skadet sig selv, og blandt disse er der en signifikant overvægt af piger i forhold til drenge (4,5 % af drengene og 16,7 % af pigerne har skadet sig selv). I 2001-02 angav 7,9 % af den samlede gruppe unge (n=5205), at de har skadet sig selv inden for det seneste år. I disse tal gemmer sig både selvmordsforsøg og vanemæssig selvskade, som det ikke er muligt at skille ad.

I 2007-08 undersøgelsen er der 13,6 %, som har skadet sig selv (4,8 % af drengene og 22,1 % af pigerne). I 2006-07 er det 10,7 % af den samlede gruppe unge (n=3275), der svarer, at de har skadet sig selv inden for det sidste år.

For at kunne besvare spørgsmålet om, hvorvidt der er sket en ændring i andelen af unge med selvskade, anvendes kun elevbesvarelser fra 9. klasserne, som kommer fra skoler, der deltog både i 2001-02 og 2006-07. I 2006-07 har således 4,3 % af drengene og 20,3 % af pigerne skadet sig selv. Stigningen i forhold til 2001-02, hvor 4,6 % af drengene og 17,4 % af piger har skadet sig selv, er dog ikke signifikant.

Tabel 2. Andelen af elever i Folkeskolens ældste klasser (8. og 9. klasse) med selvskadende adfærd fordelt på køn og indsamlingsperiode.

	DRENGE		PIGER	
	2001-02 n = 2665	2006-07 n = 1609	2001-02 n = 2562	2006-07 n = 1665
Forsøgt at skade sig selv nogensinde	4,5 %	4,8 %	16,7 %	22,1 %
Nogensinde været på sygehus p.g.a. selvskade	0,5 %	0,7 %	1,7 %	1,5 %
Forsøgt at skade sig selv flere gange	1,8 %	2,1 %	6,4 %	13,8 %
Forsøgt at skade sig selv indenfor det sidste år	3,3 %	3,7 %	13,3 %	17,9 %
9. klasse på skoler deltaget i begge indsamlingsperioder				
Forsøgt at skade sig selv nogensinde	4,6 %	4,3 %	17,4 %	20,3 %
Sammenligning af selvskade og registrerede selvmordsforsøg				
Selvskaderate (Antal personer 100.000 pr. år) blandt unge i Folkeskolens ældste klasser	3.300	3.700	13.300	17.900
Selvmordsforsøgsrate (Antal personer 100.000 pr. år) i aldersgruppen 15-19 år i Fyns amt	150	190	630	760
Selvmordsforsøgsrate i % af selvskaderate	4,5 %	5,1 %	4,7 %	4,2 %

Tabel 3. Kontakt til sundhedssystemet efter sidste selvskade blandt elever i Folkeskolens ældste klasser (8. og 9. klasse) fordelt på køn og indsamlingsperiode.

	DRENGE		PIGER	
	2001-02	2006-07	2001-02	2006-07
Været på sygehus	5,0 %	13,2 %	7,5 %	4,9 %
Været hos egen læge	2,5 %	10,5 %	5,9 %	6,8 %

Tabel 3 viser, at mellem 5 % og 13 % af den sidste selvskade, de unge har haft, har medført behandling på et sygehus. Denne andel er en anelse større end ratioen mellem en person-baseret selvmordsforsøgsrate (beregnet ud fra Register for Selvmordsforsøg) og en person-baseret selvskaderate (beregnet ud fra spørgeskemaundersøgelsen). Undersøgelsen siger desværre intet om, hvorvidt der i spørgeskemaundersøgelsen er tal om vanemæssig selvskade eller selvmordsforsøg.

Unge selvskade i de gymnasiale uddannelser

Tabel 4 viser frekvensen af selvskade fordelt på selvmordsforsøg og vanemæssig selvskadende adfærd i de gymnasiale uddannelser. Frekvensen af unge, der har skadet sig selv er af samme størrelse som frekvensen af unge med selvskade i folkeskolen, selvom eleverne i gymnasieskolerne er ældre. Dette kan skyldes, at gymnasieelever er mindre, sårbare end de unge, der ikke går i gymnasiet, eller at selvskadende adfærd allerede udvikles i folkeskolens ældste klasser. En skelnen mellem selvmordsforsøg og vanemæssig selvskade viser, at andelen af unge, der har haft selvmordsforsøg, er større end andelen af unge, der har haft vanemæssig selvskadende adfærd, og at begge typer adfærd er hyppigere hos piger end drenge.

Tabel 4. Frekvens af forskellige typer af selvskade blandt unge i de gymnasiale uddannelser fordelt på køn.

	DRENGE n = 1692	PIGER n = 2127
Forsøgt at skade sig selv nogensinde	4,4 %	19,3 %
Forsøgt at skade sig selv flere gange	2,4 %	10,0 %
Haft selvmordsforsøg nogensinde	4,1 %	16,0 %
Haft vanemæssig selvskadende adfærd nogensinde	1,1 %	5,9 %

Tabel 5 viser andelen af unge, der har haft kontakt til sundhedssystemet efter et selvmordsforsøg, og dette bekræfter i høj grad formodningen om, at registrene kun viser toppen af isbjerget. Andel af selvmordsforsøg, der resulterer i en hospitalskontakt i aldersgruppen 15-19 år udgør næppe over 10 %. Denne andel kan sagtens være en anden for andre aldersgrupper. Andelen af selvmordsforsøg med hospitalskontakt i denne aldersgruppe udgør omkring 1100, mens det årlige samlede antal selvmordsforsøg i denne aldersgruppe ud fra et forsigtigt skøn således udgør i størrelsesordenen 10.000 pr. år i

perioden 2002-07. Dette resultat stemmer rimeligt overens med begge undersøgelser af selvskade i såvel de ældste klasser i folkeskolen som i de gymnasiale uddannelser.

Tabel 5. Kontakt til sundhedssystemet efter sidste selvskade blandt elever i Folkeskolens ældste klasser (8. og 9. klasse) fordelt på køn og indsamlingsperiode.

	DRENGE n = 69	PIGER n = 341
Var hos læge	6 %	5 %
Kom på hospitalet	10 %	8 %

Selv mordstanker

Opgørelser over hvor mange mennesker, der har selvmordstanker, er behæftet med megen usikkerhed og mange metodologiske vanskeligheder. Vanskelighederne består bl.a. i definitionen af selvmordstanker. Ved Statens Institut for Folkesundhed har man to gange inkluderet spørgsmål om selvmordstanker i interviewbaserede befolkningsundersøgelser. Undersøgelserne viser, at selvmordstanker er hyppigst forekommende hos de 16-19-årige (17 % af mændene og 21 % af kvinderne inden for det sidste år). Forekomsten falder derefter med alderen, og selvmordstanker er mindst hyppige blandt de ældste 67+ år. (Madsen et al. 2003).

3042 spørgeskemaer udfyldt af 15-24-årige i uddannelsessystemet og indsamlet 1993-95 på Fyn og i Jylland viser, at 32,9 % havde overvejet af begå selvmord en enkelt eller et par gange, og 6,3 % havde overvejet det flere gange eller jævnligt (Jessen et al., 1996). I 2002-03 angav 18,6 % af drengene og 47,1 % af pigerne i 8. og 9. klasse i Fyns Amt, at de alvorligt har overvejet at tage en overdosis eller skade sig selv på anden måde, uden at gennemføre det. (Zøllner og Jensen [I] 2009). I 2007-08 var det 12,8 % af drengene og 34,9 % af pigerne i 9. klasse i Fyns Amt, der alvorligt havde overvejet at tage en overdosis eller skade sig selv på anden måde, uden at gennemføre det (tabel 6). Knap 75 % af disse har haft overvejelser

inden for det sidste år. De to perioder er ikke umiddelbart sammenlignelige, idet der er forskel på hvilke skoler og hvilke klassetrin, der har deltaget i de nævnte undersøgelser. Hvis man begrænser analysen til 9. klasse elever på de skoler, som har deltaget i begge indsamlingsperioder, er der sket et signifikant fald i andelen af unge, der har haft alvorlige overvejelser om selvskaade.

Tabel 6. Frekvens for alvorlige overvejelser om at skade sig selv hos unge i folkeskolens ældste klasser, fordelt på køn og indsamlingsperiode.

	DRENGE		PIGER	
	2001-02 n = 2665	2006-07 n = 1609	2001-02 n = 2562	2006-07 n = 1665
Alvorligt overvejet at skade sig selv nogensinde	18,6 %	12,8 %	47,1 %	34,9 %
Alvorligt overvejet at skade sig selv flere gange	6,7 %	4,3 %	21,3 %	13,7 %
Alvorligt overvejet at skade sig selv indenfor det sidste år		9,4 %		25,1 %
9. klasse på skoler deltaget i begge indsamlingsperioder.				
Alvorligt overvejet at skade sig selv nogensinde	18,8 %	12,0 %	49,5 %	33,7 %

Tilsvarende spørgsmål er stillet til de unge i de gymnasiale uddannelser (tabel 7). Her har en mindre andel af såvel drenge (12,8 %) som piger (30,0 %) haft alvorlige overvejelser om at skade sig selv end i Folkeskolens ældste klaser. Tilsvarende har godt 55 % af disse haft overvejelser inden for det sidste år.

Tabel 7. Frekvens for alvorlige overvejelser om at skade sig selv hos unge i de gymnasiale uddannelser, fordelt på køn og indsamlingsperiode.

	DRENGE	PIGER
	n = 1692	n = 2127
Alvorligt overvejet at skade sig selv	12,8 %	30,0 %
Flere gange alvorligt overvejet at skade sig selv	5,1 %	11,4 %
Alvorligt overvejet at skade sig selv indenfor det sidste år	6,9 %	17,5 %

Der kan gives flere mulige forklaringer på, at der er færre i de gymnasiale uddannelser end i folkeskolens ældste klasser, der har haft alvorlige overvejelser om at skade sig selv.

- Forekomsten falder med alderen, og selvmordstankerne er mindst hyppige blandt de ældste 67+ år (sammenlign med Madsen et al., 2003).
- Der sker en selektion efter folkeskolen, så gymnasieskolen rummer de elever, der har den laveste frekvens af selvskadende adfærd og overvejelser herom.

Konklusion

Selvmord

- Risikoen for selvmord stiger med alderen
- Risikoen er større for mænd end for kvinder
- Risikoen har været faldende siden 1980 for de 20-29-årige og nogenlunde konstant for de 10-19-årige
- Antallet af selvmord blandt unge er en smule underestimeret, men omfattende usikker døds måde anslås antallet af selvmord gennemsnitligt til i perioden 2002-06, 2-3 i aldersgruppen 10-14 år, 11-12 i 15-19 år, ca. 50 (± 5) i 20-29 år, 75 % er drenge/mænd.

Selvordsforsøg

- Risikoen for selvordsforsøg er størst for kvinderne i aldersgruppen 15-19 år og for mænd i aldersgruppen 20-49 år.
- Risikoen er større for kvinder end for mænd
- Risikoen har været kraftigt stigende siden 1990 for unge kvinder (især 15-19-årige, hvis rate dog synes at være aftaget siden 2004) og nogenlunde konstant for unge mænd
- Antallet af selvordsforsøg i aldersgruppen 15-19 år anslås forsigtigt til at ligge i størrelsesordenen 10.000 forsøg pr. år, heraf bliver ca. 10 % behandlet på et hospital og

- dermed registreret (ca. 1.000). Det samlede antal selvmordsforsøg blandt unge, der resulterer i en hospitalskontakt, anslås til ca. 3.000 om året.

Vanemæssig selvskade (selvmutilation)

- Risikoen er større for kvinder end for mænd (i gymnasieskolen anslås frekvensen af elever med tidligere selvskade til 1 % af drengene og 6 % af pigerne)
- Det ser ud til, at en mindre andel af de unge har haft vanemæssig selvskadende adfærd end den del, der har haft selvmordsforsøg.
- Det er vanskeligt i praksis at afgrænse selvmordsforsøg og vanemæssig selvskade fra hinanden, idet en del unge har haft begge former for adfærd.

4 Danske og nordiske studier af unges selvskade og selvmordsadfærd

Indledning

I november 1996 blev der taget initiativ til at udarbejde en national handlingsplan for en samlet forebyggende indsats overfor selvmordsadfærd i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 1998). Af denne handlingsplan fremgår det, at der er behov for en selvstændig dansk selvmordsforskning, idet den danske forskning på området var meget beskedent. Siden 1996 er der i Danmark udkommet en række kvalitative og kvantitative forskningsprojekter omhandlende selvskade, selvmordsforsøg og selvmord blandt unge. Karakteristisk for de danske studier er, at de primært har identificeret risikofaktorer; der er således stadig begrænset viden om hvilke faktorer, der beskytter unge mod selvskade og selvmordsadfærd. De danske forskningsstudier tager typisk udgangspunkt i en klinisk population af unge eller af unge, der befinder sig i det danske uddannelsessystem. I nogle undersøgelser indgår ungdomsgruppen som en del af den samlede studiepopulation, i andre består undersøgelsesgruppen kun af de unge. Nærværende rapport vil primært beskrive de studier, hvor populationen udelukkende består af unge. I en oversigtsform fremlægges således centrale danske samt andre nordiske studier vedrørende unges selvskade, selvmordsforsøg og selvmord. Oversigtsformen er struktureret ud fra de væsentligste risikofaktorer, som de enkelte studier har identificeret. I appendix findes to tabeller over undersøgelserne.

Distale risikofaktorer

Risikofaktorer kan opdeles i to hovedgrupper, henholdsvis distale og proksimale faktorer. Afhængigheden af f.eks. alkohol kan kategoriseres som en distal risikofaktor for selvmordsadfærd, dvs. en prædisponerende faktor, der øger risikoen for selvmord, selvmordsforsøg eller selvskade hos et individ. Proksimale risikofaktorer er derimod akutte

udløsende faktorer, som determinerer timingen af selvmordsadfærden ved at omsætte de distale risikofaktorerens potentiale til handling. Proximale risikofaktorer er eksempelvis alkoholberuselse, som kan forstærke depression, aggression og kognitiv konstriktion, der forhindrer folk i at blive opmærksomme på alternative, ikke-aggressive mestringsstrategier. Risikofaktorer kan være individuelle, miljø- eller samfundsrelaterede (Hufford, 2001). Fokus i herværende rapport er de distale risikofaktorer.

Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er en sammensat gruppe af sygdomme, der omfatter organiske psykiske lidelser, psykiske lidelser på baggrund af misbrug, lidelser i skizofrenispektret, affektive sindslidelser (stemningssygdomme), nervøse og stressrelaterede tilstande, spiseforstyrrelser samt personlighedsforstyrrelser. Der er god forskningsdokumentation for, at unge med psykiske lidelser har en større sandsynlighed for selvmordsadfærd og selvmordstanker end normalbefolkningen. Depression, skizofreni, spiseforstyrrelser, personlighedsforstyrrelser – antisocial, ustabil eller borderline – har en positiv association med unges selvmordsadfærd. Især børn og unge med affektive misbrugs- og personlighedsforstyrrende samt depressive lidelser er i forhøjet risiko. Manglende evne til at kontrollere egne impulser menes at være en vigtig proximal faktor for unges selvmordshandlinger (Klinik for Selvmordstruede, 2009).

Komorbiditet

En række danske og nordiske studier viser, at komorbiditet, dvs. hvis den unge har mere end en psykiatrisk diagnose, øger risikoen for selvskade og selvmordsadfærd blandt unge (Damsted et al., 2006, Tuisku et al., 2006, Marttunen et al., 1995, Runeson et al., 1990, Marttunen et al., 1991, Stenager et al., 2008). Runesons studie af 58 ungdomsselv mord viser, at 47 % af de unge var dobbeltdiagnostiserede. Diagnosen en borderline personlighedsforstyrrelse eller skizofreni var således ofte ledsaget af et alkoholmisbrug (Runeson,

1998). Marttunen fandt lignende resultat. 51 % af undersøgelsespopulationen, der havde begået selvmord, var således dobbeltdiagnostiseret (Marttunen et al., 1993).

Indlæggelse og Udskrivelse

For personer over 15 år er det påvist, at risikoen for selvmord og selvmordsforsøg er størst lige ved indlæggelse og de første par uger efter udskrivelse (Qin et al., 2005, Stenager et al., 2008). Stenager fandt, at risikoen for selvmord blandt indlagte unge kvinder og mænd steg betragteligt kort efter indlæggelse og kort efter udskrivelse fra psykiatrisk hospital. De unges selvmordsrisiko faldt jo længere tid, der gik efter udskrivelse. Studiet påviser desuden, at unge (især kvinder) med flere psykiatriske indlæggelser bag sig er i forhøjet risiko for selvmord (Stenager et al., 2008).

Selvordsforsøg

I forhold til selvmordsforsøg blandt de unge viser tal fra Center for Selvmordsforskning, at 25 % af de unge, som indlægges efter et selvmordsforsøg, har svære psykiske lidelser. 11 % af de unge, der indlægges i forbindelse med et selvmordsforsøg har en psykiatrisk diagnose i forvejen, og 55 % af de unge, som indlægges efter det første selvmordsforsøg, modtager senere psykiatrisk behandling i den efterfølgende periode på fire år. (Larsen, 2006).

En netop udgivet rapport, Sårbare livsfaser, viser, at 75,4 % af studiepopulationens unge (18-29 år) havde alvorlige mentale problemer, da de forsøgte selvmord.

Hyppigt forekommende psykiske lidelser blandt de unge var især depression, impulsiv borderline personlighedsforstyrrelse samt skizofreni (Stephensen et al., 2009).

Et andet dansk klinisk studie fandt, at 97 % af en gruppe indlagte børn under 15 år (pga. selvmordsforsøg) havde psykiatriske diagnoser. Hos pigerne fandt man flest 13-14-årige med forstyrret personlighedsudvikling og tilpasningsreaktioner, og hos drengene var der

flest i aldersgruppen 7-12 år med psykoser, gennemgribende udviklingsforstyrrelser, opmærksomhedsforstyrrelser og blandede emotionelle og adfærdsforstyrrelser som de hyppigst forekommende diagnoser. Pigerne foretog hyppigere selvmordsforsøg og selvskadende adfærd end drengene (Høg et al., 2002).

Selv mord

En række studier viser, at psykiatriske diagnoser er hyppigt forekommende blandt teenagere, der har begået selvmord (Grøholt et al., 1997, Marttunen et al., 1991, Runeson, 1990, Agerbo et al., 2002). En norsk undersøgelse påviser, at 74 % af de unge selvmordere havde en psykiatrisk lidelse; blandt de psykiatriske diagnoser er det særligt depressive lidelser, der er fremtrædende (Grøholt et al., 1997). Grøholt fandt, at 46 % af selvmorderne havde en depression, og at depression var den klart vigtigste risikofaktor for selvmord blandt unge. Et finsk studie af 53 unge selvmordere fandt lignende resultater. 94 % af selvmorderne havde en psykiatrisk diagnose, og den hyppigst forekommende diagnose var depression (Marttunen et al., 1991).

Danske registerstudier har tillige fundet, at unge, som er døde ved selvmord, ofte har været behandlet for psykisk sygdom eller har haft psykisk sygdom eller selvmord i familien, og /eller at barndommen har været præget af skilsmisser eller belastende forhold (Agerbo et al., 2002; Stenager et al., 2008).

Et dansk registerstudie, der inkluderede 3140 mænd i alderen 9-35 og 1002 kvinder i alderen 14-35, som havde begået selvmord i perioden 1981 til 1997, viser, at 1214 (38,7 %) af mændene og 572 (57,1 %) af kvinderne tidligere havde været indlagt pga. psykisk sygdom. Skizofreni var den hyppigst forekommende psykiatriske diagnose. Tidligere indlæggelse for psykisk sygdom var en signifikant større risikofaktor for kvinder end for mænd (Stenager et al., 2008).

Et andet dansk registerstudie, bestående af 496 unge i alderen 10-21 år, der havde begået selvmord i perioden 1981-1997, fandt, at psykisk sygdom var den væsentligste risikofaktor for selvmord (Agerbo et al., 2002). Ca. 15 % af de unge, der døde ved selvmord, havde været indlagt på grund af psykisk sygdom, hvilket svarer til, hvad man fandt i en stor finsk undersøgelse af unge selvmordere (Marttunen et al., 1995). Generelt kan det konkluderes, at psykisk sygdom er en væsentlig risikofaktor for selvskade og selvmordsadfærd blandt unge.

Spiseforstyrrelser

Selvmod er hyppigere blandt spiseforstyrrede end blandt den øvrige del af befolkningen. En undersøgelse gennemført af Emborg (2001) viser, at 20 % af de afdøde personer med spiseforstyrrelser havde begået selvmord. Til sammenligning skyldes to procent af alle dødsfald i Danmark selvmord. Især børn, der har været udsat for vanrøgt, svigt, vold eller incest, eller er opvokset i familier med alkohol- eller stofmisbrug eller med psykisk syge forældre, er sårbare og i risiko for at blive spiseforstyrrede.

En dansk undersøgelse har undersøgt sammenhængen mellem spiseforstyrrelser og selvmord (Zöllner og Christiansen, 2006). Studiets data består af i alt 2.179 cases i aldersgruppen 11-36, der har været indlagt med eller er død af en spiseforstyrrelse i perioden 1990-2000. Rapporten viser, at især helt unge kvinder er overrepræsenteret (129 mænd og 2050 kvinder). Halvdelen af kvinderne er 19 år eller derunder, mens halvdelen af mændene er 17 eller derunder. Undersøgelsen viser, at især tre faktorer øger risikoen for at udvikle en spiseforstyrrelse:

- Spiseforstyrrede søskende (øger risikoen 4½ gang)
- Forældre med anorexia nervosa (øger risikoen med 3½ gang)
- En far som er dømt for blodskam (øger risikoen tre gange)

De 2.179 personer følges i en fireårig periode, efter at de er diagnosticerede. Studiet viser, at der er en forøget signifikant risiko for, at personer med en spiseforstyrrelse tager deres eget liv, efter de har fået stillet diagnosen.

Damstad et al. (2006) undersøgte forekomsten af selvmordsadfærd og anden samtidig psykiatrisk diagnose i en klinisk population af 12-17-årige (N=37) med spiseforstyrrelser. Studiet fandt, at selvmordsadfærd hyppigere optræder hos patienter med spiseforstyrrelser end i baggrundsbefolkningen. 40 % rapporterede således om suicidale overvejelser, og 29 % havde selvskadende adfærd. Tendensen til både suicidal adfærd og psykiatrisk komorbiditet var mest fremtrædende hos de yngste (Damstad et al., 2006).

Selvmordsadfærd, tidlig død og mental sygdom i familien

Selv mord i nærmeste familie samt mental sygdom og tidlig død i nærmeste familie er en stærk risikofaktor for selvmord og selvskade blandt unge (Agerbo et al., 2002; Qin et al., 2002, Sørensen et al., 2009, Zöllner et al., 2009). For unge i alderen 10-21 år er der en særlig risiko for selvmord, hvis forældrene har været psykisk syge, taget deres eget liv eller er døde tidligt (Jessen et al., 1996; Agerbo et al., 2002).

I andre undersøgelser (Runeson, 1998; Sørensen et al., 2009) er der fundet en øget forekomst af selvmordsadfærd blandt børn og unge, som kommer fra familier med selvmordsadfærd. Den unge er således i forhøjet risiko, hvis en eller begge forældre har udvist selvmordsadfærd. Dette fænomen kaldes suicidal transmission. En forælders selvmord indebærer således markant risiko for skadet identitetsudvikling og kan blive et adfærdsmæssigt forbillede for, hvordan børn senere i livet på en destruktiv måde selv reagerer i perioder med modgang.

En svensk undersøgelse (Runeson, 1998) så på forekomsten af selvmordsforsøg og selvmord i unge selvmorderes familie. Studiet inkluderer 58 selvmordere i alderen 15-29. 17 af de 42 unge mænd og 5 af de 16 unge kvinder har forekomst af selvmordsadfærd i deres respektive familier. En spørgeskemaundersøgelse af unges selvskade (Zöllner og Jensen, 2009) viser ydermere, at selvmord og selvmordsforsøg blandt familie og venner udgør en signifikant risikofaktor for selvskade. I den nævnte undersøgelse er der blandt såvel de drenge som de piger, der skader sig selv, en overvægt, der har familie, hvor der har været et selvmord eller selvmordsforsøg. Selvmord i familien eller selvmordsforsøg blandt venner er en signifikant større risiko for, at drengene skader sig selv, end for at piger skader sig selv.

Social ydmygelse, mobning, socioøkonomiske faktorer

Social ydmygelse, som fører til udstødelse af samfundet eller skolen, kan forårsage alvorlige konsekvenser i form af mistrivsel, selvmordsforsøg og selvmord blandt unge. Det gælder også den sociale ydmygelse og udstødelse, som mobning er et udtryk for (Nygaard Christoffersen, 1999). Den danske og øvrige nordiske forskning relateret til mobning har ikke alene dokumenteret omfanget af problemet, men har også kortlagt nogle af de følgevirkninger, som ofte er forbundet med mobning. Der er tale om forringet fysisk og psykisk helbred, herunder depression, angst og i værste fald selvmordsadfærd. Nogle af studierne viser, at ikke alene mobbeofrene men også mobberne har forhøjet risiko for selvmordstanker, selvmordsforsøg og selvmord (Heino et al., 1999, Roland, 2002, Klomek et al., 2008, Luukkonen et al., 2009).

En finsk undersøgelse (Heino et al., 1999) af 16.410 unge i alderen 14-16 år påviser, at de elever, der mobber andre eller er ofre for mobning, har en forøget risiko for depression og selvmordstanker i forhold til de øvrige elever. Blandt pigerne er der en stærk statistisk sammenhæng mellem selvmordstanker og det at være offer for mobning eller mobbe

andre, hvorimod der blandt drengene er en sammenhæng mellem selvmordstanker og det at mobbe andre.

En norsk undersøgelse omhandlende mobning, depressive symptomer og selvmordstanker blandt en kohorte af 2.088 norske drenge og piger i 8. klasse viser som ovenstående finske undersøgelse en øget forekomst af depression og selvmordstanker blandt såvel ofrene for mobning som den udøvende part. Forekomsten af depressive symptomer er højst blandt ofrene for mobning, og undersøgelsen viser tillige en stærkere sammenhæng mellem selvmordstanker og de, der mobber, end tilfældet er for ofrene af mobningen. Sammenhængen er dog ikke signifikant. Depressive symptomer og selvmordstanker forekommer hyppigere hos pigerne end hos drengene (Roland, 2002). En ny undersøgelse om unges mistriivsel og selvskade (Zöllner og Jensen [II] udgives 2009) viser, at mobning udgør en signifikant risikofaktor for selvskade for både drenge og piger.

Forældres socioøkonomiske situation og den betydning denne situation har for deres børn, er ligeledes blevet undersøgt (Agerbo et al., 2002). Denne undersøgelse fandt, at forøget risiko for selvmord blandt unge var relateret til forældrenes selvmord eller tidlige død, forældrenes psykiatriske indlæggelse, arbejdsløshed, lav indkomst, ingen eller kort uddannelse samt skilsmisse.

Videreførelse af undersøgelser om sundhed og sygelighed i Danmark 1994 gennemført af Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi har påvist, at de økonomisk inaktive unge har en højere rate i selvmordsadfærd end de økonomisk aktive (Sundhed og sygelighed i Danmark, 2000).

Omsorgssvigt, vold, incest, anbringelse uden for hjemmet

En række danske og andre nordiske undersøgelser har undersøgt sammenhænge mellem belastende familieforhold og selvmordsadfærd blandt børn og unge (Nygaard Christoffer-

sen, 1993, Marttunen et al., 2008, Nrugham et al., 2008, Grøholt et al., 2007, Rossow et al. 1994, Stephensen et al., 2009, Nørlev et al., 2005).

Nygaard Christoffersen (1993) påviser i en interviewundersøgelse med en stratificeret stikprøve af 25-årige født i 1967 en række forhold, som kan bidrage til en forklaring på, hvorfor unge får selvmordstanker eller forsøger at begå selvmord. Nygaard Christoffersens undersøgelse viser en markant overhyppighed af selvmordsforsøg og selvmordsovervejelser blandt de unge, der i deres barndom har været udsat for vold, incest eller andre seksuelle overgreb fra forældre/stedforældre samt unge, som har været udsat for fysisk straf, eller som er anbragt uden for hjemmet.

Teenagealderen, lavt selvværd, misbrug og konflikter med forældre

En undersøgelse (Zöllner, 2002) foretaget i Ringkøbing Amt viser, at 13 % af de unge piger i 7.-10. klasse har forsøgt at skade sig selv, og 5,6 % har taget for mange piller. Tendensen er faldende med alderen. Af de lidt ældre elever dvs. de unge, som går i ungdomsuddannelserne, er der 8 % af pigerne, som angiver at have forsøgt at skade sig selv, og 3 % har taget for mange piller.

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed og er baseret på en stikprøve på knap 22.500 danske statsborgere i aldersgruppen fra 16 år og opefter. Spørgsmål vedrørende selvmordsadfærd er stillet til 2/3 af stikprøven og besvaret af 10.434. Undersøgelsen viser, at 19,3 % af de 16-19 årige har overvejet selvmord inden for det seneste år, og at flere unge kvinder end mænd har haft selvmordstanker (Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, 2002). Befolkningsundersøgelsen viser endvidere, at 2,5 % af de 16-19-årige har forsøgt selvmord inden for det seneste år, og at tanker og handlinger er et ungdomsfænomen, idet andelen med selvmordstanker og selvmordsforsøg falder med stigende alder.

En tidligere norsk undersøgelse af alle selvmord blandt unge i alderen 15-29 år i Oslo viser, at omkring en tredjedel har været afhængige af alkohol eller andre rusmidler (Retterstøl, 1985, 1993). En anden norsk spørgeskemaundersøgelse, som indeholder besvarelser fra 12.253 unge, afdækker, at 8,3 % af unge mellem 12-20 år inden for det sidste år har forsøgt selvmord. Kendetegnende for selvmordsforsøgerne er, at disse er piger, at de bor uden begge forældre, at de er ensomme og anvender rusmidler, herunder alkohol og hash. Der er modsat Ystgaards (2003) undersøgelse ingen kønsforskelle i sammenhængen mellem selvmordsforsøg og anvendelsen af alkohol. Selv efter korrektion for depression, ensomhed, køn og "livsvilkår" udgør alkoholmisbrug en risikofaktor for selvmordsforsøg (Rossow, 1994).

En norsk undersøgelse af unges selvskade (Ystgaard, 2003) viser en sammenhæng mellem lavt selvværd, misbrug og konflikter med forældre. Tilsvarende resultater findes i den danske undersøgelse af unge mistrivsel (Zøllner og Jensen [I] 2009).

Selv mordstanker

En dansk spørgeskemaundersøgelse blev gennemført i perioden marts 1993 til marts 1995 under overskriften: "Hvordan har I det?". Undersøgelsen omfatter 3042 elever fra 31 skoler/uddannelsesinstitutioner på Fyn og i Jylland (Jessen et al., 1996). Her angav 39,2 % at de havde overvejet at begå selvmord, og 4,9 % svarede, at de havde forsøgt at tage deres eget liv. Undersøgelsen påviser bl.a., at jo flere gange de unge havde tænkt på selvmord, jo større er risikoen for selvmordsforsøg. Desuden viser undersøgelsen, at 15,4 % har overvejet at skade sig selv med vilje, og at tanker om selvskadende adfærd udgør en markant risiko for selvmordsforsøg. En senere dansk undersøgelse (Zøllner og Jensen [I] 2009) viser, at mere end halvdelen af de unge, som har skadet sig selv, ønskede at dø.

I en norsk undersøgelse af 741 universitetsstuderende i Trondheim finder Bjerke (1992), at over 37 % af de adspurgte studerende har haft tanker om selvmord tidligere i deres liv.

15% af de unge studerende svarer bekræftende på at have haft selvmordstanker inden for det seneste år, et resultat der er næsten identisk med Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen. Selvmordsforsøg eller selvskade forekommer blandt 3,4 % af de studerende, og der er ingen kønsforskelle.

I den norske undersøgelse blev respondenterne inddelt i aldersgrupperne (< 24 år, 25-29 år og >30 år). Der forekommer ingen signifikante forskelle mellem aldersgrupperne mht. svarfordeling bortset fra tanker om selvmord, hvor signifikant flere under 24 år rapporterer om selvmordstanker. Som i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen falder forekomsten af tanker om selvmord blandt de unge altså med stigende alder.

Tidligere selvmordsforsøg

Tidligere selvmordsforsøg medfører en væsentlig risiko for, at den unge tager sit liv eller forsøger selvmord igen. Undersøgelser viser, at selvmordsforsøg er en af de bedste prædiktorer for gentagne selvmordsforsøg eller selvmord (Christiansen, 2005, Mehlum, 2002). En dansk registerundersøgelse (Klinik for selvmordstruede, 2009) viser, at unge, som har haft et selvmordsforsøg, er i forhøjet risiko for at dø af selvmord. Dog er risikoen højere for ældre, som har haft et selvmordsforsøg. Unge med selvmordsforsøg er endvidere i forhøjet risiko for tidlig død i forhold til andre unge uden selvmordsforsøg. Risikoen for gentagelse (recidiv) af selvmordsforsøg er størst umiddelbart efter forsøget, hvilket betyder, at selvmordsforsøg ofte gentages lige efter hinanden.

Nygaard Christoffersen (1993); Jessen (1997) påviser ligeledes i deres undersøgelser, at de unge, som forsøger at tage deres eget liv, har en øget risiko for på et senere tidspunkt at gennemføre et selvmord. En dansk undersøgelse har medtaget 22 unge selvmordsforsøgere i alderen 15-19 år. 14 ud af de 22 har kun foretaget det ene selvmordsforsøg, og kun én af disse unge gentager forsøget i løbet af de efterfølgende 5 år. Otte af de unge har

forsøgt tidligere – af disse gengangere gentager de tre forsøget i den efterfølgende periode. Selv blandt disse meget unge mennesker var 9 ud af de 22 (41 %) gengangere, medens kun 13 (59 %) har nøjedes med at forsøge én gang (Bille- Brahe et al., 1995).

I en norsk undersøgelse, omhandlende selvmord blandt unge i alderen 15-29 år, finder Retterstøl (1993), at 148 personer har begået selvmord i perioden fra 1982-1988 i Oslo. Ud af disse unge selvmordere har mindst 27 % (16 mænd og 20 kvinder) tidligere forsøgt ét eller flere selvmord.

Desuden viser forskellige studier, at opfølgningstiden efter et selvmordsforsøg også spiller en betydning for gentagne selvmordsforsøg. Mønsteret ser ud til at være, at jo hurtigere den unge får hjælp efter et selvmordsforsøg, jo mindre er risikoen for et nyt forsøg (Larsen, 2006).

Uddannelse, arbejdsløshed

Krarp et al. (1988) afdækker i en undersøgelse, der baserer sig på dødsattester, politi-rapporter og journaler, som belyser sociale, demografiske og psykiatriske forhold hos unge suiciderede danskere, at de fleste er dårligt uddannede. Blandt de 20-24-årige har godt tre fjerdele ingen uddannelse, og blandt de 25-29-årige drejer det sig om halvdelen. Cirka 60 % har ikke nogen beskæftigelse. Ud fra materialet konkluderer Krarp, at den unge suiciderede typisk er en mand, uuddannet og uden beskæftigelse, og han har ofte har været i psykiatrisk behandling. Krarp mener ikke, at man uden videre kan konkludere, at arbejdsløshed disponerer for selvmord. Men det er de mennesker, der i forvejen står svagt på flere andre områder, som i lavkonjunkturperioder hurtigt mister deres arbejde og således bliver endnu svagere stillet. En ældre undersøgelse (Olsen og Lajer, 1979) viser, at der blandt lediges børn er en overhyppighed af selvmordsforsøg.

Nygaard Christoffersen (1996) konkluderer, at i forhold til andre jævnaldrende unge, har unge længerevarende ledige dobbelt så stor sandsynlighed for at opleve en eller flere af følgende negative sociale begivenheder eller selv udvise visse former for selvdestruktiv adfærd: Selvmordsforsøg, indlæggelse på psykiatrisk afdeling, indlæggelse som følge af vold, indlæggelse af sociale grunde og kriminalitetsafgørelse med ubetinget fængselsstraf.

Undersøgelsen fandt yderligere, at den unges egen skoleuddannelse, erhvervsuddannelse og arbejde i høj grad mindsker sandsynligheden for, at den unge forsøger selvmord. Christoffersen antager, at de støttende sociale netværk, der ofte følger med uddannelse og erhvervsarbejde, kan befordre den unges modstandskraft og på den måde modvirke tidligere belastninger.

Opløste hjem, hyppige skift af bolig

En række studier peger på, at børn, der kun lever med én forældre har en forøget risiko for selvmordsforsøg eller selvmord. Et opløst hjem kan eksempelvis skyldes dødsfald eller skilsmisse. Nygaard Christoffersen (1999) finder i sin undersøgelse, at risikoen for selvmordsforsøg blandt børn og unge øges, hvis familien er blevet opløst. En norsk undersøgelse påviser ligeledes, at børn, som ikke bor med begge forældre sammenlignet med dem, som bor med begge deres forældre har dobbelt så stor risiko for at begå selvmord (Wichstrøm, 2000).

Et svensk studie (Weitofte et al., 2003) viser, at børn, der vokser op med én forælder i forhold til børn, der vokser op med to forældre, har en langt større risiko for udvikling af en psykiatrisk diagnose, et alkohol- eller stofmisbrug, og børnene viser ydermere en øget risiko for selvmord eller selvmordsforsøg. Sandsynligheden for at udvikle en psykiatrisk lidelse eller et stofmisbrug er større blandt drengene end pigerne. Pigerne, der vokser op med kun én forældre, har dobbelt så stor sandsynlighed for at begå selvmord og tre gange så stor sandsynlighed for at dø af et stof- eller alkoholmisbrug, end de piger, der lever

med to forældre. Runeson (1998) viser i sin undersøgelse, at forekomst af selvmordsadfærd ofte er ledsaget af sociale problemer i familien. Skilsmisser og alkoholmisbrug forekommer således hyppigere i selvmordsramte familier.

En dansk registerundersøgelse blandt børn og unge (Qin et al., 2009) viser, at jo oftere der sker flytning, jo højere er risikoen for selvmordsforsøg og selvmord. Undersøgelsen bygger på data fra 3056 unge piger og 1104 unge mænd (11-17 år), som i årene 1995 til 2006 var i kontakt med sygehus grundet selvmordsforsøg.

Etnisk baggrund

I Danmark og det øvrige Norden findes der få studier, der beskæftiger sig med selvskade, selvmordsforsøg og selvmord blandt unge indvandrere, flygtninge, asylansøgere eller efterkommere.

Nogle danske undersøgelser påviser, at unge med vestlig baggrund i større udstrækning end unge med ikke-vestlig baggrund skader sig selv eller tager deres eget liv (Zöllner 2008; Stephensen og Zöllner, 2008).

En spørgeskemaundersøgelse af selvskade blandt danske og pakistanske undervisningspligtige unge bosiddende i Danmark (Stephensen et al., 2008) omfattende 60 pakistanske unge samt en kontrolgruppe på 600 danske unge i aldersgruppen 13-16 år viser således, at de danske unge i forhold til de pakistanske unge i signifikant større udstrækning har gjort sig alvorlige overvejelser om selvskade, og at de i signifikant større udstrækning end de pakistanske unge har skadet sig selv.

I Norge har Berit Grøholt (2002) undersøgt forekomsten af selvmord og selvmordsforsøg blandt unge med indvandrerbaggrund og sammenlignet med et repræsentativt udvalg af norsk ungdom med samme alders- og kønsfordeling. Konklusionen på undersøgelsen er,

at unge med forældre af udenlandsk oprindelse ikke har større selvmords- eller selvmordsforsøgsrisiko end de andre unge. Grøholt påpeger dog, at studiets datamængde er lille, og konklusionerne fra studiet må således tages med forbehold. Grøholt efterlyser således studier med en større datamængde til belysning af selvmordsadfærd blandt indvandrere i Norge.

Opsummering

Som det fremgår, har de danske samt øvrige nordiske studier i høj grad indtaget det pathogene (det sygdomsorienterede) perspektiv og fokuseret på risikofaktorenes negative betydning. Dog har nogle af de nævnte studier ligeledes taget afsæt i det salutogene (det sundhedsfremmende) perspektiv og har identificeret faktorer, der beskytter unge mod selvmordsadfærd og selvskade, - en viden der er vigtig i forhold til det forebyggende arbejde. Disse præventive faktorer vil bl.a. blive beskrevet i kapitel 5.

I appendix findes to tabeller over danske, norske, svenske og finske studier af unges selvskade og selvmordsadfærd.

5 Hvad beskytter og belaster de unge?

Indledning

Den viden, Center for Selvmordsforskning har om unges selvskade og selvmordsadfærd, stammer bl.a. fra en række undersøgelser, som CFS har lavet. De nyeste af disse undersøgelser er Zøllner og Jensen [I] (2009), Zøllner og Jensen [II] (udgives 2009), Stephensen et al. (2009), Ejdesgaard og Zøllner (udgives 2009), Zøllner (2008) samt Zøllner og Christiansen (2006). Nævnte undersøgelser danner baggrund for indholdet i dette afsnit.

SAYLE – Saving Young Lives Everywhere

Undersøgelsen SAYLE – Saving Young Lives Everywhere (Zøllner og Jensen [II] udgives 2009) har det formål at afdække og belyse unges sårbarhed, tanker om selvskade og selvskadende adfærd. Datamaterialet baserer sig på en spørgeskemaundersøgelse af 3819 respondenter i de gymnasiale uddannelser (HHX, HTX, HF, GYM) i Region Syddanmark i perioden 2006-2008.

Alvorlige overvejelser om selvskade

12,8 % af de unge i undersøgelsen har alvorligt overvejet at skade sig selv inden for det sidste år. Fænomenet er især udbredt blandt kvinder i forhold til mænd (6,9 % af mændene og 17,5 % af kvinderne). Herudover er der flere unge med tanker om selvskade på HF-uddannelserne end de andre gymnasieretninger, hvilket til dels hænger sammen med, at tanker om selvskade også hyppigere forekommer blandt ældre elever (20+ år) end yngre elever (15-19 år). Afsluttende er der også flere i gruppen, som ikke bor sammen med begge forældre.

Af belastende faktorer for tanker om selvskade finder undersøgelsen, at rygning, indtagelse af 10 eller flere genstande om ugen, spiseforstyrrelsestendenser samt et misbrug af stoffer alle i større grad optræder blandt denne gruppe. I forhold til beskyttende faktorer konkluderer undersøgelsen, at familien har stor betydning. De vigtigste faktorer her er at kunne regne med familien og betyde meget for familien.

Selvskadende unge

13,4 % af de unge i undersøgelsen (3,4 % af drengene og 19,9 % af pigerne) har én eller flere gange skadet sig selv inden for det sidste års tid. Udover at hovedparten af de selvskadende er piger, så er den selvskadende unge kendetegnet ved, at signifikant flere ikke bor sammen med begge forældre, og signifikant flere er 20 år eller ældre.

Af belastende faktorer for selvskade har undersøgelsen identificeret rygning, indtagelse af 10 eller flere genstande om ugen, spiseforstyrrelsestendenser samt et misbrug af stoffer.

Af de vigtigste beskyttende faktorer imod selvskade finder undersøgelsen, at de unge kan regne med familien, og at de betyder meget for familien. Knap så vigtigt er det, at de kan regne med venner, at de betyder meget for venner, og at de trives i klassen. Det er næsten lige så beskyttende mod selvskade, at de unge kan regne med lærerne. Det er kort sagt beskyttende mod selvskade, at de unge føler sig trygge blandt de daglige nære relationer.

Opsummering

12,8 % af de unge i undersøgelsen har alvorligt overvejet at skade sig selv inden for det sidste år. Den typiske unge, der går med selvskadetanker, er en kvinde på en HF-uddannelse, som ikke bor sammen med begge forældre. 13,4 % af de unge i undersøgelsen har én eller flere gange skadet sig selv inden for det sidste års tid. Den typiske selvskader er igen en pige, som ikke bor sammen med begge forældre.

Sårbarhed og (mis)trivsel blandt unge – i Folkeskolens ældste klasser

Målet for denne undersøgelse er at afdække unges sårbarhed, tanker om selvskade og selvskaade (Zøllner og Jensen [I] 2009). Undersøgelsen baserer sig på to spørgeskemaundersøgelser i folkeskolens ældste klasser: én i skoleåret 2001- 2002 og én i skoleåret 2006-2007. I alt har 8502 unge besvaret spørgeskemaet.

Unge sårbarhed

Begrebet sårbarhed tager udgangspunkt i, at der i enhver dansk skole sidder børn og unge, som grundet livsomstændigheder og livshistorier er sårbare. Sårbare unge defineres i denne sammenhæng som "unge, der inden for det sidste års tid har haft alvorlige, personlige, følelsesmæssige eller psykiske problemer, hvor de følte, de havde brug for professionel hjælp."

Undersøgelsen viser, at 23,2 % af de unge i 2007 er sårbare. I forhold til køn er sårbarheden mere udbredt blandt piger (33,3 %) end drenge (12,8 %). Det, som kendetegner de sårbare, er, at de bor alene med mor eller bor under andre forhold, hvilket vil sige med far, med mor og stedfar, med far og stedmor, hos anden familie eller andet.

Hver fjerde af de sårbare drenge og hver femte af de sårbare piger har ikke nogen at tale med, når der virkelig er brug for det, og de sårbare drenge har i mindre udstrækning end pigerne samtalepartnere. Jo ældre drengene er, jo mere beskytter det mod sårbarhed at have nogen at snakke med.

De foreliggende resultater fremhæver familien som beskyttende faktor mod sårbarhed, men 7 % af de sårbare drenge og piger mener ikke, at de betyder meget for familien. Samme billede tegner sig, når spørgsmålet drejer sig om, hvorvidt den unge anser det for

sandsynligt, at han eller hun kan regne med familien, hvis vedkommende trænger til hjælp. Jo ældre drengene bliver, jo mere beskyttende mod sårbarhed er det at kunne regne med familien.

Alvorlige overvejelser om selvskade

I undersøgelsen har 19,3 % af de unge, svarende til ca. hver femte, haft tanker om selvskade inden for det sidste år, dog uden at gennemføre det. Kønsmæssigt fordeler det sig på 28,3 % af pigerne og 9,9 % af drengene. Udover at problemet er størst blandt piger, så har den typiske unge, som går med tanker om selvskade, vestlig baggrund, og vedkommende bor ikke hos begge forældre.

Af belastende faktorer konkluderer undersøgelsen, at der blandt de unge, som har svært ved at få venner, som skændes med venner, og som har alvorlige problemer med kæresten, er en overvægt, som alvorligt tænker på at skade sig selv. Der er altså en sammenhæng mellem socialt belastende forhold og tanker om selvskade.

Problemer med skolen og sundhedsrelaterede forhold er også belastende faktorer. For førstnævnte faktors vedkommende er der flere med selvskadetanker, som har problemer med at følge med i skolen, og som er blevet mobbet. For sidstnævnte faktors vedkommende er der flere med tanker om selvskade, som ryger, drikker mere end én genstand om ugen, og som har taget stoffer i løbet af det sidste år end unge uden tanker om selvskade.

Af beskyttende faktorer mod overvejelser om selvskade fremhæves betydningen af, at de unge føler, at de har nogen at snakke med. I forhold til skolegangen er der herudover en formindsket risiko, såfremt den unge har tillid til, at venner eller lærere kommer én til undsætning, hvis de trænger til hjælp. Afsluttende er det en beskyttende faktor, at de unge føler sig fysisk aktive, at de glæder sig over de samme ting, som de plejer, og at de kan lide sig selv.

Selvskade

Deciderede selvskadende handlinger forekommer i denne undersøgelse hos 13,6 % af samtlige unge. Fænomenet er mere udbredt blandt piger (22,1 %) end blandt drenge (4,8 %), og pigerne (62,3 %) har også hyppigere mere end én selvskadende handling end drengene (43,4 %). Udover skævheden i køn er der også flere selvskadere, som ikke bor med begge forældre.

De væsentligste begrundelser for selvskade for både drenge og piger er: at de bare måtte væk (70,1 % / 75,2 %), at de ønskede at straffe sig selv (48,5 % / 63,6 %), og at de ønskede at dø (44,6 % / 41,9 %).

I forhold til belastende faktorer er der blandt såvel de drenge som de piger, der skader sig selv, en overvægt, der har oplevet selvmordsadfærd i familien, har været udsat for fysisk misbrug, har alvorlige problemer med kæresten, har problemer med seksuel orientering og konflikter med politiet. De forskellige socialrelaterede forhold er af forskellig betydning for drenge og pigers selvskade. For drengenes vedkommende er selvmordsforsøg blandt venner, alvorlige problemer med kæresten og konflikter med politiet af størst belastning for udvikling af selvskadende adfærd. For pigernes vedkommende udgør fysisk mistrivsel, konflikter med politiet og at være tvunget til seksuelle aktiviteter de største belastninger.

Rettes fokus mod skole- og sundhedsrelaterede faktorer, da er problemer med at følge med i skolen samt mobning mest belastende for, at de unge skader sig selv. Herudover er rygning og indtagelse af stoffer og alkohol belastende faktorer for selvskadende adfærd. At ryge eller indtage stoffer er for drengene den mest sundhedsrelaterede belastende faktor, mens indtagelse af stoffer er den mest belastende faktor efterfulgt af fysisk misbrug for pigerne.

Opsummering

23,2 % af de unge i undersøgelsen har inden for det sidste års tid haft alvorlige, personlige, følelsesmæssige eller psykiske problemer, hvor de følte, de havde brug for professionel hjælp. Gruppen er kendetegnet ved, at personerne oftere bor alene, og flere piger end drenge har dette problem.

19,3 % af de unge, svarende til ca. hver femte, har haft tanker om selvskade inden for det sidste år uden at gennemføre det. Den typiske unge, som går med selvskadetanker, er en pige med vestlig baggrund, som ikke bor hos begge forældre.

13,6 % af de unge i undersøgelsen har én eller flere gange skadet sig selv. Der er flere selvskadere blandt piger end blandt drenge, og pigerne har også hyppigere mere end én selvskadende handling i modsætning til drengene. Ud over forskellen i køn er der også flere selvskadere, som ikke bor med begge forældre.

Sårbare livsfaser

Sårbare livsfaser er et triangulært forskningsprojekt omhandlende selvmordstanker og selvmordsforsøg blandt personer fra 18 år og opefter. Her vil spørgeskemadelen samt interviewdelens centrale resultater vedrørende de unge i aldersgruppen 18-29 blive omtalt. Forskningsprojektet har til hensigt at identificere såvel belastende som beskyttende faktorer for selvmordstanker og selvmordsadfærd.

Spørgeskemadelen:

I spørgeskemadelen, som består af 200 respondenter i aldersgrupperne 18-29/ N=65, 30-59/ N=111, 60+/ N=24, fremgår det, at 61,5 % af de unge har haft en dårlig barndom. I de andre aldersgrupper er der ligeledes en overvægt, der svarer bekræftende på dette spørgsmål. De unge bliver ligeledes i spørgeskemaet spurgt om, hvilke psykosociale problemer de

havde i deres sidste suicidale periode. Hensigten med dette spørgsmål er at identificere distale risikofaktorer. De unge har især haft problemer med de primære relationer: partner/ægtefælle/kæreste, følelse af ensomhed, personlige problemer samt mentalt helbred. I forhold til hele studiepopulationen viser undersøgelsen en signifikant sammenhæng mellem det at være ung og ensomhed. 91,8 % af de unge angiver således, at de havde problemer med ensomhed. En overvejende del af de unge (75,4 %) rapporterer ligeledes om problemer med deres mentale helbred.

I forhold til faktorer, der har beskyttet de unge mod en ny suicidal periode, er følgende individuelle, miljø- og samfundsrelaterede faktorer fundet:

- Holdningsspørgsmål vedrørende selvmord
- Dødsangst
- Social støtte og sociale relationer
- Problemløsningsevner
- Et positivt livssyn
- En højere mening med livet
- Selvværdfølelse

Interviewdelen:

I Sårbare livsfaser er gennemført 33 semi-strukturerede interviews. Aldersmæssigt er respondentgruppen fra 19 år til 78 år. Ud af denne gruppe deltog 10 unge (18-29).

De unge interviewpersoner blev bedt om at beskrive hvilke distale risikofaktorer, der lå til grund for deres alvorlige selvmordstanker eller selvmordsforsøg. En tematisk gennemgang af interviewmaterialet viser, at nedenstående faktorer især fyldte meget i interviewpersonernes beskrivelser:

- Psykiske lidelser
- Ensomhed
- Interpersonelle problemstillinger
- Manglende sociale relationer
- Lav selvværdsfølelse
- Mobning
- Dårlige problemløsningsevner
- Håbløshedsfølelser

Især psykiske lidelser og de sociale konsekvenser heraf er et gennemgående tema i de kvalitative interviews, hvilket ikke er overraskende, da netop psykisk sygdom er en væsentlig og velkendt distal risikofaktor for alvorlige selvmordstanker og selvmordsadfærd. En overvejende del af de unge (70 %) har kæmpet med svære psykiske lidelser i den suicidale periode. Især depression, angstlidelser, skizofreni og karakterologiske problemer som personlighedsforstyrrelser er hyppigt forekommende i interviewgruppen.

To andre meget dominerende temaer i interviewene er mobning samt ensomhedsfølelser.

Mobningen og dens negative konsekvenser bliver således ofte kædet sammen med selvmordsadfærd. I de aktuelle interviews er interviewpersonerne enten selv blevet mobbet eller har mobbet andre eller har optrådt som dobbeltaggressorer, dvs. personer der både mobber og bliver mobbet. De unge beskriver ofte sig selv som usikre, forsigtige, følsomme og stilfærdige typer med et dårligt selvværd. Ofte turde interviewpersonerne ikke forsvare sig, hvis de blev udsat for mobning, og de var fysisk svagere end deres kammerater. Modpolen i interviewmaterialet er den unge aggressive og provokerende type, der selv mobber. Disse personer betegner sig selv som aggressive over for deres lærere, forældre og klassekammerater og med en trang til at dominere.

Ensomhedsfølelser er ligeledes meget dominerende blandt interviewgruppens unge, især pigerne. De unge føler, at

- Ringe kontakt til voksne og jævnaldrende
- Usikkerhed og generthed
- Mobning
- Det at være anderledes
- Svære betingelser derhjemme
- Høje krav til dem selv

har skabt ensomhed, social isolation og dystre tanker. De føler sig ikke specielt elsket af forældrene eller værdsat af deres kammerater. Den ringe voksenkontakt bliver bl.a. forklaret med, at deres forældre er stressede. Ofte har de unge flyttet meget, skiftet skole, fået ny stedmor, stedfar osv. De unge når således - ifølge dem selv - ikke at få skabt stabile venskaber, det vil bl.a. sige opbygget relationer til jævnaldrende, som de kan snakke med og betro sig til om de tanker, overvejelser og problemer, de har. Konsekvenserne af ensomhed er ofte lav selvværdsfølelse, store psykiske vanskeligheder, misbrug, isolation samt selvmordsadfærd.

Selvom de unges beskrivelser af den suicidale periode er unik og individuel, er der nogle klare tendenser i materialet i forhold til hvilke faktorer, der har beskyttet de unge mod én ny suicidal periode.

Nogle individuelle, miljø og samfundsmæssige beskyttende faktorer vægtes således langt højere i interviewmaterialet end andre. Især faktorerne:

- Behandling (medicinsk og terapeutisk)
- Gode sociale relationer og social støtte

- Holdninger til selvmordsadfærd
- Uddannelse og fritidsinteresser
- Dødsangst
- Et positivt livssyn

bliver meget ofte nævnt som faktorer, der har afbrudt de unges selvmordsproces.

Pilotprojekt Selvmordsadfærd blandt etniske minoriteter i Danmark

Dette projekts formål er at kunne danne baggrund for en større kortlægning/ undersøgelse af selvmordsadfærd blandt etniske minoriteter (Ejdesgaard og Zøllner, udgives 2009). Metodisk baserer pilotprojektet sig på en spørgeskemainsamling af 349 respondenter i København, Odense og Århus blandt folkeskole-, gymnasie- og erhvervsuddannelseselever. Herudover benytter projektet sig af 1384 respondenter fra CFS' SAYLE undersøgelse på de gymnasiale uddannelser i Region Syddanmark og Region Midtjylland i skoleåret 2008-09.

Den samlede datamængde på 1733 respondenter analyseres med henblik på bl.a. at afdække eventuelle alvorlige personlige, følelsesmæssige eller psykiske problemer, tanker om selvskade samt selvskadeforsøg hos de unge. Udover projektets fokus på etnicitetsforskelle analyseres også forskelle på køn, uddannelsesretning, trivsel i klassen samt misbrug af stoffer.

Unge med alvorlige personlige, følelsesmæssige eller psykiske problemer

209 respondenter (12,1 %) af de unge i undersøgelsen, svarende til ca. hver ottende, svarer, at de inden for det sidste års tid har haft alvorlige personlige, følelsesmæssige eller psykiske problemer, hvor de i denne forbindelse har haft brug for professionel hjælp.

Resultaterne fra undersøgelsen viser, at der blandt denne gruppe er signifikant færre drenge end piger (OR 0,39^{***})⁷ og signifikant flere blandt unge med et misbrug af stoffer (OR 1,72^{**}).

Af de adspurgte årsager til problemerne optræder hyppigst personlige problemer (64,8 %), den nærmeste familie (51,9 %) samt det psykiske helbred (46,7 %). Afhængighed af stoffer/spil/alkohol (5,8 %) samt det fysiske helbred (16,5 %) optræder til gengæld i mindre grad.

Signifikant færre drenge end piger angiver, at de har personlige problemer (OR 0,49^{**}) og problemer med den nærmeste familie (OR 0,64^{*}). Efterkommere fra ikke-vestlige lande angiver også i signifikant mindre grad, at de har problemer med den nærmeste familie (OR 0,37^{*}).

Unge med tanker om selvskade

265 respondenter (15,3 %), eller mere end hver syvende elev, svarer i undersøgelsen bekræftende på, at de inden for det sidste års tid alvorligt har overvejet at skade sig selv, dog uden at gennemføre det. Igen er problemet mindre blandt drenge (OR 0,50^{***}), men også mindre hos de unge, der tilkendegiver, at de trives i klassen (OR 0,65^{*}). Omvendt er der flere blandt de erhvervsfaglige elever (OR 2,57^{**}) og elever med et stofmisbrug (OR 2,15^{***}).

Af de beskyttende faktorer for, at de ikke skadede sig selv, afkrydses hyppigst, at deres familie eller venner har brug for dem (78,7 %), at de hellere vil løse deres problemer på en

⁷ Alle refererede OR og p-værdi angivelser fra Ejdesgaard og Zöllner (udgives 2009) er fra multiple (logistiske) analyser. Signifikansgrader: * 0,05 niveau, ** 0,01 niveau, *** 0,0001 niveau.

anden måde (76,5 %), at de tror, at deres liv bliver bedre i fremtiden (76,3 %), samt at de kan få støtte hos familie eller venner (74,5 %). Omvendt angives i mindre grad, at deres tro (religion) forbyder eller forhindrer dem i det (10,2 %) og at et menneske ikke har ret til at skade sig selv (27,9 %).

På nær én væsentlig forskel, optræder der i analysen ikke mange køns-, etnicitets- og uddannelsesforskelle. Signifikant færre drenge end piger angiver, at støtte hos familie eller venner afholdt dem fra at skade sig selv (OR 0,56*). Herudover angiver flere efterkommere, at et menneske ikke har ret til at skade sig selv (OR 2,96*). Den store forskel fremkommer imidlertid i den lille skare, som angiver, at deres tro (religion) forbyder eller forhindrer dem i det. Her er der en massiv overvægt af indvandrere (OR 20,01***) og efterkommere (OR 21,54***) fra ikke-vestlige lande i forhold til vesterlændinge.

Unge, der skader sig selv

247 respondenter (14,3 %), svarende til hver syvende elev, besvarer i undersøgelsen at de én eller flere gange har skadet sig selv inden for det sidste år. Blandt denne gruppe optræder drenge igen i et mindre omfang (0,30***). Igen er der også en større andel af elever, som har et misbrug af stoffer (OR 2,44***).

Af de opstillede begrundelser for selvskadeforsøget er den hyppigste besvarelse, at personen bare måtte væk (63,3 %). I mindre omfang angives, at personen vil have hjælp (42,0 %), vil straffe sig selv (40,6 %) og vil vise, hvor forfærdeligt vedkommende har det (40,1 %). Færrest ønskede at forskrække nogen (9,2 %), hævne sig på nogen (14,0 %) og give nogen skyldfølelse (19,3 %).

Undersøgelsens resultater viser, at drenge i mindre grad end piger angiver, at de med selvskadeforsøget ville have hjælp (OR 0,30**). Herudover ønsker indvandrerne fra ikke-

vestlige lande i større omfang end vesterlændinge at give nogen skyldfølelse (OR 6,82**) og forskrække nogen (OR 6,77*) med deres handling.

Opsummering

12,1 % af de unge i undersøgelsen, svarende til ca. hver ottende, er sårbare. Den typiske sårbare unge er en pige med et misbrug af stoffer.

15,3 %, eller mere end hver syvende elev, har i undersøgelsen alvorligt overvejet at skade sig selv uden at gennemføre det. Denne gruppe er karakteriseret ved en overvægt af piger på en erhvervsfaglig uddannelse, der ikke trives i klassen, og som har et misbrug af stoffer.

Afsluttende svarer 14,3 % af de unge, svarende til hver syvende elev, at de én eller flere gange har skadet sig selv inden for det sidste år. Blandt denne gruppe optræder piger med et stofmisbrug igen i et større omfang.

Selvskade og resiliens blandt etniske minoriteter

Rapporten Selvskade og resiliens blandt etniske minoriteter (Zøllner, 2008), som består af tre delstudier, afdækker og belyser sårbarhed, selvskade samt faktorer der knytter sig hertil blandt undervisningspligtige unge med ikke vestlig baggrund bosiddende i Danmark. De tre delstudier er to spørgeskemaundersøgelser og én interviewundersøgelse, som tilsammen udgør en datamængde på 4328 respondenter.

Sårbare unge

Resultaterne om sårbare unge fra rapporten baserer sig på ét af delstudierne svarende til 1030 respondenter. Igen defineres sårbare unge som unge, der inden for det sidste års tid har haft alvorlige personlige, følelsesmæssige eller psykiske problemer, hvor de i denne

forbindelse har haft brug for professionel hjælp. Generelt er gruppen af sårbare unge karakteriseret ved en signifikant overvægt af vestlige unge (43,5 %) i forhold til ikke-vestlige unge (36,3%). Herudover er der tillige en overvægt af piger i forhold til drenge.

Af belastende faktorer for sårbare unge nævner rapporten bl.a. familierelaterede problemer. Forældres flytning fra hinanden eller alvorlige uoverensstemmelser, forsøg på selvmord, selvskade eller selvmord i familien er signifikant mere udtalte blandt de sårbare end de ikke-sårbare, uanset om den unge har vestlig eller ikke-vestlig baggrund. Af skolerelaterede hændelser er en signifikant sammenhæng mellem sårbarhed og problemer med at følge med i skolen, samt det at blive mobbet.

Unge med tanker om selvskade og selvskadende handlinger

Overvejelser om selvskade forekommer i rapporten i større grad blandt vestlige (36,0 %) end ikke-vestlige unge (26,9 %). Selvskadende handlinger forekommer i større grad blandt vestlige (13,0 %) end ikke-vestlige unge (8,6 %). Uafhængigt af etnicitet og for både de unge, der har tanker om selvskade eller deciderede selvskadeforsøg, gælder det, at fænomenet mest er udbredt blandt piger i forhold til drenge.

I forhold til belastende faktorer er selvmord i familien og vennekredsen en signifikant risikofaktor for de ikke-vestlige unge, mens familierelaterede hændelser (forældres uoverensstemmelser, sygdom, ulykke), socialrelaterede hændelser (en god vens sygdom) og skolerelaterede hændelser (problemer med at følge med) er væsentlige faktorer for de vestlige unge.

I rapporten nævnes betydningen af at have nogen at tale med. Procentvis flere (45,1 %) med vestlig baggrund end med ikke-vestlig baggrund (41 %) giver udtryk for, at de som regel har nogen at tale med, når de virkelig har brug for det.

Opsummering

Gruppen af sårbare unge er karakteriseret ved en signifikant overvægt af vestlige unge i forhold til ikke-vestlige unge. Tanker om selvskade og selvskadende handlinger optræder således hyppigere hos vestlige unge end ikke-vestlige unge.

Spiseforstyrrelser og selvmordsrisiko

Rapporten Spiseforstyrrelser & selvmordsrisiko (Zøllner og Christiansen, 2006) bygger på registerdata samt kvalitative data. Undersøgelsens registerdata består af i alt 2179 cases i aldersgruppen 11-36 år tillige med 12672 kontroller uden en spiseforstyrrelsesdiagnose. Fælles for gruppen er, at de alle har været indlagt med eller er død af en spiseforstyrrelse i perioden 1990-2000. Kvinder er klart overrepræsenterede i datamængden (129 mænd og 2050 kvinder).

Selvskade

Studiet viser blandt andet, at der blandt de spiseforstyrrede ses en signifikant større risiko ($p < 0,001$) for, at de inden for en 4-årig periode fra diagnosedatoen og frem indlægges med et selvmordsforsøg eller selvskade eller begår selvmord i forhold til kontrolgruppen. Inden for den 4-årige periode har 142 personer (10 %) med diagnosen spiseforstyrrelse udført en selvskadende handling (herunder selvmordsforsøg) i forhold til 0,5 % af kontrolgruppen. Denne overvægt kan iagttages både for drengene og pigerne.

Der optræder desuden forskelle i spiseforstyrrelsesdiagnoser. Forekomst af selvskade optræder hyppigere hos personer med diagnosen bulimia nervosa (13 % af 211 personer) end blandt anorektikere (9 % af 962 personer).

Af beskyttende faktorer finder rapporten, at skabelse af familierelationer og et brudt parforhold cirka halverer risikoen for begge køn. For kvinder specifikt forøges betydeligt

ningen af parforholdets brud til en 66 % reducere af risikoen. Herudover reduceres risikoen for selvskadende handlinger for kvinder med ca. 80 %, hvis de får børn.

Selv mord

Blandt studiets spiseforstyrrede personer tog 12 (0,9 %) deres eget liv inden for den 4-årige opfølgingsperiode sammenlignet med 0 personer i kontrolgruppen. Dette er en signifikant ($p < 0,001$) forøget risiko. Spiseforstyrrede drenge/mænd har en tre gange større risiko for at tage deres eget liv end spiseforstyrrede piger (2,4 % af drengene i forhold til 0,8 % af pigerne tog deres eget liv). Denne forskel er også signifikant ($p < 0,0001$). Der optræder imidlertid ingen forskelle på baggrund af diagnoseforskelle.

Rapporten finder afsluttende, at alder er en central risikofaktor for, om de spiseforstyrrede unge tager deres eget liv. Jo ældre de spiseforstyrrede er desto større er risikoen for selvmord.

Opsummering

Unge med en spiseforstyrrelse har en forøget risiko for selvskadende handlinger og selvmord i forhold til baggrundsbefolkningen. Inden for en 4-årig periode foretog 10 % af personerne med en spiseforstyrrelse en selvskadende handling i forhold til 0,5 % i baggrundsbefolkningen. I forhold til selvmord tog 0,9 % af de spiseforstyrrede deres eget liv inden for undersøgelsens tidsperiode i forhold til 0 % hos baggrundsbefolkningen.

Sammenfatning

Konklusionerne fra de nævnte rapporter og undersøgelser opdeles i viden om sårbare unge (unge som inden for det sidste års tid har haft alvorlige, personlige, følelsesmæssige eller psykiske problemer, hvor de følte, de havde brug for professionel hjælp), unge med

tanker om selvskade inden for det sidste års tid (uden dog at gøre det) samt unge med en eller flere deciderede selvskadende handlinger inden for det sidste års tid.

Sårbare unge

Undersøgelserne Zøllner og Jensen [II] (udgives 2009), Ejdesgaard og Zøllner (udgives 2009) samt Zøllner (2008) finder alle, at piger er overrepræsenterede i forhold til drenge i gruppen af sårbare unge. De to førstnævnte undersøgelser finder henholdsvis, at 23,2 % og 12,1 % af de unge i det danske uddannelsessystem er sårbare svarende til et sted mellem ca. hver ottende til hver fjerde elev.

Udover at piger udgør hovedparten af gruppen, så finder de tre undersøgelser, at problemet er mere udbredt blandt vestlige end ikke-vestlige unge samt hos de personer, som ikke bor med begge forældre, og som har problemer med den nærmeste familie. Betydningen af ikke at bo sammen med begge forældre samt problemer med den nærmeste familie er større for piger end drenge.

Af beskyttende faktorer finder undersøgelserne, at jo ældre drengene er, jo mere beskytter det mod sårbarhed at have nogen at snakke med samt at kunne regne med familien.

Af belastende faktorer optræder hyppigst personlige problemer, problemer med den nærmeste familie samt det psykiske helbred.

Unge med tanker om selvskade

Zøllner og Jensen [I] (2009), Zøllner og Jensen [II] (udgives 2009) samt Ejdesgaard og Zøllner (udgives 2009) finder respektivt, at 12,8 %, 19,3 % samt 15,3 % af de unge i det danske uddannelsessystem har haft tanker om selvskade. Igen er piger overrepræsenterede, da de to første undersøgelser henholdsvis finder, at 17,5 % og 28,3 % af pigerne, i forhold til 6,9 % og 9,9 % af drengene, har haft tanker om selvskade.

Inddrages Zøllner (2008) finder undersøgelserne, at den typiske unge, der går med tanker om selvskade er en kvinde med vestlig baggrund på en HF- eller erhvervsfaglig uddannelse, som ikke trives i klassen, ikke bor sammen med begge forældre samt har et misbrug af stoffer.

Af beskyttende faktorer fremhæver undersøgelserne familiens betydning. Specielt at de unges familie eller venner har brug for dem, at de kan få støtte hos familie eller venner, at kunne regne med familien, og at de betyder meget for familien. Religion (tro) er endvidere en central beskyttende faktor for indvandrere og efterkommere fra ikke-vestlige lande i forhold til vesterlændinge.

I forhold til skolegangen er der en formindsket risiko, såfremt den unge har tillid til, at venner eller lærere kommer én til undsætning, hvis de trænger til hjælp. Afsluttende er det en beskyttende faktor, at de unge føler sig fysisk aktive, at de glæder sig over de samme ting, som de plejer, og at de kan lide sig selv.

Af belastende faktorer for tanker om selvskade finder undersøgelsen at rygning, indtagelse af 10 eller flere genstande om ugen, spiseforstyrrelsestendenser samt et misbrug af stoffer alle i større grad optræder blandt denne gruppe. Herudover fremhæves de unge, som har svært ved at få venner, som skændes med venner, og som har alvorlige problemer med kæresten tillige med de unge som har svært ved at følge med i skolen, og som er blevet mobbet. Selvmord i familien og vennekredsen er endvidere også en signifikant risikofaktor for de ikke-vestlige unge.

Selvskadende unge

Zøllner og Jensen [I] (2009), Zøllner og Jensen [II] (2009) samt Ejdesgaard og Zøllner (udgives 2009) finder respektivt, at 13,4 %, 13,6 % samt 14,3 % af de unge i det danske uddannelsessystem én eller flere gange har skadet sig selv inden for det sidste års tid. Som

for de sårbare og for de unge med tanker om selvskade er pigerne overrepræsenterede, da de to første undersøgelser henholdsvis finder, at 19,9 % og 22,1 % af pigerne i forhold til 3,4 % og 4,8 % af drengene har haft en selvskadende handling.

Inddrages Zöllner (2008) samt Zöllner og Christiansen (2006) finder undersøgelserne, at den typiske selvskader, udover at være en pige, har en vestlig baggrund, har en spiseforstyrrelse, samt at vedkommende ikke bor sammen med begge forældre.

Af beskyttende faktorer for selvskade nævnes betydningen af, at de unge kan regne med familien, at de betyder meget for familien, og at de har nogen at tale med.

I forhold til unge med en spiseforstyrrelse halverer dannelsen af familierelationer og bruddet af et parforhold godt og vel risikoen for selvskade. For kvinder specifikt forsøges betydningen af et brud med et parforhold til en 66 % reducere af risikoen, mens det at få børn reducerer risikoen med godt og vel 80 %.

Af belastende faktorer for selvskade nævnes betydningen af rygning, indtagelse af 10 eller flere genstande om ugen, spiseforstyrrelsestendenser samt et misbrug af stoffer. Herudover har det betydning, om den unge kommer fra en familie, hvor der har været et selvmord eller selvmordsforsøg. Af andre belastende faktorer kan nævnes fysisk misbrug, alvorlige problemer med kæresten, problemer med seksuel orientering, konflikter med politiet samt sygdom blandt venner.

Rettes fokus mod skole- og sundhedsrelaterede faktorer, da er problemer med at følge med i skolen samt mobning mest belastende for, at de unge skader sig selv.

Afsluttende er alder en central risikofaktor for de spiseforstyrrede unge, jo ældre de spiseforstyrrede er, desto større er risikoen for et selvmord.

6 Hvilke begrundelser giver de unge selv?

Indledning

Overvejelser vedrørende handlinger om selvskaade og selvmordsadfærd kan have forskellige motiver. Handlingen kan være motiveret af et ønske om at komme ud af en uudholdelig situation (flugt) eller være et budskab til omgivelserne af aggressiv eller appellerende karakter (kommunikation). Ofte kan begge ovennævnte motiver være til stede. Sagt på en anden måde kan handlingen både være tænkt som en kommunikation over for eksempelvis nærtstående samt være motiveret af et ønske om at dø (Madsen et al., 2003).

Dette afsnit baserer sig på publikationerne Zøllner og Jensen [I] (2009), Zøllner og Jensen [II] (udgives 2009), Ejdesgaard og Zøllner (udgives 2009) samt Stephensen et al., (2009), som alle har undersøgt intentionen bag de unges selvskaade og selvmordsadfærd.

SAYLE

I Zøllner og Jensens undersøgelse [II] (udgives 2009) af unge i det gymnasiale uddannelsessystem er de væsentligste intentioner for selvmordsforsøget, at den unge "bare måtte væk", "ville straffe sig selv", "ville have hjælp" samt vise "hvor forfærdeligt vedkommende havde det". De eneste intentioner der angives af flere drenge end piger er "måtte bare væk" og "ville dø". At "ville straffe sig selv" forekommer hyppigere blandt piger (se tabel 8).

Tabel 8. Hvilke begrundelser giver de unge selv?

	DRENG/MAND	PIGE/KVINDE	ALLE	P-VÆRDI
Måtte bare væk	77 %	57 %	61 %	0,0027
Ville straffe sig selv	33 %	49 %	46 %	0,0197
Ville have hjælp	39 %	42 %	41 %	0,6662
Ville vise, hvor forfærdeligt han/hun havde det	25 %	35 %	33 %	0,0988
Ville prøve at se, om der var nogen, der virkelig holdt af ham/hende	23 %	27 %	26 %	0,5463
Ville dø	41 %	20 %	24 %	0,0003
Ville påvirke nogen	19 %	25 %	24 %	0,3018
Ønskede, at nogen ville lægge mærke til ham/hende	17 %	25 %	23 %	0,1951
Ville give nogen skyldfølelse	17 %	19 %	19 %	0,7460
Ville hævne sig på nogen	13 %	18 %	18 %	0,2795
Ville forskrække nogen	6 %	11 %	10 %	0,1632
I alt	310 %	328 %	325 %	

En korrelationsanalyse viser, at intentioner kan deles op i tre faktorer (tabel 9 og 10).

Tabel 9. Andelen af unge med selvmordsforsøg, der har angivet følgende hensigter med handlingen.

	DRENG/MAND	PIGE/KVINDE	ALLE	P-VÆRDI
At teste/påvirke andre	61%	70%	68%	0,0027
At ville væk/dø	81%	60%	63%	0,0008
At straffe sig selv	33%	49%	46%	0,0197

Disse tre faktorer er statistisk uafhængige. "At ville væk"/"at ville dø" forekommer hyppigere hos drenge end piger, mens "at straffe sig selv" forekommer hyppigere hos piger. De øvrige intentioner sammenfattes under "at teste"/ "at påvirke andre".

Tabel 10. Korrelation af intentioner

	KORRELATION	P-VÆRDI
At teste/påvirke andre* At ville væk/dø	0,066	0,1826
At teste/påvirke andre* At straffe sig selv	0,004	0,9345
At ville væk/dø* At straffe sig selv	0,052	0,2909

Sårbare livsfaser

I studiet Sårbare livsfaser bliver respondenterne spurgt om intentionen for selvmordsforsøget. En signifikant overvægt af datamaterialets 18-29-årige angiver i forhold til de øvrige aldersgrupper (30-59 og 60+) intentionen "Jeg ville have hjælp". I undersøgelsen Sårbare livsfaser er de unges intentionsgrad således lavere end de øvrige aldersgrupper (30-59 og 60+), idet disse hyppigere angiver et dødsønske som intention for deres handling. Det betyder ikke, at man skal negligere unges selvmordsadfærd eller tanker om selvmord, da adfærden i høj grad er et udtryk for mistriivsel (Stephensen et al., 2009).

Sårbarhed og (mis)trivsel blandt unge – i Folkeskolens ældste klasser

I undersøgelsen Sårbarhed og (mis)trivsel blandt unge (Zøllner og Jensen, [I] 2009) indgår datamateriale vedrørende unges selvskade og selvmordsadfærd, som er indsamlet i henholdsvis 2001-2002 og 2006-2007 blandt Folkeskolens ældste klasser.

De tre væsentligste begrundelser for selvskade for både drenge og piger i undersøgelsen er "at de bare måtte væk", "at de ønskede at straffe sig selv" og "at de ønskede at dø". Nedenstående resultater stammer fra dataindsamlingen i 2007 (tabel 11).

Tabel 11. Begrundelser for selvskade (flere begrundelser pr. person) fordelt på køn (2007).

BEGRUNDELSER	DRENGE	PIGER
Ville vise hvor forfærdeligt, jeg havde det	31,3 %	39,9 %
Ville dø	44,6 %	41,9 %
Ville straffe mig selv	48,5 %	63,6 %
Nogen, jeg ville forskrække	18,8 %	16,5 %
Nogen, jeg ville hævne mig på	19,7 %	16,1 %
Måtte bare væk	70,1 %	75,2 %
Ville se, om der var nogen, der virkelig holdt af mig	31,3 %	41,5 %
Ønskede, at nogen ville lægge mærke til mig	23,8 %	29,5 %

Nedenstående tabel vedrørende intentioner stammer fra dataindsamlingen i 2002. Her var de væsentligste begrundelser, "at de bare måtte væk", "at de ønskede at dø" og "at de ville se, om der var nogen, som virkelig holdt af dem".

Tabel 12. Begrundelser for selvskade (flere begrundelser pr. person) fordelt på køn (2002).

BEGRUNDELSER	DRENGE/MÆND	PIGER/KVINDER
Ville vise hvor forfærdeligt, jeg havde det	36,3 %	56,2 %
Ville dø	45,0 %	59,9 %
Ville straffe mig selv	45,2 %	57,8 %
Nogen, jeg ville forskrække	17,2 %	29,2 %
Nogen, jeg ville hævne mig på	21,2 %	26,2 %
Måtte bare væk	57,0 %	80,3 %
Ville se, om der var nogen, der virkelig holdt af mi	38,6 %	60,1 %
Ønskede, at nogen ville lægge mærke til mig	29,1 %	45,8 %

Måtte væk

I dette udsagn kan ligge, at de unge ikke magter at være i en situation, der enten er opstået kort før, eller som er et resultat af et længerevarende forløb. Som eksempler på begrundelser for at ville væk angiver drengene:

"Følte mig meget ensom. Hverken familie eller andre havde tid til mig, bortset fra min lærer." (Selvskade ved at slå hovedet ind i væggen)

"Jeg ville bare gerne væk. Væk fra alle problemerne. Jeg havde hørt at det at hænge sig gik hurtigst." (Selvskade ved hængning og snit i armene)

"Havde det psykisk dårligt i skolen." (Selvskade ved reb om halsen)

"Jeg kunne ikke se, hvorfor livet var værd at leve." (Selvskade ved at tage gas)

Pigerne angiver som eksempler følgende begrundelser:

"Fordi jeg følte, jeg kun var til besvær og ingen holdt af mig, at det var mig, som var alles problem." (Selvskade ved forsøg på hængning og udspring)

"Jeg ville dø. Havde det ad Helvede til. Havde skændtes med min mor." (Selvskade ved at snitte sig op og ned ad armene)

"Var træt af alt, ville bare væk. Følte, at ingen kunne lide mig og havde næsten ingen venner/veninder." (Selvskade ved reb, drukning og kniv på håndled)

"Var træt af livet. Det hele ville være meget bedre, hvis jeg ikke var der mere. Ingen brød sig om mig." (Selvskade ved forsøg på kvælning)

"Jeg følte ikke, jeg var noget værd, fordi dem fra klassen mobbede mig kraftigt." (Selvskade ved at skære sig i armen med barberblad)

"Fordi min lillebror var død. Jeg synes ikke, der var nogen mening med livet, når han ikke var der." (Selvskade ved hængning i ledning)

Ville dø

Knapt 50 % i 2007 og 56,4 % i 2002 angiver, at de ville dø. Som eksempler på begrundelse fra drenge er:

"Var rasende. Har mange problemer med mor og stedfar siden min mor nøgen sprang ud fra 2. etage." (Selvskade ved at prøve at slå sig ihjel med en kniv)

"Hadede mig selv, fordi jeg var anderledes. Vidste ikke, hvad der skulle blive af mig. Døden virkede nem." (Selvskade ved hængning)

"Kærestesorger" (Selvskade ved at kaste sig ud foran bil)

"Jeg følte mig bare alene." (Selvskade ved hængning)

Pigerne angiver fx følgende begrundelser:

"Familien var efter mig, fordi jeg elskede en tyrkisk dreng. " (Selvskade ved at tage en overdosis af piller og snitte sig selv i håndledet)

"Mine forældre og jeg har skændtes, og for to år siden blev jeg seksuelt misbrugt." (Selvskade ved at tage en overdosis af piller og snitte sig selv i håndledet)

"Følte mig tyk, og at det var min skyld, at min farmor begik selvmord. Altid mig, der lavede problemer." (Selvskade ved snit i håndleddet og overdosis af slankepiller)

"Var bange for, at jeg var gravid." (Selvskade ved snit i håndled og overdosis af piller).

At straffe sig selv

"Jeg gjorde det fordi jeg havde været udsat for nogle meget forfærdelige ting, og fordi jeg følte det var min skyld."

"Jeg havde brug for at komme ud med vrede og sorg. Havde noget negativt der skulle ud. Så jeg valgte at skære i mig selv."

"Jeg var ked af det, og følte alt var min skyld, derfor ville jeg gøre skade på mig selv og føle smerte."

Teste relationer

En begrundelse er, at de unge vil se, om der virkelig er nogen, der holder af dem.

Uddybende anfører drenge eksempelvis:

"Mine forældre var næsten lige gået fra hinanden. Jeg blev mobbet en del i skolen" (Selvskade ved at tage en overdosis og snitte sig selv i håndleddet)

"Jeg havde bare mange problemer. Nær ven døde, kæresteproblemer osv." (Selvskade ved at snitte sig selv)

"Jeg havde det så dårligt med mig selv, fordi min mor var syg" (Selvskade ved at snitte sig selv i håndleddet)

"Jeg følte mig bare alene" (Selvskade ved hængning)

Pigerne begrundes eksempelvis med følgende udsagn:

"Hele min fars og mors familie er lige glade med mig. Jeg har kun min mor og savner min far (Selvskade ved snitte sig selv i håndleddet)

"Min veninde og mig blev taget i Kvickly. Mine forældre forbød mig at se min veninde igen." (Selvskade ved tage en overdosis af piller)

"Jeg blev mobbet meget i skolen, og jeg følte ikke, der var nogen, der holdt af mig." (Selvskade ved at snitte sig selv i håndleddet).

"Fordi jeg var ked af det, følte mig forladt og at ingen ville savne mig så jeg kunne lige så godt gøre det. Havde også lidt problemer med drenge der played mig (legede med hvad jeg følte) så derfor prøvede jeg på at begå selvmord. Fordi jeg kunne ikke overskue at være så ked af det hele tiden. Der gik ikke en dag, hvor jeg ikke græd og havde det dårligt så derfor gjorde jeg det og gør det desværre stadig." (Selvskade ved at snitte sig selv i håndleddet)

"Havde det dårligt i skolen og hjemme" (Selvskade ved at prøve at kvæle sig i en plasticpose).

Selvmondsadfærd blandt etniske minoriteter i Danmark

De hyppigste intentioner angivet af 207 unge i denne undersøgelse er, "måtte bare væk", "ville have hjælp", "ville straffe sig selv" samt vise "hvor forfærdeligt vedkommende havde det" (tabel 13).

Tabel 13. Begrundelser for selvskade fordelt på køn

	Procent / OR		TOTAL n=207
	PIGKER/KVINDER n=157	DRENGE/MÆND n=50	
Jeg ville vise, hvor forfærdeligt jeg havde det	41,1%	36,0%	40,1%
Jeg ville dø	22,3%	38,0%	26,1%
	1	2,47*†	
Jeg ville straffe mig selv	43,3%	32,0%	40,6%
Jeg ville have hjælp	49,0%	20,0%	42,0%
	1	0,30**†	
Der var nogen, jeg ville hævne mig på	12,1%	20,0%	14,0%
Jeg måtte bare væk	65,0%	58,0%	63,3%
Jeg ville prøve at se, om der var nogen, der virkelig holdt af mig	35,7%	18,0%	31,4%
	1	0,42* †	
Jeg ville give nogen skyldfølelse	17,2%	26,0%	19,3%
Der var nogen, jeg ville forskrække	10,8%	4,0%	9,2%
Jeg ønskede, at nogen ville lægge mærke til mig	29,9%	12,0%	25,6%
	1	0,33* †	
Jeg ville påvirke nogen	24,8%	20,0%	23,7%

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,0001 † Multipel model

Sammenfatning

Identisk for de nævnte undersøgelser er, at intentionerne "måtte bare væk", "ville have hjælp", "ville straffe sig selv" samt ville vise "hvor forfærdeligt personen har det" hyppigst angives som begrundelser blandt de unge. Især "måtte bare væk" optræder ofte som begrundelse blandt såvel piger som drenge. Et lignende resultat fandt et engelsk studie (Hawton et al., 2006), hvor hovedparten af de unge angav, at de måtte væk for at få lindring eller ro i deres sind (to get relief from a terrible state of mind). Et decideret dødsønske bag handlingen optræder kun hyppigt i Zøllner og Jensens undersøgelse [I] (2009), hvor 44,6 % af drengene og 41,9 % af pigerne angiver denne intention. I en norsk undersøgelse af unges selvskade (Ystgaard et al., 2003) var det halvdelen, som angav, at de ønskede at dø, da de gennemførte selvskade.

De intentioner, der typisk optræder færrest gange i de nævnte danske undersøgelser, er "at forskrække nogen", "hævne sig på nogen" samt "at give nogen skyldfølelse".

7 Hvilke metoder anvender de unge?

Selvmordsmetoder

Tabel 14 viser metodevalg i procent for drenge/mænd og piger/kvinder i perioden 1970-2006 (Register for Selvmord). De mest anvendte metoder blandt de unge under 30 år er forgiftning, hængning og skydning.

I disse tal gemmer sig køns- og aldersforskelle blandt de unge. De unge mænd anvender i højere grad hængning og skydning, mens kvinderne i højere grad anvender forgiftning. På dette punkt ligner de unge de øvrige aldersgrupper. Ligeledes viser tabellen, at andelen af forgiftninger stiger med alderen for begge køn. Til gengæld falder andelen af hængning med alderen. Dette svarer ligeledes til resten af befolkningen. Det kan undre, at 24 % af de unge mænd i alderen 15-19 år, der har begået selvmord, har haft mulighed for at benytte sig af skydevåben.

Tabel 14. Andelen af selvmordsmetoder i perioden 1970-2006 fordelt på køn og aldersgrupper

	DRENGE/MÆND			PIGER/KVINDE R		
	10-14-år n = 76	15-19 år n = 517	20-29 år n = 3113	10-14-år n = 15	15-19 år n = 180	20-29 år n = 1038
Forgiftning	1 %	19 %	34 %	33 %	40 %	50 %
Hængning	75 %	35 %	31 %	33 %	28 %	20 %
Drukning	3 %	4 %	4 %	0 %	6 %	8 %
Skydning	8 %	24 %	15 %	7 %	5 %	3 %
Skær eller stik	0 %	0 %	2 %	0 %	1 %	1 %
Andre metoder	13 %	18 %	14 %	27 %	21 %	18 %

I tabel 15 ses selvmordsmetoder for perioden 1994-2006, hvor der anvendes 25 forskellige ICD-10 diagnoser (disse diagnoser ses i Appendix tabel 3). Som metode, viser det sig, at forgiftninger for mændenes vedkommende i større grad udgøres af forgiftninger med gasser (herunder husholdningsgas og kulilte) end medicin, hvorimod det for kvindernes vedkommende næsten udelukkende er medicinforgiftninger (for de 15-19-årige udgør X60

og X62 tilsammen 85 %). Desuden ses, at der er anvendt "større skydevåben" i 75 % af selvmordene med skydevåben.

Tabel 15. Andelen af selvmordsmetoder i perioden 1994-2006 i ICD-10 diagnoser fordelt på køn og aldersgrupper. ICD-10 klassificering, (se APPENDIX).

	DRENGE/MÆND			PIGER/KVINDER		
	10-14-år n = 20	15-19 år n = 159	20-29 år n = 722	10-14-år n = 3	15-19 år n = 44	20-29 år n = 172
Medicinforgiftninger (X60- X64) Forgiftning med gasser (X67) Hængning (X70)	0 %	3 %	9 %	0 %	30 %	30 %
Skydning (X72-X75)	0 %	8 %	13 %	0 %	0 %	5 %
Udspring foran kørende objekt (X81)	65 %	43 %	42 %	67 %	34 %	38 %
Udspring fra højt sted (X80)	20 %	21 %	15 %	0 %	2 %	2 %
Øvrige metoder	10 %	11 %	6 %	0 %	11 %	10 %
	5 %	7 %	6 %	33 %	9 %	8 %
	0 %	8 %	8 %	0 %	14 %	6 %

Selvmordsforsøg

Registreringen af selvmordsforsøg i Fyns Amt foregår i et samarbejde med en lang række centre i andre europæiske lande (Register for Selvmordsforsøg). Til hvert selvmordsforsøg kan der registreres op til 3 metoder. Det blev besluttet at ordne metoderne, som vist i appendikset, således at metoden med laveste rank betegnes hovedmetoden. Ranking sker ud fra en generel vurdering af farlighedsgrad ved de enkelte metoder.

Tabel 16 viser andelen af forsøgsmetoder (hovedmetoden), der har resulteret i en kontakt til et sygehus. Forgiftning udgør hovedparten (60-80 %) af selvmordsforsøgene, og skærende eller stikkende redskaber udgør stort set resten (20-30 %). Øvrige metoder bruges kun i en meget lille del af selvmordsforsøgene.

Tabel 16. Andelen af selvmordsforsøgsmetoder (hovedmetoden) i perioden 1990-2007, fordelt på køn og aldersgrupper.

	DRENGE/MÆND			PIGER/KVINDER		
	10-14-år n = 10	15-19 år n = 343	20-29 år n = 1407	10-14-år n = 175	15-19 år n = 1097	20-29 år n = 1705
Forgiftning	80 %	60 %	61 %	83 %	75 %	73 %
Hængning	10 %	3 %	4 %	1 %	1 %	1 %
Drukning	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Skydning	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Skær eller stik	10 %	29 %	30 %	14 %	22 %	23 %
Andre metoder	0 %	6 %	5 %	1 %	2 %	3 %

Kvinder bruger i højere grad end mændene metoden at forgifte sig, mens mændene i højere grad end kvinderne vælger skærende og stikkende redskaber og hængning. For både mænd og kvinder er der en mindre andel af forgiftninger og en større andel af skærende og stikkende redskaber i aldersgruppen 15-29 år end i de øvrige aldersgrupper. Sammenlignet med selvmord anvendes de voldelige og determinante metoder som hængning og skydning i langt mindre grad ved selvmordsforsøg.

Tabel 17. Frekvensen af selvmordsforsøgsmetoder i perioden 1990-2007, fordelt på køn og aldersgrupper. Summen af frekvensen er større end 100, da der kan registreres op til 3 metoder pr. forsøg.

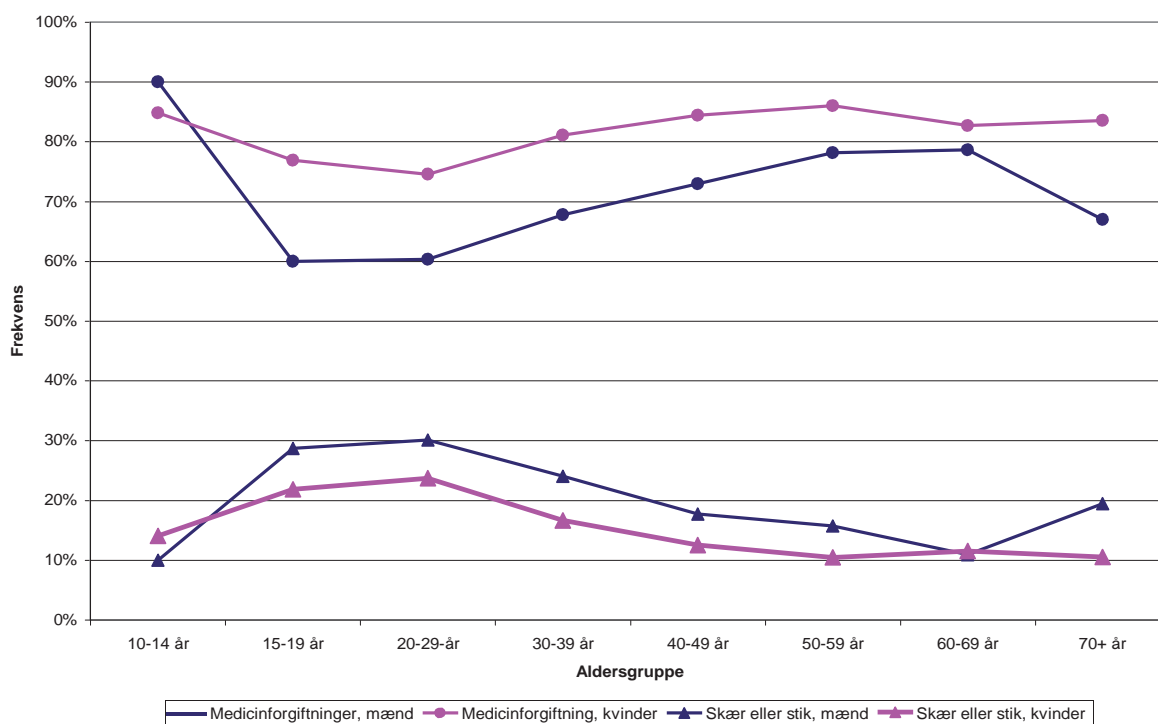
	DRENGE/MÆND			PIGER/KVINDER		
	10-14-år n = 10	15-19 år n = 310	20-29 år n = 1266	10-14-år n = 171	15-19 år n = 1029	20-29 år n = 1575
Medicinforgiftninger (X60-X64)	90,0 %	60,0 %	60,3 %	84,8 %	76,9 %	74,5 %
Skærende eller stikkende redskaber (X78)	10,0 %	28,7 %	30,1 %	14,0 %	21,9 %	23,7 %
Forgiftning med alkohol (X65)	0,0 %	3,5 %	8,4 %	0,0 %	1,2 %	3,9 %
Forgiftning med gasser (X67)	0,0 %	0,3 %	0,8 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
Hængning (X70)	10,0 %	3,2 %	3,6 %	1,2 %	0,5 %	0,6 %
Skydning (X72-X75)	0,0 %	1,3 %	0,2 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
Udspring foran kørende objekt (X81)	0,0 %	1,3 %	0,7 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
Udspring fra højt sted (X80)	0,0 %	1,9 %	1,5 %	0,0 %	0,4 %	1,3 %
Øvrige metoder	0,0 %	7,4 %	5,1 %	4,1 %	2,5 %	3,0 %

Tabel 17 viser frekvensen af ICD-10 koder for metoderne. I langt de fleste selvmordsforsøg med hospitalskontakter indgår medicinforgiftninger (60 - 90 %) og i mindre omfang skærende og stikkende redskaber (10 - 30 %). Frekvensen af forgiftning med alkohol som selvmordsforsøgsmetode er overestimeret, idet det i begyndelsen af registerets eksistens var praksis i en del tilfælde at registrere beruselse i forbindelse med forsøget som en metode X65. Metoder, som hængning, skydning og udspring såvel fra højt sted og foran kørende objekter, anvendes langt sjældnere ved selvmordsforsøg end ved selvmord.

I figur 6 ses kønsforskelle blandt de unge i metodevalg, idet der i en større andel af unges kvinders selvmordsforsøg er medicinforgiftning, mens en større andel af de unges mænds selvmordsforsøg omfatter brug af skærende og stikkende redskaber.

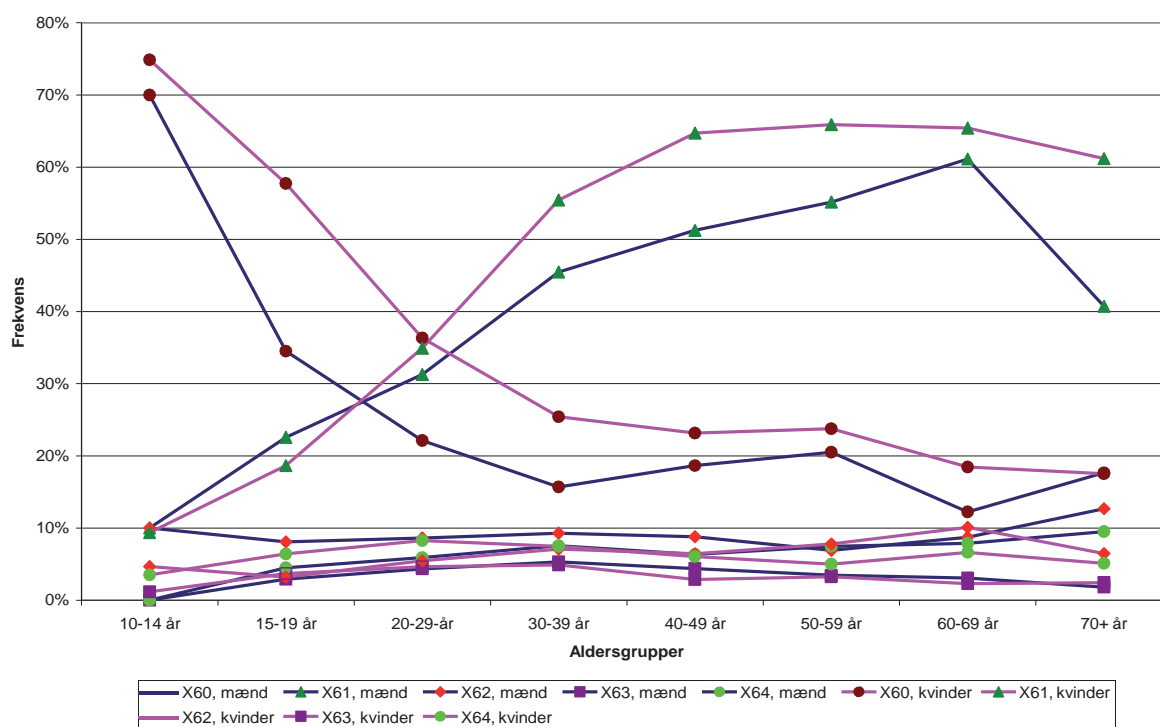
Desuden har de unge i alderen 15-29 år – både mænd og kvinder – en lavere frekvens af forgiftninger og højere frekvens af skær eller stik end personer over 30 år.

Figur 6. Frekvensen af medicinforgiftninger og skær eller stik, fordelt på køn og aldersgrupper. Flere metoder pr. selvmordsforsøg.



En nærmere analyse af medicinforgiftninger (Figur 7) viser, at X60 (svage smertestillende præparater) i højere grad anvendes ved unges selvmordsforsøg, mens X61 (psykofarmaka) i højere grad anvendes til selvmordsforsøg blandt midaldrende og ældre. Dette skyldes sikkert, at mange midaldrende og ældre får udskrevet psykofarmaka i modsætning til de unge, så forskellen skyldes tilgængeligheden af de enkelte præparater (håndkøbsmedicin hører typisk hjemme i X60-metoden). Derimod anvendes de øvrige medicinforgiftninger X62 – X64 hver især højst ved 10 % af selvmordsforsøgene, og der er ingen markante aldersforskelle i brugen af disse.

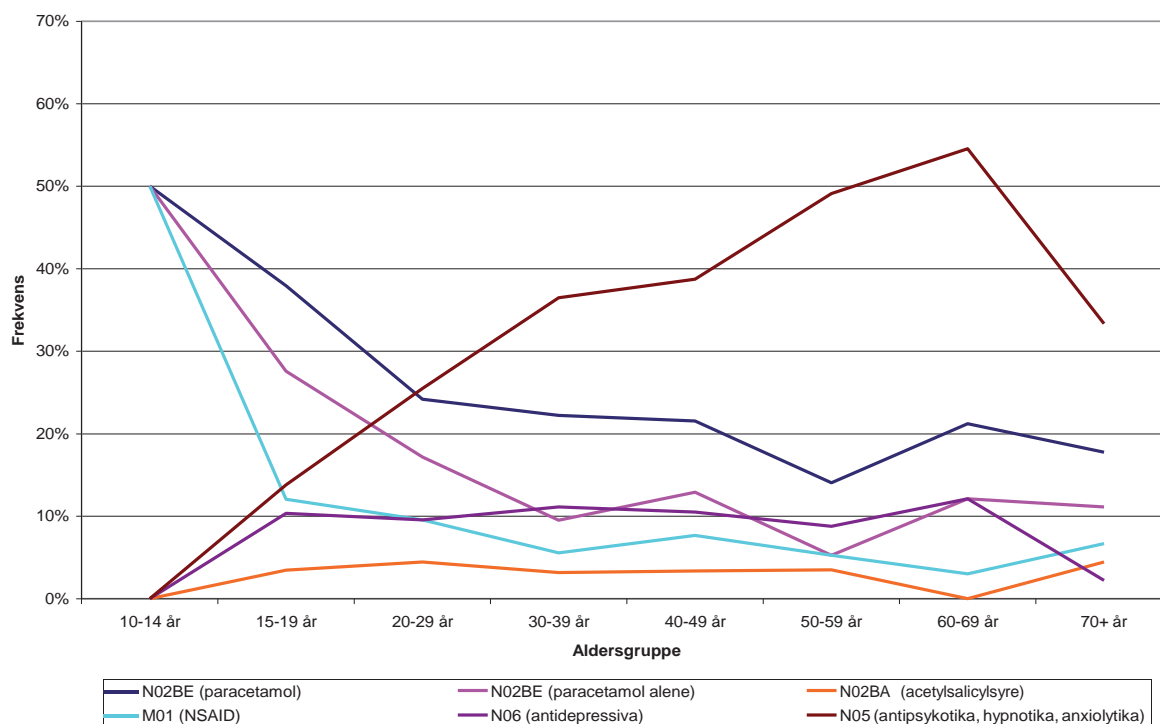
Figur 7. Frekvensen af 5 typer medicinforgiftninger (ICD-10-koder) fordelt på køn og aldersgrupper.



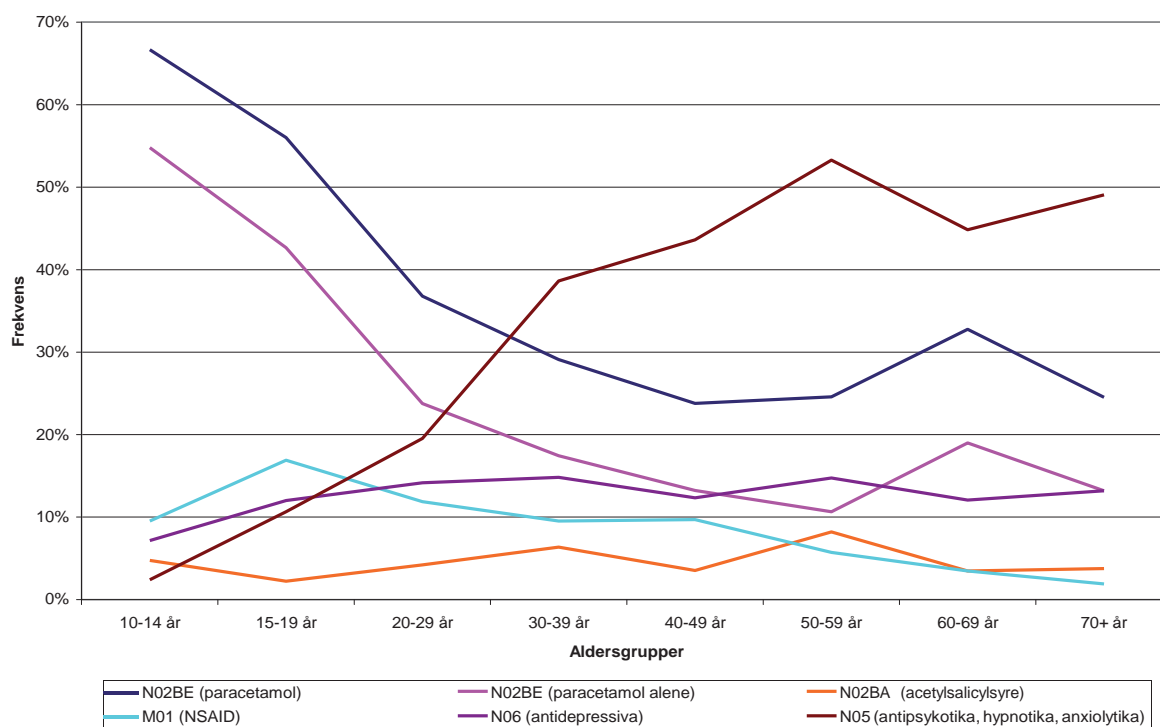
Register for Selvmordsforsøg er fra 2005 blevet udbygget, således at de enkelte præparater der anvendes ved forsøgene indkodes (ATC-koder). I metode X60 indgår således bl.a.

følgende præparater: paracetamol evt. i kombination med kodein (ATC-kode: N02BE), acetylsalicylsyre evt. i kombination med kodein (ATC-kode: N02BA) og NSAID (ATC-kode: M01). Af disse præparater er paracetamol det eneste, der i højere grad anvendes ved selvmordsforsøg hos unge end hos midaldrende og ældre. I figur 8 indgår kun to drenge i aldersgruppen 10-14-årige, så fordelingen i denne gruppe skyldes mere tilfældigheder. Ved størstedelen af især de unges paracetamolforgiftninger anvendes ikke andre typer præparater. I metode X61 indgår bl.a. følgende præparater: antidepressiva (herunder lykkepiller) (ATC-kode: N06) og antipsykotiske midler + sovemedicin + angstdæmpende medicin (ATC-kode: N05). Her ses det klart, at sidstnævnte gruppe (N05) især anvendes til selvmordsforsøg af midaldrende og ældre, mens antidepressiva (N06) som præparat ved selvmordsforsøg ikke er aldersspecifik. De helt unge i alderen 10-19 år bruger således i høj grad håndkøbsmedicin (først og fremmest paracetamol). Endvidere er paracetamolforgiftninger hyppigere hos piger end drenge i denne aldersgruppe (figur 8 og 9).

Figur 8. Frekvensen af nogle medicinforgiftninger (ATC-koder) for mænd fordelt på aldersgrupper i perioden 2005-07.



Figur 9. Frekvensen af nogle medicinforgiftninger (ATC-koder) for kvinder fordelt på aldersgrupper i perioden 2005-07.



Selvordsforsøgsmetoder belyst ved spørgeskemaundersøgelser

Tabel 18. Frekvensen af metoder anvendt ved sidste selvmordsforsøg blandt unge i de gymnasiale uddannelser fordelt på køn.

	DRENGE/MÆND n = 69	PIGER/KVINDER n = 341
Tog en overdosis piller	14 %	18 %
Snittede sig i håndledet	45 %	49 %
Drak store mængder alkohol	28 %	10 %
Påførte sig en fysisk skade	30 %	14 %
Påførte sig en spiseforstyrrelseslignende skade	1 %	3 %
I alt	119 %	94 %

At snitte sig i håndledet indgår i knap halvdelen af selvmordsforsøgene blandt unge i de gymnasiale uddannelser, og andre påførte fysiske skader udgør 30 % hos drenge og 14 %

hos piger (kønssforskellen er signifikant). Derimod udgør pilleforgiftninger kun 14 - 18 % af selvmordsforsøgene (tabel 18). At summen af metoder for drengenes vedkommende giver mere end 100 %, skyldes, at der ved nogle selvmordsforsøg anvendes mere end en metode (Zøllner og Jensen [II] udgives 2009).

Der er således stor forskel på fordelingen af metoder i Register for Selvmordsforsøg og i spørgeskemaundersøgelsen i de gymnasiale uddannelser.

Tabel 19. Frekvensen af hospitalskontakter ved sidste selvmordsforsøg for forskellige metoder blandt unge i de gymnasiale uddannelser fordelt på køn.

	DRENGE/MÆND n = 69	PIGER/KVINDER n = 341
Tog en overdosis piller	50 %	30 %
Snittede sig i håndledet	6 %	5 %
Drak store mængder alkohol	16 %	9 %
Påførte sig en fysisk skade	14 %	4 %
Spiseforstyrrelseslignende skade	0 %	11 %

Tabel 19 viser klart, at de unges metodevalg har stor indflydelse på sandsynligheden for, at de i forbindelse med et selvmordsforsøg kommer på hospitalet. En overdosis piller er den metode, der hyppigst giver hospitalskontakt (i 30 % til 50 % af tilfældene), hvilket også forklarer, hvorfor medicinforgiftninger fylder forholdsvis mere i Register for Selvmordsforsøg end i denne spørgeskemaundersøgelse. Snit i håndledet giver derimod kun i omkring 5 % af tilfældene anledning til hospitalskontakt (Zøllner og Jensen [II] udgives 2009).

I folkeskolens ældste klasser har de unge besvaret tilsvarende spørgsmål om valg af metoder ved sidste selvskade samt kontakt til hospital efterfølgende. I denne undersøgelse (tabel 20) er der ikke skelnet mellem selvmordsforsøg og vanemæssig selvskade (Zøllner og Jensen [I] 2009). Men metodevalget ligner undersøgelsen fra de gymnasiale uddannelser, dog ser der ud til at være indtruffet et skift i pigernes metode fra 2001-02 til

2006-07, hvor frekvensen af forgiftninger er faldet, og andelen af snit i håndleddet er steget.

Tabel 20. Frekvensen af metoder anvendt ved sidste selvskade blandt unge i Folkeskolens ældste klasser fordelt på køn og indsamlingsperiode.

	DRENGE/MÆND		PIGER/KVINDER	
	2001-02 n = 120	2006-07 n = 426	2001-02 n = 76	2006-07 n = 366
Tog en overdosis piller	16 %	17 %	31 %	13 %
Snittede sig i håndleddet	35 %	42 %	45 %	74 %
Drak store mængder alkohol	23 %	30 %	13 %	17 %
Andre metoder	45 %	42 %	33 %	24 %

Efterfølgende kontakt til et hospital på grund af selvskaden viser samme mønster som i de gymnasiale uddannelser, idet forgiftninger hyppigere medfører kontakt til et sygehus end snit i håndleddet. Metoden "drak store mængder alkohol" skal fortolkes med forsigtighed, da alkoholindtagelsen ikke nødvendigvis kan fortolkes som en metode, men mere som en omstændighed i forbindelse med selvskaden/selvmodsforsøget (tabel 21).

Tabel 21. Frekvensen af hospitalskontakter ved sidste selvskade for forskellige metoder blandt unge i folkeskolens ældste klasser fordelt på køn og indsamlingsperiode.

	DRENGE		PIGER	
	2001-02	2006-07	2001-02	2006-07
Tog en overdosis piller	11 %	23 %	16 %	22 %
Snittede sig i håndleddet	5 %	13 %	4 %	5 %
Drak store mængder alkohol	4 %	25 %	11 %	8 %
Andre metoder	4 %	14 %	4 %	6 %

Vanemæssig selvskade

Der findes kun få undersøgelser over metodevalg ved vanemæssig selvskade, bortset fra at der har været meget fokus på unge, der skærer eller snitter sig på arme, ben og krop (cutting). I undersøgelsen af de unge i de gymnasiale uddannelser, hvor 1,1 % af drenge og 5,9 % af piger angav, at de havde haft vanemæssig selvskade, viser følgende metodevalg sig:

Tabel 22. Frekvensen af metoder ved vanemæssig selvskadende adfærd blandt unge i de gymnasiale uddannelser fordelt på køn.

	DRENGE n = 18	PIGER n = 126
Snittede sig selv på arme, ben og krop	83 %	93 %
Kradsede sig til dybe sår	17 %	33 %
Hindrede sår i at hele	28 %	23 %
Andre smertevoldende handlinger	50 %	18 %
Spiseforstyrrelseslignende adfærd	6 %	6 %
Medicinforgiftninger	0 %	7 %
I alt	183 %	179 %

Som det fremgår af tabel 22, snitter langt de fleste unge med vanemæssig selvskadende adfærd sig på arme, ben og krop (godt 90 %). Dernæst kradsede de sig til dybe sår, hindrer sår i at hele eller anvender andre smertevoldende metoder (f.eks. at slå sig selv eller banke hovedet ind i noget). Enkelte har også angivet handlinger/adfærd (spiseforstyrrelseslignende adfærd, medicinforgiftninger), som normalt ikke forbindes med selvmutilation. Summen er større end 100 %, hvilket betyder, at de fleste unge har anvendt mere end en metode (Zøllner og Jensen [II] udgives 2009).

8 Hvad kan der gøres?

Indledning

Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg blandt unge har været ivrigt debatteret inden for de seneste år.

I 1996 tog Danmark initiativ til at udarbejde en national handlingsplan for en samlet forebyggende indsats over for selvmordsadfærd. Året efter blev der nedsat et udvalg under Sundhedsstyrelsen, hvis kommissorium var at udarbejde forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. I 1998 forelå Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark (Sundhedsstyrelsen 1998 a, b). Hovedformålet med at iværksætte en national handlingsplan var at søge at reducere antallet af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.

Handlingsplanen blev efterfølgende omdrejningspunktet for indsatsen til forebyggelse af selvmordsadfærd, og der blev igangsat en lang række tiltag rundt om i landet. Blandt de vigtigste initiativer var bl.a. uddannelsesplan, støtte til netværk og forskning, igangsættelse af modelprojekter og dermed udvikling af nye metoder til at forebygge selvmord. I 2004 blev der afholdt en national konference, hvor der blev gjort status over fem års arbejde med selvmordsforebyggende indsatser (Selvmordsforebyggelse i perspektiv, 2004).

Siden da er der indhentet ny viden gennem forsknings- og udviklingsprojekter, og disse bidrager til overvejelserne om, hvad der fremover kan gøres.

Kontakt til den unge

Grundlaget for at fremme unges trivsel og forebygge selvskadende adfærd er, at der er kontakt til de unge. En god kontakt til den unge kan ikke kræves af den voksne. Den unges tillid til den voksne kan ikke forlanges. Vi kan ikke slå op i en bog, en manual, en vejledning og læse os frem til, hvordan vi kan få den unge til at vise tillid til den voksne.

Samfundet kan stille behandlings- og sundhedsfremmende tilbud til rådighed, men hverken sundheds-, social- eller undervisningssystemet kan kræve åbenhed fra den unge – og slet ikke, når det gælder noget så tabubelagt som selvmordsforsøg eller tanker om at begå selvmord.

Den samlede forskning viser, at de unge, som har skadet sig selv, eller som har forsøgt at tage deres eget liv, er i risiko for at gentage den selvskadende adfærd. Forskning såvel i Danmark som i andre nordiske lande viser desuden at selvskade og selvmordsforsøg udgør en risiko for, at den unge begår selvmord. Eller sagt med andre ord – når de unge først har overskredet barrieren fra tanke til handling, er det ikke så vanskeligt at gentage handlingen, og dermed kan resultatet blive, at den unge tager sit eget liv. Derfor er det vigtigt at sætte ind med sundhedsfremme og forebyggelse, *før* den unge skader sig selv.

Kontakt *før* den selvskadende handling

En stor spørgeskemaundersøgelse blandt de ældste elever i folkeskolen (Zøllner og Jensen, [I] 2009) viser, at mindre end halvdelen af de unge har talt med nogen om deres tanker, *før* de skadede sig selv.

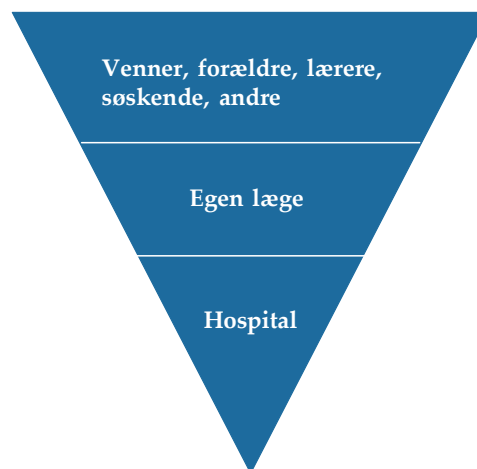
De unge omgives i det daglige af venner, lærere, forældre og evt. søskende. Desuden kan de unge anonymt kontakte telefonlinjer fx Livslinjen. Nogle steder i landet er der selvmordsforbyggende centre, hvor de unge kan henvende sig, hvis de har alvorlige selv-

mordstanker. De unge kan desuden henvende sig til praktiserende læge, på sygehus eller hospital.

Hovedparten af de unge, som taler med nogen *før* den selvskadende adfærd, taler primært med deres venner (figur 10) – et forhold der har været uændret siden 2002. Det er absolut et mindretal, som har været i kontakt med telefonrådgivning, krise- eller rådgivningscenter. Det er de færreste, som henvender sig til egen læge, til sygehus eller hospital.

Væsentlige begrundelser for, at de ikke søger kontakt, er, at de ikke vil belaste familien med egne problemer, og at de frygter at blive afvist.

Figur 10. Kontakt *før* den selvskadende adfærd

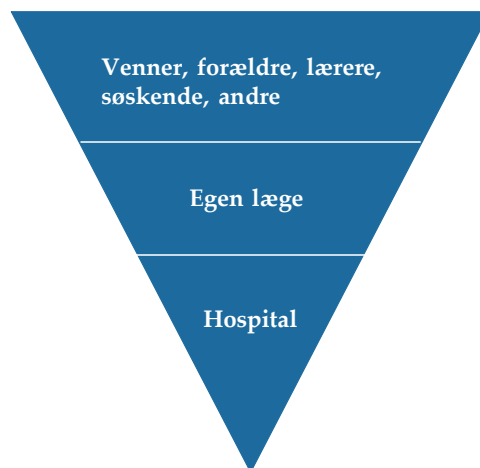


Kontakt *efter* den selvskadende handling

Undersøgelsen af eleverne i folkeskolen (ibid.) viser at et flertal ikke har talt med nogen eller søgt hjælp *efter* selvskaden. En anden stor spørgeskemaundersøgelse blandt unge i de gymnasiale uddannelser (Zøllner og Jensen, [II] udgives 2009) viser, at ca. en tredjedel ikke søgte hjælp *efter* deres selvmordsforsøg.

De unge i folkeskolen, som har talt med nogen, har primært søgt hjælp blandt de nære relationer. De unge i de gymnasiale uddannelser har ligeledes primært talt med venner/veninder eller kæreste og primært på eget initiativ (figur 11). Den viden, vi har, viser, at kun et mindretal kommer i kontakt med hospital som følge af den selvskadende handling, herunder selvmordsforsøg. Begrundelserne herfor kan være mange. Det afhænger bl.a. af, hvor alvorlig den selvskadende handling er, hvem der er omkring den unge og afstanden til hospital eller sygehus. Desuden afhænger kontakten til hospital også af den metode, den unge har anvendt. Overdosis af piller, forsøg på at hænge sig, drukne sig eller skære sig kan føre til bevidstløshed og dermed hurtig reaktion i form af kontakt til sygehus. Men overdosis af fx Panodil fører ikke nødvendigvis til kontakt til sygehus samme dag, idet der kan gå flere dage før den unge bliver så alvorligt syg, at vedkommende kommer under behandling.

Figur 11. Kontakt *efter* den selvskadende adfærd



Tidlig forebyggende og sundhedsfremmende indsats

En tidlig indsats kan være sundhedsfremmende, forebyggende arbejde i det daglige miljø, hvor de unge er omgivet af venner, hvor de er blandt voksne, som samarbejder med forældrene om den unges trivsel.

Alle forældre til unge i teenage-alderen er fælles om gennem skole-hjemsamarbejde at indgå i overvejelser om "det gode teenageliv". En lang række spørgsmål og problemer er naturlige at debattere fra 7. klassetrin (alkohol, rygning, etiske overvejelser om påklædning, aftaler om fester osv.). I debatterne om det gode teenageliv kan der indgå opsporing af tegn på mistrivsel eller "ondt i livet".

Såvel tanker om spiseforstyrrelser som tanker om selvskade (at snitte sig, spise for mange piller osv.) kommer til udtryk ved en række fællestræk.

- Social isolation
- Lavt selvværd
- Følelsen af ensomhed
- Vedvarende tristhed, angst eller vrede

Mistrivsel og tanker om at skade sig selv *behøver* ikke at udvikle sig til handling. Afgørende er det, at der reageres på de tegn, som iagttages af den voksne.

Hvorfor basere en tidlig indsats i uddannelsesinstitutionerne?

En af de mest kompetente forskere inden for unges selvskadende adfærd (K. Hawton) peger i bogen *By Their Own Young Hand* (2006) på, at en gennemgang af den internationale litteratur om unges selvskadende adfærd viser, at mange forhold er skole-relaterede. Det kan fx dreje sig om den unges faglige vanskeligheder, stor fraværsprocent

og negativ holdning til skolen og til skolearbejdet. Fra de danske undersøgelser ved vi desuden, at mobning i skolen er en meget belastende faktor for unges selvskadende adfærd.

Der er særligt tre hovedbegrundelser for, at en tidlig sundhedsfremmende og forebyggende indsats bør foregå i uddannelsesinstitutionerne.

- Tanker om selvskadende adfærd og selvskadende adfærd er almindeligt i skolealderen
- Unge er naturligt samlet i skolerne og i uddannelsesinstitutionerne, således at intervention og evaluering kan udføres under hensyn til cost-benefit.
- Skoler og uddannelsessteder er gode steder for sundhedsfremme og forebyggelse, fordi de unge i større udstrækning søger hjælp der end hos læger, psykologer og på hospitaler uden for skolen.

Strategi

En strategi for forebyggelse af selvskadende handlinger må tage udgangspunkt i metoder til lokalisering af de sårbare unge. I undersøgelser fra Center for Selvmordsforskning peges på en generel sårbarhedsprocent på 30 – 32 % af de unge (Zøllner, 2002). Traditionelt ser vi på, hvad det omgivende netværk kan yde den sårbare unge af assistance, og det vil altid være væsentligt, at *de voksne* tager deres del af ansvaret for den unges trygge opvækst. Ses problematikken ud fra et sundhedsfremmende synspunkt, vil indsatsen endvidere være at kvalificere unge til selv at mestre livets udfordringer.

Lokalisering af sårbare unge

Center for Selvmordsforskning har i en årrække forsket i og videreudviklet et undervisningskoncept fra New Zealand kaldet Travellers. Center for Selvmordsforskning har benyttet lokaliseringsteknikker i forbindelse med dette arbejde og er nået frem til en effektiv elektronisk interviewmetode, afprøvet i folkeskolen og i de gymnasiale uddannelser.

Metoden er valgt med henblik på at opfange flest muligt beskyttende og belastende faktorer som grundlag for den videre forskning, samt at lokalisere de unge, som er sårbare.

Metoden omfatter:

- Spørgeskemaundersøgelse
- Interviewundersøgelse

Undersøgelsen foregår i de folkeskoler og på de gymnasier, som har indvilliget i at medvirke. Spørgeskemaet er bygget op omkring sårbarhedstemaer baseret på elevens egen opfattelse af spisevaner/-forstyrrelser, skolegang, alkoholforbrug, selvskadende adfærd, selvmordstanker, værdier samt generel livsopfattelse.

Sårbarhed defineres ud fra otte mulige indikatorer, afdækket gennem spørgsmålene i spørgeskemaet: Skoleskift; egenvurdering af trivsel; følelser og selvværd; livsbegivenheder; behov for hjælp; overvejet selvskade; forsøgt selvskade og spiseforstyrrelser.

Indsats

Travellers er et gruppeundervisningsforløb, hvis grundtema er, at unge mennesker skal lære at håndtere de vanskeligheder, de kommer ud for. De skal udvikle tillid til, at de kan klare sig selv og klare sig godt. Der fokuseres på at styrke og forstærke de unges ressourcer og indsigt, og ikke på problemer og underskud.

Navnet Travellers betyder "rejsende" og giver associationer til udfordringer og forandringer, hvad der almindeligvis knytter sig til oplevelser, overvindelse af forhindring og nye horisonter.

De udvalgte unge mødes i et velstruktureret gruppeforløb, der strækker sig over 8 gange af ca. 1½ times varighed. Grupperne består af ca. 6 til 8 deltagere og bliver ledet af uddannede Travellers-vejledere.

Afgørende er det, at Travellers *ikke er terapi*, men *undervisning i indsigt og mestring*.

Travellers støtter målrettet de unge mennesker i at finde, udvikle og tilegne sig de fornødne ressourcer, som kan hjælpe dem til at navigere gennem forandringer og derved rejse mere sikkert gennem livet.

Målet med Travellers er at give den unge mulighed for

- at reflektere over hidtidige erfaringer med at være samfunds- og familiemedlem, at finde mening med rollernes og dagligdagens almindelige udfordringer
- at finde nyttige måder at tænke og handle på i stressende situationer og derved udvikle strategier til at mestre vanskeligheder, forhindringer og udfordringer, hvilket efterfølgende giver erkendelse af eget selvværd
- at gøre unge bedre i stand til at danne netværk og søge hjælp og støtte udefra, hvis/når det er nødvendigt.

Det vil være muligt for samtlige kommuner i Danmark at indgå i et samarbejde med Center for Selvmordsforskning om dette arbejde. Første skridt er en konference, som afholdes i oktober 2009.

Rådgivning og behandling

Rådgivning og behandling kan styrkes.

Livslinien fungerer som telefonrådgivning for selvmordstruede, og forebyggelsescentrenes helt konkrete opgave er behandling af selvmordstruede – det varierer lidt fra center til center, hvem man modtager i behandling: nogle forudsætter, at der ligger et selvmordsforsøg forud for henvendelsen til centret, mens andre også modtager klienter på baggrund af selvmordstanker.

Henvendelse til centrene kræver henvisning fra kommunale sagsbehandlere, egen læge, skadestuemodtagelserne. Der findes forebyggelsescentre i Region Hovedstaden (København), Region Sjælland (Nykøbing Falster), Region Syddanmark (Odense), Region Midtjylland (Århus) og Region Nordjylland (Aalborg).

De praktiserende læger kan gennem undervisning få indsigt i de unges tanker og dermed bidrage til en sundhedsfremmende og forebyggende indsats. Vigtigt er det, at der sættes ind før de unge bliver så syge, at de skal indlægges på sygehus eller hospital. Det er ofte lange forløb og kræver meget af den unge også efterfølgende at afslutte en uddannelse og komme videre i livet.

Litteratur

A

Agerbo, Esben; Nordentoft, Merete and Mortensen, Preben Bo: Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *British Medical Journal*, vol. 325, 2002, 74

Agerbo, Esben; Nordentoft, Merete og Mortensen, Preben Bo: Selvmord blandt unge – familiemæssige, psykiatriske og socioøkonomiske risikofaktorer. *Ugeskrift for læger*, 2002, 164: 5786-90

Antonovsky, Aaron: *Hälsens Mysterium*. Bokförlaget Natur og Kultur, 1991

B

Bille-Brahe, Unni; Jessen, Gert og Andersen, Karin: Selvmord og selvmordsforsøg blandt børn og unge. Rapport nr. 6, Center for Selvmordsforskning, 1995

Bjerke, Tore: Selvmord og selvmordsforsøk blant unge. Trondheim, 1991

Bjerke, Tore; Svarva, Kyrre og Stiles, Tore: Selvrapporterte suicidale tanker og handlinger blandt studenter. *Nordisk psykologi*, 44, 1992, 144-151

C

Christiansen, Erik: Selvmordsforsøg – en overlevelsesanalyse. Faktaserien nr. 17. Center for Selvmordsforskning, 2005

D

Damsted, P.; Petersen, D.; Bilenberg, N. og Hørder, K.: Suicidaladfærd i en klinisk population af 12-17-årige med spiseforstyrrelser. *Ugeskrift for Læger*, 168 (44), 2006, 3797-3801

E

Ejdesgaard, Bo og Zøllner, Lilian: Selvmordsadfærd blandt etniske minoriteter i Danmark, Center for Selvmordsforskning, udgives i 2009

Emborg, Charlotte: Dødelighed og årsager til død hos patienter med spiseforstyrrelser i Danmark, 1970-1993. *Ugeskrift for Læger*, 2001, 3476-3481

G

Grøholt, Berit: Unge og gentatte selvmordsforsøg. *Suicidologi*. Årg. 12. NR 3. 2007, 8-11

Grøholt, B.; Ekeberg, Ø.; Wickstrøm, L. and Haldorsen, T.: Youth suicide in Norway 1990-1992. A comparison between children and adolescents completing suicide and age and gender matched controls. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*; 27, 1997, 250-63

Grøholt, Berit: Selvmord og selvmordsforsøg blandt unge innvandrere. *Suicidologi*, årg. 7, nr. 2, 2002, 15-16

Grøholt, B.; Ekeberg, Ø.; Wickstrøm, L. and Haldorsen, T.: Young suicide attempters: a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (7), 2000, 868-75

Grøholt, B.; Ekeberg, O.: Prognosis after suicide attempt: mental health, psychiatric treatment and suicide Attempts in a nine-year follow-up study. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 39 (2), 2009,125-36

H

Hawton, K.; Rodham, K. with Evans, E.: *By Their Own Young Hand: Deliberate Self Harm and Suicidal Ideas in Adolescents*. Jessica Kingsley Publishers: London, 2006.

Heino, Riittakerttu; Rimpelä, Matti; Martunnen, Matti and Rantanen, Päivi: Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 1999, 348-351

Helweg-Larsen, Karin; Kjøller, Mette; Juel, Knud; Sundaram, Vanita; Laursen, Bjarne; Kruse, Marie; Nørlev, Jeanette og Davidsen, Michael: *Selv mord i Danmark. Markant fald i selvmord, men stigende antal selvmordsforsøg. Hvorfor?* Statens Institut for Folkesundhed, 2006

Hufford, MR.: Alcohol and suicidal behaviour. *Clinical Psychology Review*; 21,2001,797-811

Hultén, A. and Wasserman, D.: Suicide among young people aged 10-29 in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 20 (2), 1992, 65-72

Høg, V.; Isager, T. og Skovgaard, A.: Suicidaladfærd blandt børn – en deskriptiv undersøgelse. *Ugeskrift for Læger*, 164 (49):2002, 5790—5794

J

Jensen, Børge F. og Christiansen, Erik: Increasing Rates of Attempted Suicides among Young Females – a Generation Problem. 11th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. *Psychiatria Danubina*, 2006; Vol. 18. Suppl. 1, p. 56.

Jensen, Torben K. og Johansen, Tommy: Sundhedsfremme i teori og praksis. Forlaget Philosophia, 2000

Jessen, Gert; Andersen, Karin og Bille-Brahe, Unni. Selvmordstanker og selvmordsforsøg blandt 15-24-årige i det danske uddannelsessystem, *Ugeskrift for Læger*, 1996. 5026-5029.

Jessen, Gert: Belysning af suicidal adfærd blandt døgnanbragte børn og unge i Fyns Amt. Nyhedsbrev 1. Center for Selvmordsforskning, 1997

K

Kerkhof, J.F.M.: Attempted Suicide: Patterns and Trends: I: Hawton, Keith and van Heeringen, Kees (Eds). *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester, UK, 2000, 49-64

Kerkhof, J.F.M. and Arensman, Ella: Pathways to suicide: The Epidemiology of the suicidal process. I: Understanding Suicidal Behaviour. *The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. van Heeringen, Kees (ed.) *Clinical Psychology*. Chichester, UK, 2002, 15-39

Kjøller, M. and Helweg- Larsen, K.: Suicidal ideation and Suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 2000, 54-61

Klinik for selvmordstruede børn og unge: Behandlingsforløb og opfølgingsrutiner for børn og unge med selvmordsforsøg, 2009

Klomek, AB.; Sourander, A.; Kumpulainen, K.; Piha, J.; Tamminen, T.; Moilanen, I.; Almqvist, F. and Gould, MS.: Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. *Journal of Affective Disorders*, 109 (1-2). 2008, 47-55

Krarup, Gertrud; Sønderlund Kristensen, Kurt og Kvist, Jens.: Selvmord blandt børn og unge under 30 år. *Ugeskrift for Læger*, 150, 1988, 2956-2958

L

Larsen, Kim og Clausen, Bjørn: Kommunepakken. Forebyggelse af selvmordsadfærd hos børn og unge. Center for Selvmordsforskning, 2006

Lindhardt, Mogens: Etik og holdninger i selvmordsbehandling. I: Schiødt, Henrik (red.). *Synspunkter på selvmord - en debatbog*. Odense, Center for Selvmordsforskning, 1998, 197-212

Luukkonen, AH.; Räsänen, P.; Hakko, H. and Riala, K.: Bullying behaviour is related to suicide attempts but not to self-mutilation among psychiatric inpatient adolescents. *Psychopathology*, 42 (2),2009,131-8

M

Marttunen, MJ.; Henriksson, MM.; Aro, HM.; Heikkinen, ME.; Isometsä, ET. and Lönnqvist, JK.: Suicide among female adolescents: characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (10), 1995, 1297-307

Marttunen, MJ.; Aro, HM.; Henriksson, MM. and Lönnqvist, JK.: Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds- in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 48 (9), 1991, 834-9

Marttunen, MJ.; Aro, HM. and Lönnqvist JK.: Precipitant stressors in adolescent suicide. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (6), 1993, 1178-83

Marttunen, MJ.; Aro, HM.; Henriksson, MM. and Lönnqvist, JK.: Antisocial behaviour in adolescent suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Mar; 89(3), 1994,167-73.

Mehlum, Lars: *Clinical Studies of Suicidal Behaviour in the Young With Special Reference to Personality Disorders*. Oslo, 1994

Møhl, Bo: At skære smerten bort – om cutting som drug. I: *Psyke & Logos*, 2005, 26, 98-117

N

Nrugham, L., Larsson, B. and Sund, AM.: Predictors of suicidal acts across adolescence: influences of familial, peer and individual factors. *Journal of Affective Disorders*, 109 (1-2). 2008, 35-45

Nygaard Christoffersen, Mogens: *Anbragte børns livsforløb*. København: Socialforskningsinstituttet, rapport 11, 1993

Nygaard Christoffersen, Mogens: A follow-up study of longterm effects of unemployment on children: loss of self-esteem and self-destructive behavior among adolescents. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, vol. 2, 1994, 212-220

Nygaard Christoffersen, Mogens: Opvækst med arbejdsløshed. København: Socialforskningsinstituttet, 1996

Nygaard Christoffersen, Mogens: Risikofaktorer i barndommen - en forløbs-undersøgelse særligt med henblik på forældres psykiske sygdomme. København, Socialforskningsinstituttet, 1999

Nørlev, J.; Davidsen, M.; Sundarem, V. and Kjølner, M.: Indicators associated with suicidal ideation and suicide attempts among 16-35-year old Danes: A national representative population survey. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 35 (3), 2005, 291-308

O

Olsen, J. and Lajer, M.: Violent death and unemployment in two trade unions in Denmark. *Social Psychiatry*, vol. 14, 1979, 139-145

Otto, Ulf: Barns och ungdomars självmordshandlingar. En barn- och ungdomspsykiatrisk studie. Kristiansstad, 1971

P

Pelkonen, M.; Marttunen, M.; Pulkkinen, E.; Laipala, P. and Aro, H.: Characteristics of outpatient adolescents with suicidal tendencies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95 (2), 1997, 100-7

Povl Munk-Jørgensen og Tom G. Bolwig (red.): Når selvmordet truer – livet til debat; København, 2003

Q

Qin, Ping; Agerbo, Esben and Mortensen, Preben Bo: Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*, vol. 360, 2002, 1126-1130

Qin, Ping and Nordentoft, Merete: Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization. *Archives of General Psychiatry*. Vol 62, 2005, 427-432

Qin, Ping; Mortensen, Preben Bo and Pedersen, Carsten Bøcker: Frequent Change of Residence and Risk of Attempted and Completed Suicide Among Children and Adolescents. *Archives of General Psychiatry*, vol. 66, (No 6) 2009, 628-632

R

Räsänen, P.; Lappalainen, J.; Marttunen, M.; Riala, K.; Hakko, H.; Ollinen, T.; Läksy, K.; Timonen, M.; Ilomäki, R.; Juutinen, J.; Karvonen, K.; Laukkanen, M and Luukkonen, AH.: Nicotine dependence is associated with suicide attempts and self-mutilation among adolescent females. In press.

Register for Selvmord. Center for Selvmordsforskning.

<http://www.selvmordsforskning.dk/Web/Site/Menu2/Registre/Selvmord>

Register for Selvmordsforsøg. Center for Selvmordsforskning.

<http://www.selvmordsforskning.dk/Web/Site/Menu2/Registre/Selvmordsfors%F8g>

Renberg, Ellinor Salander: Perspectives on the Suicide problem – from attitudes to completed suicide. Umeå, 1998

Renberg E.; Jacobsson, L. and Tungstrom, S.: 32 procent har självmordstanker någon gång i livet. *Läkartidningen*, 83 (28-29), 1986, 2460-62

Retterstøl, Nils.; Ekeland, H. and Hessø R.: Selvmord hos unge. Utviklingen i Norden. Et 7-årsmateriale fra Oslo. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 105, 1985, 119-122.

Retterstøl, Nils: Selvmord. Oslo, 1990

Retterstøl, Nils: Hjelper selvmordsforebyggende tiltak? I: Suicidologi. Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging, Nr. 3, 2000, 6-8

Retterstøl, Nils; Ekeberg, Øivind og Mehlum, Lars: Selvmord - et personlig og samfunnsmessig problem. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2002

Retterstøl, N.; Gjertsen, F.; Ekeland, H. og Olving, J.H.: Selvmord blant unge i alderen 15-29 år i Oslo. *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening*, årg. 113, 1993, 1969-1974

Roland, Erling: Bullying, depressive symptoms and suicidal thoughts. *Educational Research*, Vol 44, 2002, 55-67

Rossow, Ingeborg and Wichström, Lars: Parasuicide and use of intoxicants among Norwegian adolescents, *Suicide & Life Threatening Behaviour*, vol. 24, 1994, 174-180.

Runeson, Bo S.: History of suicidal behaviour in the families of young suicides. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 497-501

Runeson, Bo S.: Psychoactive substance use disorder in youth suicide. *Alcohol*, 1990, 25 (5): 561-8

S

Selvmordsforebyggelse i perspektiv. Konferencerapport fra national konference om selvmordsforebyggelse. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet. Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord, 2004

Shneidman, Edwin S.: Definition of Suicide. Los Angeles, 1994

Sommer, Børge og Jensen, Britt: Selvmord blandt børn og unge 1970-1985. Ugeskrift for Læger, 1987, 2100-2102

Spiseforstyrrelser. Andreasen, Jan og Christiansen, Eva (red.). København, 2000

Stenager, K. and Qin, P.: Individual and parental psychiatric history and risk for suicide among adolescents and young adults in Denmark. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43. 2008, 920-926

Stengel, Erwin: Suicide and Attempted Suicide. Bristol 1965

Stephensen, Iben; Jensen, Børge; Christiansen, Erik og Zøllner, Lilian: Sårbare Livsfaser. Center for Selvmordsforskning, 2009

Stephensen, Iben og Zøllner Lilian.: Selvmordsadfærd og selvskade blandt etniske minoriteter. Rapport 1 del 2. Center for Selvmordsforskning, 2008

Suicidal behaviour in Europe, WHO, 1998

Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987. Kjølner, Mette og Rasmussen, Niels Kr. (red.). Statens Institut for Folkesundhed, København, 2002

Sundhedsstyrelsen: 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, 1998a

Sundhedsstyrelsen: 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. Sundhedsstyrelsen, 1998b

Sundhedsstyrelsen: Spiseforstyrrelser. København, 1999

Sundhedsstyrelsens Landspatientregister, 2009

<http://www.folketinget.dk/samling/20081/Beslutningsforslag/B147/spm/2/svar/endeligt/20090623/702045.PDF>

Sørensen, J.; Mortensen, E.; Wang, A.; Juel, K.; Silverton, L. and Mednick, S.: Suicide and Mental illness in parents and risk of suicide in offspring. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2009, 495-498

T

Tuisku, V.; Pelkonen, M.; Kiviruusu, O.; Karlsson, L.; Ruuttu, T. and Marttunen, M.: Factors associated with deliberate self-harm behaviour among depressed adolescent outpatients. *Journal of Adolescents*. 2009, 166-177

Tuisku, V.; Pelkonen, M.; Karlsson, L.; Kiviruusu, O.; Holi, M.; Ruuttu, T.; Punamäki, PL. and Marttunen, M.: Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(4), 2006,199-206

W

Weitoft, Gunilla; Hjern, Anders; Haglund, Bengt and Rosén, Mäns: Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *The Lancet*, Vol. 361, 2003, 289-295.

Wichstrøm, Lars: Predictors of Adolescent Suicide Attempts: A Nationally Representative Longitudinal Study of Norwegian Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 39, 2000, 603-610

Y

Ystgaard, Mette; Reinholdt, Niels Peter; Husby; Jorulf og Melum, Lars: Villet egenskade blant ungdom. I: *Medicin og vitenskap. Tidsskrift For Den Norske Lægeforening*, årg. 123, 2003, 2241-2245

Z

Zøllner, Lilian: Selvskade og resiliens blandt etniske minoriteter. Rapport 1 del 1. Center for Selvmordsforskning, 2008

Zøllner, Lilian og Christiansen, Erik: Spiseforstyrrelser og selvmordsrisiko. Center for selvmordsforskning, 2006

Zøllner, Lilian og Jensen, Børge [I]: Sårbarhed og (Mis)trivsel blandt unge – i Folkeskolens ældste klasser, Center for Selvmordsforskning, 2009

Zøllner, Lilian og Jensen, Børge [II]: SAYLE – Saving Young Lives Everywhere, Center for Selvmordsforskning, udgives i 2009

Zøllner, Lilian: Unges (mis)trivsel, Center for Selvmordsforskning, 2002

Appendix

Tabel 1. Danske studier af unges selvskade og selvmordsadfærd

Forfattere	År	N	Metode	Aldersgruppe	Mulige forhold, som kan øge risikoen for selvskade og selvmordsadfærd
Ejdesgaard	Udgives i 2009	1733	Spørgeskema	14-30	Mistrivsel i skolen, i gang med erhversuddannelse, stofmisbrug, spiseforstyrrelser, 4+ Negative Life Events, 40+Weinburger
Stephensen et al.	2009	65	Spørgeskema	18-29	Personlige problemer, mentalt helbred, følelse af ensomhed, problemer med kæreste/partner/venner
Zøllner & Jensen	Udgives i 2009	3819	Spørgeskema	15-19	Boforhold, rygning, alkohol, spiseforstyrrelser, stoffer, negative sociale begivenheder, mobning
Zøllner & Jensen	2009	8502	Spørgeskema	15-16	Mobning, selvmordsadfærd i nærmeste familie
Sørensen et al.	2009	7177	Register	Ikke opgivet	Selvmordsadfærd i familien
Qin et al.	2009	4239	Register	11-17	Hyppige skift af bopæl
Stenager et al.	2008	4142	Register	9-35	Psykisk sygdom i familien, egen psykisk sygdom
Zøllner	2008	1277	Spørgeskema	15-16	Vestlig baggrund
Stephensen & Zøllner	2008	60	Spørgeskema	15-16	Vestlig baggrund
Zøllner & Christiansen	2006	1408	Register	11-35	Spiseforstyrrelser
Damsted et al.	2006	37	Spørgeskema og interview	12-17	Spiseforstyrrelser, Komorbiditet
Nørlev et al.	2005	3184	Spørgeskema og interview	16-35	Single, vold, seksuelt misbrugt, rygning, mentalt helbred, arbejdsløshed, dårligt helbred
Høg et al.	2002	126	Register	Under 15	Psykisk sygdom
Zøllner	2002	1000	Spørgeskema og stil	13-18	Isolation, ensomhed

Qin et al.	2002	4.262	Registerundersøgelse	9-45	Selv mord i nærmeste familie
Agerbo et al.	2002	496	Registerundersøgelse	10-21	Selv mord i nærmeste familie, forældres tidlige død, indlæggelse
Kjøller & Helweg-Larsen	2000	1362	Spørgeskema og interview	1362	Arbejdsløshed, ugifte, skilsmisse
Sundhed-og sygelighedsundersøgelsen	2002	10.434	Personligt interview samt selvadministreret spørgeskema	16-80	Undersøgelsen er ikke tilendebragt
Nygaard Christoffersen	1999	867	Registerundersøgelse baseret på selvmordsforsøg, der udløser hospitalsindlæggelse	14-26	Neurotiske lidelser hos forældre, forældres selvmord, vold, anbringelse uden for hjemmet
Jessen et al.	1996	3.042	Spørgeskema	15-24	Hyppighed af selvmordstanker, selvmordsforsøg og oplevelse af selvmord i familien
Nygaard Christoffersen	1993	1460	Interviewundersøgelse	25	Incest, omsorgssvigt, koncentrationsbesvær i skolen, ønske om at komme hjemmefra inden det 16. år, mobning
Krarp et al.	1988	56	Dødsattester, politirapporter, journaler	15-29	Dårlig uddannelse, psykiatrisk diagnose, selvmordsforsøg, arbejdsløshed
Sommer et al.	1987	391	Dødsårsagsregister	10-19	Psykiatrisk diagnose, alkoholmisbrug

Tabel 2. Norske, svenske og finske studier af unges selvskade og selvmordsadfærd

Forfattere	År	N	Metode	Aldersgruppe	Mulige forhold, som kan øge risikoen for selvskade og selvmordsadfærd
Grøholt et al.	2009	71	Register, interview	13-19	Depression, personlighedsforstyrrelse, angstlidelser, tidligere selvmordsforsøg
Luukkonen et al.	2009	508	Spørgeskema	12-17	Mobning
Tuisku et al.	2009	155	Spørgeskema, interview	13-19	Depression, angstlidelser
Räsänen et al.	2009	508	Spørgeskema	12-17	Rygning
Klomek et al.	2008	2348	Register, interview	Under 18	Mobning, depression
Nrugham et al.	2008	2464	Register	Under 15	Brudte hjem, depression, rygning
Grøholt et al.	2007	73	Spørgeskema, interview	Ikke opgivet	Belastninger i barndommen såsom skilsmisse, overgreb og alkoholmisbrug i familien. Egne psykiske lidelser, tidligere selvmordsforsøg.
Tuisku et al.	2006	218	Interview, spørgeskema	13-19	Psykiske lidelser, komorbiditet
Ystgaard et al.	2003	4060	Spørgeskema	15-16	Lavt selvværd, misbrug, konflikter med forældre
Weitoft	2003	986342	Register	5-17	At bo med én forældre
Roland	2002	2008	Spørgeskema	14	Mobning
Wichstrøm	2000	9676	Spørgeskema	12-20	At bo med én forælder, tidligere forsøg, alkoholmisbrug, lavt selvværd
Grøholt et al.	2000	92	Spørgeskema, interview	13-19	Depression, lavt selvværd
Heino	1999	16410	Spørgeskema	14-16	Mobning
Runeson	1998	58	Register	15-29	Selv mord i familien
Grøholt	1997	11315	Register	12-20	Psykiske lidelser
Pelkonen et	1997	260	Register	12-22	Psykiske lidelser, tidligere

al.					indlæggelse pga. psykisk sygdom
Marttunen et al.	1995	116	Register	13-22	Psykisk sygdom
Marttunen et al.	1994	53	Psykologisk autopsi	Ikke opgivet	Adskillelse fra forældre, forældres alkoholmisbrug, vold
Rossow et al.	1994	12000	Spørgeskema	13-20	Ensomhed, brug af rusmidler, anbragt uden for hjemmet
Marttunen et al.	1993	53	Register, psykologisk autopsi	13-19	Depression, alkoholmisbrug
Retterstøl	1993	148	Register	15-29	Selv mord i familien
Hultén et al.	1992	4624	Register	10-29	Ugifte, skilsmisse
Marttunen et al.	1991	53	Register, psykologisk autopsi	13-19	Psykiske lidelser, komorbiditet, alkoholmisbrug
Runeson	1990	58	Register	15-29	Psykiske lidelser, alkohol, komorbiditet

Tabel 3. ICD-10 diagnosesystemets koder for selvmord og selvmordsforsøgsmetoder og rank.

KODE	RANK	BESKRIVELSE
X60	21	Non-opioide analgetica, antipyretika og antirheumatica
X61	18	Psykofarmaka, antiepileptika, antiparkinsonsmidler
X62	19	Opioider og psykodysleptica (f.eks. cannabis, LSD, kokain)
X63	20	Midler virkende på autonome nervesystem
X64	22	Andre og uspecificerede medikamenter eller biologiske substanser
X65	25	Alkoholer
X66	14	Organiske opløsningsmidler og halogenderivater af hydrokarboner
X67	15	Andre gasser og dampe (f.eks.. CO)
X68	16	Pesticider
X69	17	Andre og uspecificerede kemikalier eller gifte
X70	1	Hængning, strangulation og kvælning
X71	13	Drukning
X72	2	Håndskydevåben
X73	3	Større skydevåben
X74	4	Andet eller uspecificeret skydevåben
X75	5	Eksplorative stoffer
X76	9	Ild, flammer eller røg
X77	10	Skoldning eller brænding med hede dampe eller genstande
X78	11	Skarpe genstande
X79	12	Stumpe genstande
X80	8	Udspring fra højt sted
X81	6	Udspring foran kørende objekt
X82	7	Påkørsel
X83	23	Andre specificerede midler
X84	24	Uspecificeret

