

Undervisningsmateriale
til videofilmen **“Det tavse råb”**

Undervisningsmateriale til videofilmen "Det tavse råb"

Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
Postboks 1881
2300 København S

Sprog: Dansk

URL: <http://www.sst.dk>

Version: 1,0

Versionsdato: 1. november 2004

ISBN: 87-7676-006-5

Format: pdf

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, november 2004

Copyright: Sundhedsstyrelsen, publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Design: Line-by-Line

Udgivelsen er støttet af Socialministeriet efter indstilling fra Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord.

Undervisningsmaterialet er udgivet første gang i 2003 af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet, Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord. Materialet er udarbejdet af en arbejdsgruppe, bestående af overlæge Merete Nordentoft, Bispebjerg Hospital, cand.psych. Ida Koch, uddannelses- og udviklingskonsulent Inge Jacobsen, Center for Selvmordsforskning og fuldmægtig Pia Langhoff, Referencegruppens sekretariat, samt journalist Andreas Christensen, Line-by-Line.

Filmen "Det tavse råb" er instrueret af René Bo Hansen og er blevet produceret med støtte fra blandt andet Sundhedsministeriets Sundhedspulje. Den er lanceret i et samarbejde mellem Det Danske Filminstitut og Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.

Institutioner kan købe "Det tavse råb" direkte via Det Danske Filminstituts hjemmeside www.katalog.dfi.dk eller kontakte:

Det Danske Filminstitut
Postboks 5006
8100 Århus C
Telefon 87 31 77 00
Fax 86 13 29 06

Pris 125 kr. eksklusive moms og forsendelse.

Privatpersoner kan låne filmen via folkebibliotekerne.

"Det tavse råb" varer 19 minutter.

Undervisningsmateriale til videofilmen **“Det tavse råb”**

Forord	4
00: Definitioner.....	5
01: Om “Det tavse råb” og undervisningsmaterialet til filmen.....	6
02: Underviserens forberedelse	7
03: Diskussionstemaer i filmen.....	9
04: Dialogliste til “Det tavse råb”	12
05: Selvmordsprocessen	16
06: Interventionsprocessen – at gribe ind	18
07: Henvisningsmuligheder	20
08: Selvmordsforebyggende tiltag på institutionen eller arbejdspladsen	21
09: Selvmord og etik.....	22
10: Myter og fakta om selvmord	23
11: Cases	26
12: Instruktion til rollespil	27
13: Undervisningsplaner	28
14: Statistik om selvmord og selvmordsforsøg.....	32
15: Bedømmelse af risiko for selvmord	33
16: Selvmordsadfærd hos unge – faresignaler og forebyggelse	38
17: Når børn og unge har det svært: Drop berøringsangsten – tal med dem	44
18: Litteratur og websites.....	47

Forord

Sundhedsstyrelsen udgav i 1998 "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark", som har dannet grundlag for den særlige indsats på området i perioden 1999-2004.

I indsatsperioden har Socialministeriet, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Undervisningsministeriet arbejdet på at styrke samarbejdet mellem stat, amter, kommuner og det frivillige arbejde som led i opfølgningen af handlingsplanens forslag. Indsatsen har været koordineret af Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord, nedsat i tilknytning til de tre ministerier. Blandt de prioriterede områder har været undervisning og vidensformidling.

Som led i arbejdet udgav Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i 2003 et undervisningsmateriale til videofilmen "Det tavse råb" til at downloade fra referencegruppens hjemmeside. Materialet er nu layoutet i en let redigeret udgave og kan fremover downloades fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Filmen og undervisningsmaterialet henvender sig til sundhedspersonale og en lang række fagpersoner, som kan have den første kontakt med et selvmordstruet menneske. Materialet kan bruges i tværfaglige sammenhænge på arbejdspladser og i forbindelse med grunduddannelse og efteruddannelse.

I filmen behandles selvmordsproblematikken med vægt på:

- problemlidentifikation
- intervention
- handlemuligheder
- forebyggelse.

Undervisningsmaterialet kan danne baggrund for diskussioner, rollespil, formidling af viden mv. Oplæggene til diskussion knytter sig til en række temaer, der berøres i filmen. Desuden er der oplæg til samtale om interventionsprocessen.

Målet med undervisningsmaterialet er at viderebringe konkrete erfaringer med intervention i et selvmordsforløb og formidle en basal viden om selvmordsadfærd. Det skal bidrage til undervisningsforløb, der kan give en større menneskelig og faglig sikkerhed som grundlag for et fagligt beredskab ved mødet med den selvmordstruede.

Else Smith
Centerchef

00: Definitioner

Selv mord og selvmordsforsøg er i dette materiale defineret i henhold til WHO's definitioner.

SELMORD

“En handling med dødelig udgang, som den afdøde med viden eller forventning om et dødeligt udfald havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den afdøde ønskede forandringer.”

I denne definition er det ikke forudsat, at den afdøde skal have haft et dødsønske, men kun at den afdøde skal have ønsket forandringer. Det er hensigtsmæssigt, da dødsønsket ofte er ambivalent og under alle omstændigheder vanskeligt at fastslå hos en afdød. Personer, der foretager selvmordshandlinger har ikke altid klare forestillinger om handlingens farlighed, og det er derfor vigtigt, at der står, at afdøde skal have haft viden *eller forventning* om et dødeligt udfald.

SELMORDSFORSØG

“En handling uden dødelig udgang, hvor personen med vilje indtager en overdosis af medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede fysiske konsekvenser.”

Heller ikke denne definition gør tilstedeværelsen af et dødsønske til en forudsætning for, at en selvdestruktiv handling falder ind under definitionen. I definitionen har man med vendingen *ikke-vanemæssig* sørget for, at vanemæssig forgiftning med alkohol eller medicin hos alkohol- eller medicinmisbrugere ikke klassificeres som selvmordsforsøg. Det er værd at notere sig, at definitionen på selvmordsforsøg ikke indeholder krav vedrørende den somatiske farlighed af handlingen.

Fra Bilagsdel til Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.

01: Om “Det tavse råb” og undervisningsmaterialet til filmen

“Det tavse råb” er en film, der formidler en basal viden om selvmordsadfærd og samtidig viderebringer konkrete erfaringer med intervention i et selvmordsforløb. Filmens formål er at bidrage til en større menneskelig og faglig sikkerhed som grundlag for et offensivt fagligt beredskab.

Målgruppen for filmen

Målgruppen for filmen er de faggrupper, som har den første kontakt med et selvmordstruet menneske. Det er personer, der skal handle på baggrund af en mistanke om selvmordsadfærd.

Der kan være tale om sygeplejersker, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter, socialrådgivere, læger, psykologer, folkeskolelærere, pædagoger, gymnasielærere, studievejledere og andre faggrupper. Filmen kan bruges i forbindelse med grunduddannelse, efteruddannelse og i tværfaglige sammenhænge på arbejdspladser.

I FILMEN BEHANDLES SELVMORDS- PROBLEMATIKKEN MED VÆGT PÅ:

- problemidentifikation
- intervention
- handlemuligheder
- forebyggelse.

Har du mistanke, så spørg

“Har du mistanke, så spørg” kunne være den enkelte sætning, der udtrykker filmens budskab. Herunder *hvornår* det er vigtigt at tale om selvmord med et menneske i krise, og *hvordan* det er muligt at tale om selvmord på en fornuftig måde.

“Det tavse råb” er bygget op om en case med en underviser og en selvmordstruet elev. Historien suppleres af information og vejledning fra sygeplejerske Viola Pedersen og cand. psych. og ungdomsrådgiver Ida Koch.

Filmen er instrueret af René Bo Hansen og er produceret med støtte fra blandt andet Sundhedsministeriets Sundheds- pulje. Den er blevet lanceret i 2003 i et samarbejde mellem Det Danske Filminstitut og Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Filmen varer 19 minutter.

Filmen distribueres gennem Det Danske Filminstitut.

Om undervisningsmaterialet

Idéen med dette undervisningsmateriale er at give undervisere mod på at bruge filmen “Det tavse råb” i undervisningen eller i andre relevante sammenhænge. Materialet formidler holdninger til selvmordsadfærd, punkterer myter om selvmord og giver konkrete handlingsanvisninger til professionelle, der møder selvmordstruede i deres arbejde.

Mange fagpersoner er usikre på, hvordan de skal forholde sig til selvmordsadfærd. At være klædt på til at gøre noget, hvis man fornemmer en selvmordstrussel, fremmer tryk og trivsel for de ansatte. Samtidig åbner det mulighed for, at flere selvmordstruede vil kunne få hjælp gennem en lærer, pædagog, sagsbehandler, vejleder eller behandler, som vedkommende er i kontakt med.

HENSIGTEN MED UNDERVISNINGEN ER, AT DELTAGERNE BLIVER I STAND TIL

- at identificere selvmordstruede
- at afdække den konkrete situation
- at visitere til relevant professionel behandling.

Materialet understreger, at det nytter at gribe ind, idet den selvmordstruede trods selvmordsadfærden er ambivalent og altså modtagelig for hjælp. Materialet kan også bruges i den proces, hvor man ønsker at formulere retningslinier for arbejdspladsen i forhold til selvmord og krise (se “08: Selvmordsforebyggende tiltag”).

Materialets opbygning

Undervisningsmaterialet er udelukkende udgivet som netpublikation til download. Det består af en række pdf-dokumenter, der kan downloades enkeltvis eller samlet. De enkelte dokumenter kan danne baggrund for diskussioner, rollespil, formidling af viden mv.

Oplæggene til diskussion knytter sig til en række temaer, der berøres i filmen. Desuden er der oplæg til samtale om interventionsprocessen, når en fagperson handler i forhold til en selvmordstruet elev, klient, patient, bruger eller andre. Endelig findes der baggrundsmateriale i form af artikler, litteraturliste mv.

02: Underviserens **forberedelse**

For at kursisterne skal få noget ud af undervisningen, er det vigtigt, at denne har et klart sigte og er planlagt grundigt.

I dokumentet "13: Undervisningsplaner" finder du en beskrivelse af, hvordan du kan forberede en eller to lektioners undervisning, en halv temadag eller en hel temadag om selvmordsforebyggelse, hvori "Det tavse råb" kan indgå.

Du bør gennemtænke dine holdninger

Som underviser i emnet selvmord bør du være opmærksom på, at du videreformidler holdninger og opfattelser om et følsomt emne. Derfor er det vigtigt, at du på forhånd gør dig klart, hvordan du selv forholder dig til selvmord.

I dokumentet "09: Selvmord og etik" stilles to etiske påstande op over for hinanden: "selvmord er en menneskeret" eller "man skal så vidt muligt hindre folk i at forsøge selvmord". Denne diskussion er også relevant at bringe ind i undervisningen, men under alle omstændigheder bør du som lærer gennemtænke din egen holdning inden undervisningen.

Den grundlæggende holdning til selvmord afspejles blandt andet i, hvordan man mener, at man kan gribe ind over for mennesker, der plages af selvmordstanker eller måske allerede har forsøgt selvmord. Diskussionen om intervention i forhold til selvmordstruede ligger således i direkte forlængelse af holdningen til selvmord generelt.

Filmen handler om en sådan intervention, og filmens dialogliste med de tilknyttede diskussionstemaer er velegnet som udgangspunkt for en diskussion om, hvordan man forholder sig til et selvmordstruet menneske. Se dokumenterne "03: Diskussionstemaer i filmen" og "04: Filmens dialogliste".

Naturlig og nænsom formidling

En særlig problemstilling, du skal være opmærksom på, er, hvordan kursisterne modtager undervisningen. Der kan blandt kursisterne være nogle, der har selvmordsproblematikken tæt inde på livet. Måske kender de til selvmordstanker eller har tidligere forsøgt at begå selvmord. Måske er de efterladte efter selvmord eller kender nogen, der har forsøgt.

Kursisternes erfaringer med selvmordsproblematikken og tabuiseringen af døden og selvmord kan medføre, at nogle kursister har modstand imod emnet eller blot har vanskeligt ved at diskutere det.

Emnets følsomhed stiller således krav til dig som underviser om, at du er i stand til formidle stoffet på en naturlig, men alligevel nænsom måde.

Viden, fakta og myter

Udover det holdningsmæssige er der en del faktuelle forhold, som du bør sætte sig ind i forud for undervisningen. Du kan læse en kortfattet indførelse i forløbet hen imod et selvmordsforsøg eller selvmord i "05: Selvmordsprocessen".

Dokumentet "06: Interventionsprocessen" beskriver processens tre stadier:

- Identifikation – at opdage risikoen og tage kontakt
- Afklaring – at fastslå, om personen er selvmordstruet
- Visitation – at sikre, at den selvmordstruede kommer i relevant behandling.

Desuden vil det være nyttigt at kende nogle grundlæggende fakta om omfanget af selvmordsforsøg og selvmord, som du finder i dokumentet "14: Statistik om selvmord og selvmordsforsøg", som henviser til websites med relevante statistiske informationer. Der findes også en række myter om selvmord, som er væsentlige at tilbagevise. Dokumentet "10: Myter og fakta om selvmord" viser de mest almindelige misforståelser om selvmord og bringer samtidig en række faktuelle udsagn, der kort belyser selvmordsproblematikken.

Materialet giver også mulighed for at diskutere cases ("11: Cases") og anvende rollespil ("12: Instruktion til rollespil"). Desuden findes der i "07: Henvisningsmuligheder" en generel liste over steder og sammenhænge, hvor man kan søge hjælp og vejledning.

Med dokumenterne 15-17 gives der mulighed for at læse uddybende artikler om selvmordsproblematikken, blandt andet særligt i forhold til unge. Ønsker man at gå videre, findes der i "18: Litteratur og websites" henvisninger til udvalgte bøger samt en række websites med information om selvmordsforsøg og selvmord.

Et PowerPoint-show ("19: Forebyggelse af selvmord") giver i 12 overheads med tilhørende noter materiale til fælles formidling i plenum. De 12 overheads med noter findes også i et tekstdokument ("20: Noter til PowerPoint-show").

Endelig behandles en række myter om selvmord i et Power-Point-show ("21: Myter om selvmordsadfærd").

Kursisternes forberedelse

Som underviser kan du bede kursisterne om at læse noget materiale inden undervisningen. Du kan også bede dem om at tænke over nogle spørgsmål, således at de møder forberedte til diskussionen på selve undervisningsdagen.

Du kan downloade tre artikler om selvmordsforebyggelse, der belyser forskellige aspekter af emnet. Du kan også bede kursisterne om at læse gennemgangen af selvmordsstatistikken, så de på forhånd kender problemets omfang. Også "10: Myter og fakta om selvmord" eller "09: Selvmord og etik" kan bruges som forberedelse og kan sætte tanker i gang hos kursisterne, der kan bruges som afsæt til diskussionen.

Hvis du særligt vil rette undervisningen mod at kvalificere kursisterne til at identificere og gribe ind over for selvmordstruede, vil det være nyttigt at lade kursisterne læse "06: Interventionsprocessen" som forberedelse til undervisningen.

På selve undervisningsdagen kan kursisterne, inden filmen vises, få til opgave at udvælge to-tre centrale citater fra filmen ("03: Diskussionstemaer i filmen"). Disse citater kan danne grundlag for en indledende diskussion – eventuelt først i grupper, herefter i plenum.

Kursisterne kan også inden filmen blive bedt om undervejs i filmen at notere signaler på selvmordsadfærd.

Da emnet selvmord for mange er omgærdet af myter, manglende viden og eventuelt også tabu og frygt, må du som underviser regne med at skulle guide kursisterne mere end ved mange andre emner. Debatten skal have et klart sigte og holdes på sporet. Emnet er meget omfattende, og det vil derfor være nødvendigt at udvælge, hvilke aspekter af problematikken, du vil tage fat på.

03: Diskussionstemaer i filmen

I det følgende finder du en række vigtige diskussionstemaer med udgangspunkt i udsagn fra filmen.

TEMAERNE ER:

1. Autoritet, assertivitet
2. Afvisning, vrede
3. Ambivalens
4. Det støttende og ledsagende princip
5. Vrede, skyldfølelse og afmagt hos personale
6. Kikkertsyn
7. Skyldfølelse
8. Spørgeteknik
9. Opmærksomhed på faresignaler, involvering

De ni temaer er illustreret med citater, og i filmens dialogliste er disse citater markeret med en farve- og talkode, så man kan finde citaterne i sammenhængen og se, hvor i filmen de optræder.

TEMA 1: AUTORITET, ASSERTIVITET

Hvad synes I om lærerens rolle i filmen? Er han for påtrængende? Han prøver på et tidspunkt at holde Stine tilbage, selv om han jo egentlig ingen formel myndighed har til at gøre det. Hvad synes I om det? Han bruger sin personlige autoritet – synes I, han slipper godt fra det? Og er det noget, I kan overføre på jeres hverdag?

Lærer: *“Nej, fandeme – nu stopper du altså. Jeg prøver at snakke med dig... Kom nu, jeg giver en kop kaffe.”*

Lærer: *“Du får altså ikke lov til at gå sådan der, du gør ikke.”*

Stine: *“Du kender mig slet ikke, du gør ikke”*

Lærer: *“Nej, det gør jeg vel ikke – men... man behøver vel ikke vide alt, for at kunne snakke sammen?”*

TEMA 2: AFVISNING, VREDE

Stine er i filmen meget vred. Hun pakker sin taske hurtigt sammen og afviser læreren. Vrede er ofte en overfladisk manifestation af tristhed og fortvivlelse. Vreden kan støde behandlere væk. Har I oplevet, at selvmordstruede personer var vrede? Har I bud på, hvordan man håndterer det?

Stine: *“Du kender mig slet ikke, du gør ikke...”*

Stine: *“Nej, men jeg holder op, og det vedkommer ikke dig.”*

Stine: *“Lad mig nu være altså...hvorfor kan I ikke bare lade mig være...”*

Stine: *“Jeg skal ikke snakke med nogen, det har jeg prøvet, tak.”*

Stine: *“Jeg orker bare ikke mere... og hvis du endelig vil vide det, så gik jeg ud før, fordi jeg har kvalme, og fordi det gør ondt.”*

(Ida Koch) *Det er svært for unge at snakke om de her ting, og det er det af mange grunde. Dels kan de være bange for, at de personer, som de betror sig til ikke kan tåle at høre budskabet, bliver bange, bliver skræmte eller bliver fordømmende over for dem. Fordi det at sige til et andet menneske: “Jeg tror ikke, jeg vil leve mere” eller “Jeg tænker på at tage mit eget liv”. Det er på en måde at give fingeren til livet. Det er også at gøre andre mennesker ondt, det er at give dem en bekymring, en ængstelighed.*

TEMA 3: AMBIVALENS

Stine tager trods alt imod hjælp, men hun er meget ambivalent. Eksempler på dette er, at hun fortæller læreren om selvmordsforsøget, selv om hun ikke mener, det vedkommer ham. På samme måde siger hun, at hun ikke vil tale med ham, men alligevel går hun med, når han inviterer på kaffe, selv om hun ikke engang vil have kaffe. Hun ser undersøgende og opmærksomt på ham, da telefonen ringer, og det må tolkes som, at hun er bange for, om han vil tage den. Ambivalens er snarere reglen end undtagelsen hos selvmordstruede personer. Hvordan kan man håndtere ambivalens? Hvorfor er det vigtigt at vide, at selvmordstruede kan være ambivalente?

(Viola Pedersen) *Drenge, de bruger oftest nogle dramatiske metoder, noget med at snitte sig, eller springe ud foran tog. Pigerne, de bruger de mere bløde metoder med at tage nogle tabletter eller drikke sig fuld, fra sans og samling, og så snitte sig lidt. Det er det, de oftest bruger. Mange af de unge mennesker, vi får ind, har faktisk allerede fortrudt, når de kommer, altså størsteparten har fortrudt.*

TEMA 4: DET STØTTENDE OG LEDSAGENDE PRINCIP

Ida Koch siger meget væsentligt om det støttende, ledsagende princip. Læreren er også et eksempel på en person, der prøver at sikre dette princip. Han tør ikke gå fra Stine, før han ved, at hun er i sikre hænder. Hvad kan man gøre for at sikre det støttende og ledsagende princip i praksis? Det er ofte meget svært.

(Ida Koch) Det kan i mange tilfælde være meget vigtigt, at en skolelærer, eller en studevejleder eller hvem det nu er – sørger for, at der bliver lavet en faglig, kvalificeret vurdering af personen og personens situation. Og derfor er det vigtigt, at studievejlederen påtager sig ansvaret for at lede – guide – den unge der hen, hvor vedkommende får en kvalificeret behandling. Der er masse af erfaringer, der viser, at hvis man bare stikker unge et telefonnummer på et sted, hvor man vil anbefale dem at gå hen, så kan de slet ikke samle kræfterne til at gøre det, de dukker aldrig op.

(Ida Koch) Mennesker der er akut præget af selvmordstanker, dem skal man behandle som om de var, eller de er i en krise. Og det begrundes jo også, at de ikke skal stå på venteliste eller visiteres ud i noget usikkert, men at man skal tage hånd om den krise – her og nu.”

Lærer: “Men... I må da ha’ prøvet det her før?
Hvem kontakter jeg? Det forstår jeg ikke.
I må da have talt om, hvad I gør, hvis én... Ja...
jeg tør ikke lade hende gå. Ja, det kan jeg da godt se.
Ja, så laver jeg en aftale med hende, ja, i morgen
tidlig, ja. Vi ses.”

TEMA 5: VREDE, SKYLDFØLELSE OG AFMAGT HOS PERSONALE

Det er velkendt, at selvmordsadfærd, specielt gentagne selvmordsforsøg, kan fremprovokere vrede og irritation. Det kan være udtryk for, at man er frustreret over, at ens velmente indsats tilsyneladende er nytteløs. Og det kan skyldes, at patientgruppen, der kommer ind med selvmordsforsøg, ikke er kernemålgruppen for den indsats, der gøres på medicinske afdelinger og skadestuer. De kan derfor opleves som forstyrrende i forhold til det “virkelige” arbejde. Kan I genkende de frustrerede følelser, som Viola Pedersen giver udtryk for? Tror I, man kan ændre på holdningen?

(Viola Pedersen) Vi stod med en afmagtsfølelse og en frustrationsfølelse over, hvad man egentlig skulle gøre ved dem, hvad man kunne hjælpe dem med og hvordan man kunne

hjælpe dem. Den gruppe blev altså simpelthen bare en besværlig gruppe, som man forsøgte at undgå. Og for at ændre den holdning, så afholdt vi to temadage, hvor hele personalet deltog. Og på de temadage snakkede vi om vores egen holdning til den patientgruppe, og hvad man kunne gøre, og vi havde undervisere udefra, der kom og fortalte om, hvordan de tacklede det andre steder. Det bragte en lettelse på afdelingen, lige pludselig var det legalt at sige, det var en besværlig gruppe. At vi så også på temadagene fik holdningen vendt – det var jo kun positivt. Nu har man et redskab, og nu tør man gå ind og snakke med dem.

TEMA 6: KIKKERTSYN

I en fase med selvmordstanker og selvmordsadfærd er de fleste præget af kikkertsyn. Det indebærer, at de ser unuanceret på deres situation og ikke kan forestille sig, at den nogen sinde ændres. Det gælder om at vinde tid, så den selvmordstruede kan overleve, indtil vedkommende kommer i en situation, hvor han eller hun bedre kan overskue sin situation (“give dig selv en chance”). Hvordan kan man håndtere dette? Kan man hjælpe dem til at få et mere nuanceret syn, og hvordan? Skal man modsige dem?

(Ida Koch) Det er som om, at mange mennesker som er plaget af selvmordstanker, at de får det her kikkertsyn, som er sådan et indsnævret syn på alt og alting. Hvor de kun kan se det sorte, det ulykkelige, konflikten, tabet, hvor hele universet – det individuelle univers – er fyldt med sorg, smerte, uudtrykkelig vrede eller hvad det nu kan være. Og det er som om, at uden for de skyklapper er der intet.

Lærer: “Nej, men det bestemmer du da – det har vi talt om – nu må du altså give dig selv en chance...”

TEMA 7: SKYLDFØLELSE

Mange har skyldfølelser. Det kan være svært overhovedet at komme til at tale om selvmordstanker, fordi de er tabubelagte.

(Ida Koch) Det er svært for unge at snakke om de her ting, og det er det af mange grunde. Dels kan de være bange for, at de personer, som de betror sig til ikke kan tåle at høre budskabet, bliver bange, bliver skræmte eller bliver fordømmende over for dem. Fordi det at sige til et andet menneske: “Jeg tror ikke, jeg vil leve mere” eller “Jeg tænker på at tage mit eget liv”. Det er på en måde at give fingeren til livet. Det er også at gøre andre mennesker ondt, det er at give dem en bekymring, en ængstelighed.

(Viola Pedersen) De unge mennesker, som vi modtager på skadestuen, der har forsøgt at begå selvmord, de er meget ofte fyldt med skyld og skam, og fløve over det, de har gjort. Tit, når de kommer på skadestuen har de ikke snakket med nogen, eller fortalt nogen, at de har det så skidt. Hvis de så endelig har snakket om det, så er det i en tilstand, hvor de enten er beruset eller måske påvirket på anden vis, hvor der ikke er nogen, der tager dem alvorligt.

TEMA 8: SPØRGETEKNIK

Mange professionelle står tøvende og usikre over for at spørge om selvmordstanker, og der kan være forestillinger om, at man ligefrem kan inducere selvmordstanker ved at spørge til dem. Mange selvmordstruede personer vil opleve det som en lettelse, hvis man spørger, fordi man dermed signalerer, at det er tilladt og muligt at tale om. At tale om selvmordstanker er dybt personligt, og det er vigtigt, at man sørger for, at der er den nødvendige ro, respekt og fortrolighed omkring samtalen. Har I været i situationer, hvor I skulle spørge om selvmordstanker og selvmordsadfærd? Var det svært?

(Ida Koch) Jeg synes, det er meget vigtigt, at vi godt tør sætte ord på, at vi godt tør forfølge den mistanke, vi måske har. Og der hører jeg jævnligt bemærkningen om, at "Det kan man da ikke være bekendt at spørge nogen om". Naturligvis kan man spørge. Man kan spørge til alting, det afhænger meget af, hvordan man spørger, og det afhænger meget af, hvordan man modtager svaret. Man skal ikke spørge, hvis man ikke har tænkt sig at tro på det svar, man får. Og man skal ikke spørge som om man i virkeligheden véd bedre. Man skal spørge undersøgende og forsigtigt og engageret. Og hvis det viser sig, at man tager fejl, så må man selvfølgelig sige: "O.k., det er godt, det ikke er sådan, men nogen gange, når mennesker har det sådan, så får de de tanker."

(Ida Koch) Jeg synes, man skal være opmærksom på både sine faglige og sine personlige grænser. Hvis man af en eller anden grund er meget belastet af de her ting selv, så må man melde pas, man må ikke volde sig selv af hensyn til andre. Vi skal vise dem, at vi kan tåle at snakke med dem, om deres dødsønsker og -forestillinger, om deres fortvivlelse, deres gigantiske vrede, måske, i forhold til livet, eller nogle bestemte forhold i deres liv.

TEMA 9: OPMÆRKSOMHED PÅ FARESIGNALER, INVOLVERING

Mange selvmordstruede har ikke givet deres selvmordstanker tydeligt til kende over for andre, og det kan derfor være meget vigtigt, at omgivelserne er opmærksomme og tør lægge øre til og reagere, hvis de får fornemmelsen af, at personen er i krise. Ida Koch siger også noget væsentligt om at tro på sine fornemmelser i socialt arbejde. Dette kan være vigtigt at fremhæve i den efterfølgende diskussion. Hvordan kan man på en passende måde reagere på signaler man opfatter som krisesignaler? Er der situationer, hvor det er bedre, at man afstår fra at involvere sig?

(Ida Koch) Det kan være over for en kammerat, deres praktiserende læge, de hentyder til det i en skolestil eller noget andet. Og det er jo en af begrundelserne for, at det er så forfærdeligt vigtigt, at vi får skærpet vores øre og vores syn, så vi ser også selv de vage selvmordsyttringer. Så de ikke behøver at råbe højere, højere, højere og farligere, farligere for at få den nødvendige hjælp.

(Ida Koch) Der er et udtryk, som jeg vil gøre opmærksom på, og det kunne man kalde sådan social tilbagetrækning. Det er som om, de melder sig ud lidt efter lidt. Måske begynder de at give deres ting væk, sælge deres ting, trækker sig ud af sammenhænge, hvor de før fornøjede sig, eller nød at være... De melder sig måske ud af skolen.

(Ida Koch) En af de ting, der er belastende og problematiske ved at arbejde med unge, der har en selvmordsproblematik – og det gælder selvfølgelig også hvis de er voksne – det er, at der ikke er nogen garantier i det – det handler om liv eller død.

Kollega til Ida Koch: "Jeg ville aldrig have fået mistanken overheadet fra mine samtaler med hende, selv om hun var ked af det. Det er der jo så mange der..."

04: Dialogliste til “Det tavse råb”

Farve- og talkode for citater i relation til diskussionstemaerne (se “002 Diskussionstemaer i filmen”).

- 1 Autoritet, assertivitet <<
- 2 Afvisning, vrede <<
- 3 Ambivalens <<
- 4 Det støttende og ledsagende princip <<
- 5 Vrede, skyldfølelse og afmagt hos personale <<
- 6 Kikkertsyn <<
- 7 Skyldfølelse <<
- 8 Spørgeteknik <<
- 9 Opmærksomhed på faresignaler, involvering <<

00:02:08 Fyr (1): “...altså, jeg har ikke sagt det til min far og min mor, slet ikke. Jeg tror heller ikke, jeg vil gøre det, faktisk. Altså...”

00:02:14 Pige (1): “...jeg ved ikke helt, hvad det er, der sker med mig – så kan jeg godt blive lidt bange nogen gange, bange for mine egne, dumme tanker og...”

00:02:28 Fyr (2): “...jeg husker dårligt, hvordan min egen far han døde. Der er også nogen, der går og hvisker lidt om, at det måske også har været et selvmord, så, jeg ved ikke altså, jeg kan ikke rigtig se, hvordan jeg skal fortsætte...”

00:02.47 SKILT: “5 % af alle unge mellem 15 og 24 år angiver, at de har forsøgt selvmord”

00:02:50 (Viola Pedersen)

Drenge, de bruger oftest nogle dramatiske metoder, noget med at snitte sig, eller springe ud foran tog. Pigerne, de bruger de mere bløde metoder med at tage nogle tabletter eller drikke sig fuld, fra sans og samling, og så snitte sig lidt. Det er det, de oftest bruger. **3** Mange af de unge mennesker, vi får ind har faktisk allerede fortrudt, når de kommer, altså størsteparten har fortrudt. << Det kan så somme tider være for sent, hvis man f.eks. har taget Panodil. De ødelægger simpelthen leveren. Og det er ikke en nem død, de får af at tage de her tabletter. Det er en lang, sej kamp, som kan strække sig ud over et par uger.

00:03:30 (Viola Pedersen)

Jeg synes, man skal tage det alvorligt, selvom det måske ikke har en dødelig udgang. Det er et forsøg alligevel, altså, det er et råb om hjælp, og det er den cirkel der, vi skal have brudt.

00:03:43 SKILT: “50 % forlader skadestuen uden nogen form for behandlingstilbud” (Kommentar: Dette gælder ikke for alle landets skadestuer, nogle steder er tallet væsentligt lavere)

00:03:00 (Ida Koch)

4 Mennesker der er akut præget af selvmordstanker, dem skal man behandle som om de var, eller de er i en krise. Og det begrundes jo også, at de ikke skal stå på venteliste eller visiteres ud i noget usikkert, men at man skal tage hånd om den krise – her og nu. <<

00:04:05 Titelskilt: “DET TAVSE RÅB”

00:04:28 SKILT: “Af unge som har forsøgt selvmord – forsøger næsten halvdelen igen.”

00:04:52 Rådgiver: “Hallo – er du der?”

00:04:54 Stine: “Mmm, ja.”

00:04:58 Rådgiver: “Hvor mange piller tog du egentlig?”

00:05:01 Stine: “Det kan jeg ikke huske.”

00:05:02 Rådgiver: “Har du overhovedet fortalt det til nogen?”

00:05:06 Stine: “Det er lige meget...”

00:05:15 SKILT: 1. Signalet

00:05:21 (Ida Koch)

Mange gange er der op til et selvmordsforsøg en lang proces, hvor personer er plaget af selvmordstanker og måske har forsøgt at ytre sig svagt eller vagt i forhold til andre mennesker.

00:05:36 (Ida Koch)

9 Det kan være over for en kammerat, deres praktiserende læge, de hentyder til det i en skolestil eller noget andet. Og det er jo en af begrundelserne for, at det er så forfærdeligt vigtigt, at vi får skærpet vores øre og vores syn, så vi ser også selv de vage selvmordsytringer. << Så de ikke behøver at råbe højere, højere, højere og farligere, farligere for at få den nødvendige hjælp.

00:06:30 (Ida Koch)

Mange af de unge, de har haft det skidt i deres familie, de har haft det skidt i kammeratskabsgruppen, de er måske blevet drillet og mobbet, osv., osv., osv. Så der har været et langvarigt, belastet livsforløb. Det, vi ofte kan se det er, at så kommer der en eller anden helt tilfældig begivenhed ind i de unges

liv. Det kan være en dårlig karakter, en kæreste der slår op, et skænderi mellem far og mor eller noget lignende. Sådant noget – jeg vil ikke sige hverdagsagtigt – men noget, der i sig selv normalt ikke får folk til at tænke på selvmord. Og denne ting, den akut udløsende begivenhed, kan så føre til selvmordshandlingen.

- 00:07:20 Lærer: "Stine, hvad er det der sker?"
00:07:23 Stine: "Jeg holder op på seminariet."
00:07:27 Lærer: "Nå, hvorfor nu det?"
00:07:30 Stine: "Det ved jeg ikk'. Jeg synes bare ikke, det fører nogen steder."
00:07:32 Lærer: "Fører nogen steder, men altså, hvad mener du? Jeg forstår dig ikke."
00:07:39 Stine: **2** "Nej, men jeg holder op, og det vedkommer ikke dig." <<
00:07:42 Lærer: **1** "Nej, fandeme – nu stopper du altså. Jeg prøver at snakke med dig... Kom nu, jeg giver en kop kaffe." <<

00:07:56 (Ida Koch)

9 Der er et udtryk, som jeg vil gøre opmærksom på, og det kunne man kalde sådan social tilbagetrækning. Det er som om, de melder sig ud lidt efter lidt. Måske begynder de at give deres ting væk, sælge deres ting, trækker sig ud af sammenhænge, hvor de før fornøjede sig, eller nød at være... De melder sig måske ud af skolen. <<

Kollega til Ida Koch: **9** "Jeg ville aldrig have fået mistanken overhovedet fra mine samtaler med hende, selv om hun var ked af det. Det er der jo så mange der er..." <<

00:08:29 SKILT: 2. Adfærden

00:08:39 (Viola Pedersen)

7 De unge mennesker, som vi modtager på skadestuen, der har forsøgt at begå selvmord, de er meget ofte fyldt med skyld og skam, og flove over det, de har gjort. Tit, når de kommer på skadestuen har de ikke snakket med nogen, eller fortalt nogen, at de har det så skidt. << Hvis de så endelig har snakket om det, så er det i en tilstand, hvor de enten er beruset eller måske påvirket på anden vis, hvor der ikke er nogen, der tager dem alvorligt. Jeg har været ude for personer, der overhovedet ikke ville modtage nogen former for hjælp, og det kan være utroligt svært at se unge mennesker i den situation, det gør ondt langt ind i sjælen.

00:09:21 (Ida Koch)

6 Det er som om, at mange mennesker som er plaget af selvmordstanker, at de får det her kikkertsyn, som er sådan et indsnævret syn på alt og alting. << Hvor de kun kan se det sorte, det ulykkelige, konflikten, tabet, hvor hele universet

– det individuelle univers – er fyldt med sorg, smerte, uudtrykkelig vrede eller hvad det nu kan være. Og det er som om, at uden for de skyklapper er der intet.

00:09:57 (Ida Koch)

Så er der det særlige med unge – de har ikke erfaring med, at man kan komme igennem en krise. Måske oplever de for første gang en kæmpestor sorg, og da de ikke har prøvet det før, ved de heller ikke, at man trods alt kan komme igennem det.

00:10:14 Lærer: "Ja, det er jo helt din egen afgørelse om du vil holde op, men kan du ikke fortælle mig hvorfor?"

00:10:24 Lærer: "Stine..."

00:10:27 Stine: "Det hele skal bare være så "socialt" her..."

00:10:30 Lærer: "Vi har også lige haft travlt med gruppeopgaven... Kaffe?"

00:10:43 Lærer: "Stine, hvad er der galt? Er du klar over, at du forlod klassen to gange, bare i sidste time – er du syg eller sådan noget?"

00:10:54 Stine: **2** "Jeg orker bare ikke mere... << og hvis du endelig vil vide det, så gik jeg ud før, fordi jeg har kvalme og fordi det gør ondt."

00:11:02 Lærer: "Hvad gør ondt?"

00:11:03 Stine: "Jeg ved ikke... Det gør bare så forbandet ondt i hele tiden."

00:11:07 Lærer: "Har du været til læge?"

00:11:09 Stine: "Hospitalet."

00:11:11 Lærer: "Har du haft en abort?"

00:11:15 Stine: **2** "Lad mig nu være altså... hvorfor kan I ikke bare lade mig være..." <<

Telefonen ringer

00:11:27 SKILT: 3. Hjælpen

00:11:39 (Ida Koch)

2 Det er svært for unge at snakke om de her ting, og det er det af mange grunde. Dels kan de være bange for, at de personer, som de betror sig til ikke kan tåle at høre budskabet, bliver bange, bliver skræmte eller bliver fordømmende over for dem. << Fordi det at sige til et andet menneske: "Jeg tror ikke, jeg vil leve mere" eller "Jeg tænker på at tage mit eget liv". **7** Det er på en måde at give fingeren til livet. Det er også at gøre andre mennesker ondt, det er at give dem en bekymring, en ængstelighed. <<

00:12:20 (Viola Pedersen)

Jeg havde en lille pige på 13 år, der havde forsøgt at tage sit eget liv, hun havde taget Panodil. De ankom på skadestuen en aften, eller hun kom sammen med sine forældre, som var fuldstændig kørt op. Og naturligvis har man det skidt, når ens barn har forsøgt at begå selvmord. De havde det rigtig skidt

alle sammen, og de ville ikke rigtig sige det dér, at hun havde forsøgt at begå selvmord. Det var tabu, det var svært at få det sagt. Grunden til eller motivationen for at gå ind og føre en sådan samtale, må absolut være at forsøge på at få dem til at åbne sig op, at få dem til at forstå, at det er en god ting, at de får snakket om deres problemer.

Programmedarbejder til Ida Koch: "Han har været til psykiatrisk behandling...?"

00:13:05 (Ida Koch)

8 Jeg synes, det er meget vigtigt, at vi godt tør sætte ord på, at vi godt tør forfølge den mistanke, vi måske har. Og der hører jeg jævnligt bemærkningen om, at "Det kan man da ikke være bekendt at spørge nogen om". Naturligvis kan man spørge. Man kan spørge til alting, det afhænger meget af, hvordan man spørger, og det afhænger meget af, hvordan man modtager svaret. Man skal ikke spørge, hvis man ikke har tænkt sig at tro på det svar, man får. Og man skal ikke spørge som om man i virkeligheden véd bedre. Man skal spørge undersøgende og forsigtigt og engageret. Og hvis det viser sig, at man tager fejl, så må man selvfølgelig sige: "O.k., det er godt, det ikke er sådan, men nogen gange, når mennesker har det sådan, så får de de tanker." <<

00:13:55 Lærer: "Du tog altså selv ud på skadestuen – hvad tænkte du på? Tog du de piller for at tage dit eget liv?"

00:14:07 Stine: "Jeg ved det ikke... Jeg ved det ikke... Jeg ved det ikke... Kan jeg så få lov at gå?"

00:14:15 Lærer: **1** "Du får altså ikke lov til at gå sådan der, du gør ikke." <<

00:14:16 Stine: "Nå, jeg ved s'gu da godt, det var dumt, ikk'? Hvordan tror du, jeg har det inden i, hva?"

00:14:28 Lærer: "Sikkert ikke rart."

00:14:32 Stine: "Jeg ville bare ønske, jeg havde taget ti til..."

00:14:34 Lærer: "Har du snakket med nogen om det her, Stine?"

00:14:38 Stine: **2** "Jeg skal ikke snakke med nogen, det har jeg prøvet, tak." <<

00:14:52 Stine: **2** "Du kender mig slet ikke, du gør ikke..." <<

00:14:56 Lærer: **1** "Nej, det gør jeg vel ikke – men... man behøver vel ikke vide alt, for at kunne snakke sammen?" <<

00:15:15 SKILT: 4. Udfordringen

00:15:20 Fyr (P4): Der er en pige på nitten, der har ringet og... Det handler om forholdet til hendes mor, simpelthen. Det er blevet et problem for både hende og lillesøsteren. Det er som om, at moderen har en anden opfattelse af, hvad der er sket...

00:15:37 (Ida Koch)

9 En af de ting, der er belastende og problematiske ved at arbejde med unge, der har en selvmordsproblematik – og det gælder selvfølgelig også hvis de er voksne – det er, at der ikke er nogen garantier i det – det handler om liv eller død. <<

8 Jeg synes, man skal være opmærksom på både sine faglige og sine personlige grænser. Hvis man af en eller anden grund er meget belastet af de her ting selv, så må man melde pas, man må ikke volde sig selv af hensyn til andre. Vi skal vise dem, at vi kan tåle at snakke med dem, om deres dødsønsker og -forestillinger, om deres fortvivlelse, deres gigantiske vrede, måske, i forhold til livet, eller nogle bestemte forhold i deres liv. <<

00:16:23 (Viola Pedersen)

Hvis vi møder de unge mennesker, og møder den vrede og den afstandtagen fra dem, kan det godt være svært hvis vi har travlt i forvejen, at vi kan mærke ude på gangen, at vi burde være andre steder også, så kan det være svært at tackle de her situationer. Det er absolut nødvendigt, at der er en accept på afdelingen og fra kollegaerne af, at man går ind og bruger den tid, det tager, det vil sige at man tit kan være nødt til at kalde en ekstra ind.

00:16:54 Lærer: "Stine, er vi så enige?"

00:16:57 Stine: "Jeg vil ikke ha', at mine forældre får det at vide."

00:16:58 Lærer: "Nej, men det bestemmer du da – det har vi talt om **6** – nu må du altså give dig selv en chance..." <<

00:17:04 Lærer: "Stine,... jeg går 5 minutter, så kommer jeg tilbage. Lover du at blive her? Stine, 5 minutter, bli'r du her? ...godt."

00:17:29 SKILT: 5. Opfølgningen

00:17:40 (Ida Koch)

Det kan i mange tilfælde være meget vigtigt, at en skolelærer, eller en studevejleder eller hvem det nu er – sørger for, at der bliver lavet en faglig, kvalificeret vurdering af personen og personens situation. **4** Og derfor er det vigtigt, at studievejlederen påtager sig ansvaret for at lede – guide – den unge der hen, hvor vedkommende får en kvalificeret behandling. << Der er masse af erfaringer, der viser, at hvis man bare stikker unge et telefonnummer på et sted, hvor man vil anbefale dem at gå hen, så kan de slet ikke samle kræfterne til at gøre det, de dukker aldrig op.

00:18:27 Lærer: 4 “Men... I må da ha’ prøvet det her før? Hvem kontakter jeg? Det forstår jeg ikke. I må da have talt om, hvad I gør, hvis én... Ja... jeg tør ikke lade hende gå. Ja, det kan jeg da godt se. Ja, så laver jeg en aftale med hende, ja, i morgen tidlig, ja. Vi ses.” <<

00:18:54 (Viola Pedersen)

5 Vi stod med en afmagtsfølelse og en frustrationsfølelse over, hvad man egentlig skulle gøre ved dem, hvad man kunne hjælpe dem med og hvordan man kunne hjælpe dem. Den gruppe blev altså simpelthen bare en besværlig gruppe, som man forsøgte at undgå. << Og for at ændre den holdning, så afholdt vi to temadage, hvor hele personalet deltog. Og på de temadage snakkede vi om vores egen holdning til den patientgruppe, og hvad man kunne gøre, og vi havde undervisere udefra, der kom og fortalte om, hvordan de tacklede det andre steder. Det bragte en lettelse på afdelingen, lige pludselig var det legalt at sige, det var en besværlig gruppe. At vi så også på temadagene fik holdningen vendt – det var jo kun positivt. Nu har man et redskab, og nu tør man gå ind og snakke med dem.

00:19:01 (Ida Koch)

Jeg synes, det er meget vigtigt – i alt socialt arbejde – eller i arbejdet med andre mennesker, at vi tror på vores egne fornemmelser, at vi lytter til os selv, tror på vores tanker, vores hypoteser – og udforsker dem.

KREDIT:

Skuespillere:

Mette Bratlann
Per Linderoth

Instruktør:

René Bo Hansen

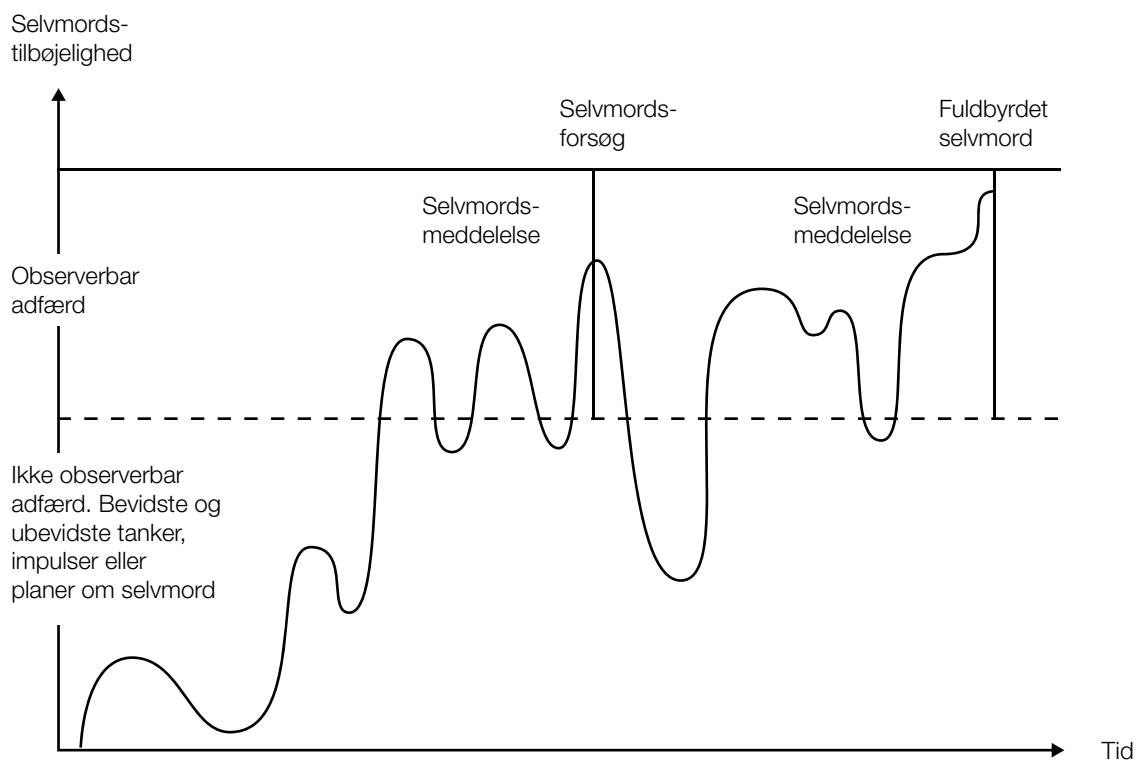
Manuskript:

Claus Ladegaard
René Bo Hansen

05: Selvmordsprocessen

Forud for et selvmordsforsøg eller et selvmord ses ofte en lang, måske årelang proces med tilbagevendende selvmordstanker og impulser, måske med konkrete planer og/eller med tidligere selvmordsforsøg.

Figur 1: Selvmordsprocessen – en udvikling fra selvmordstanker til fuldført handling.



Kilde: Socialstyrelsen. Vårdprogramnämnden. Problemet självmord. Underlag til vårdprogram. Utarbetat av en arbetsgrupp under ledning af Jan Beskow. Stockholm 1983.

Her er det væsentligt at være opmærksom på, at selvmordsforsøg er en af de stærkeste risikofaktorer for efterfølgende selvmordsadfærd. Det er derfor vigtigt, at professionelle opfanger også de spæde tilkendegivelser fra en selvmordstruet, og at de er i stand til at gribe ind med tilbud om hjælp, således at selvmordsprocessen kan brydes.

Figuren viser et eksempel på, hvordan en persons engagement i selvmordsproblemet kan veksle over tid. Kun den observerbare adfærd (det, som er over den stiplede linje) får personens nære miljø umiddelbart kendskab til. I dette tilfælde ender det med selvmord, men for de fleste går det anderledes. Det er vigtigt at vide, at selv om selvmordsintentionen synes svag kort efter et selvmordsforsøg, så kan den dukke op igen efter kort tid.

Det, der tidligere kun var kendt af personen selv (fx selvmordstanker og selvmordsimpulser) kan ved grundig undersøgelse og omsorgsfuld dialog komme frem i lyset. For eksempel kan man spørge: Har du tidligere haft det sådan? Hvornår tænkte du første gang på at tage dit eget liv? Hvor længe har du haft tanker om at tage dit eget liv?

Disse spørgsmål er vigtige, fordi svarene kan fortælle os noget om personens livshistorie, tidligere belastninger, udløsende faktorer samt personens mestringsstrategier – alt sammen noget, der indgår i en aktuell risikovurdering og planlægning af, hvilken hjælp personen har behov for.

Kikkertsynet

Bagved selvmordsovervejelser/impulser ligger i langt de fleste tilfælde dybest set et ønske om forandring – ikke et ønske om at dø.

Det kan for eksempel være et ønske om:

- at blive set, hørt og forstået
- at en konflikt ophører eller opløses
- at et dilemma eller et valg bliver truffet
- at en stor smerte mister sin styrke eller forsvinder
- at komme ud af en umulighed, bort fra handlingslammelsen.

Når ønsket om forandring ikke opfyldes – og den selvmordstruede ikke kan se sig selv eller andre som muligt agerende i forhold til forandringen – kan hjælpeløsheden eller vreden indtræffe.

Ønsket om at blive befriet for handlingslammelsen i denne pinefulde situation er ofte knyttet til vanskelighederne med at orientere eller udtrykke vreden, og dette kan danne grundlaget for selvmordstanker. Vreden/skylden rettes så i sin handling/orientering imod personen selv.

Mennesker, der er plaget af selvmordstanker, er almindeligvis bange, ulykkelige og skyldbetyngede. De får ofte et "kikkertsyn", et indsnævret synsfelt, hvor verden gestalter sig på en helt særlig måde – en "sort" måde. I dette indsnævrede synsfelt er kun smerten, problemet (ofte det akutte, det udløsende) eller den uløselige konflikt.

De tror ofte – som en del af "kikkertsynet" – at deres handlingslammelse også gælder alle andre mennesker: "Der er ingen, der kan hjælpe mig", og de tror, at de handlestrategier, de måske selv har prøvet – og som ikke virkede – er de eneste mulige: "Der er intet, der duer – jeg har prøvet det hele".

De kan tillige være bærere af den opfattelse, at den ulidelige tilstand de befinder sig i – er lige så ulidelig for andre. Måske har de tidligere forsøgt at formidle deres fortvivlelse til andre uden at være blevet taget alvorligt, eller det har medført stor fortvivlelse eller vrede hos den betroede anden. Dette kan for den selvmordstruede blive til: "Der er ingen, jeg kan tale med, ingen kan bære at høre det, jeg føler".

De tror ofte, at NU er ALTID: "Jeg har det så forfærdeligt nu, og det går aldrig over." Eller "Hvis livet – det jeg føler nu – er sådan, så vil jeg ikke leve det". Og måske har de lært, fra nærtstående, at selvmordet er en brugbar og også acceptabel handling, når magtesløsheden over for livskriser er stærk, eller når andre skal råbes op.

Når vi møder mennesker, der fremtræder med ovenstående forståelse: Intet kan ændre kaos og fortvivlelsen, alt synes at være prøvet, men forgæves, ingen eller intet kan hjælpe mig, og NU er ALTID – så er de ofte i en meget truet situation, og selvmordet eller forsøget (exit-løsningen) som den sidste/ eneste handlemåde, der kan få dem ud af lammelsen – rykker nærmere.

Karakteristisk for en del selvmordstruede er en social tilbagetrækning. Nogle undviger i denne tilstand omgang med pårørende og venner og melder sig ud af sociale sammenhænge, hvor de tidligere har deltaget. Man kan få fornemmelsen af, at de takker af, afslutter, "lukker døre". Hos voksne og ældre kan et mere manifest udtryk for sådanne afskedsbetonede handlinger være at skrive testamente.

Den sociale tilbagetrækning kan umiddelbart vise sig som tiltagende passivitet og udtrykkes ikke nødvendigvis sprogligt. Det er hjælperens opgave at stykke billedet sammen, konfrontere den selvmordstruede med indtrykket og spørge til vedkommendes egen forståelse af adfærden.

Afsnittet om kikkertsynet stammer fra artiklen "Selvmordsadfærd hos unge – faresignaler og forebyggelse" af cand.psych. Ida Koch. Til dette undervisningsmateriale er afsnittet let redigeret. Artiklen stammer fra "Synspunkter på Selvmord – en debatbog", Center for Selvmordsforskning, 1998.

06: Interventionsprocessen

– at gribe ind

Mennesker, der er plaget af selvmordsimpulser og selvmordstanker, og mennesker, der har forsøgt at tage livet af sig, kan forekomme i alle sammenhænge. Derfor er det afgørende i det forebyggende arbejde, at disse mennesker ses og høres, således at de kan tilbydes hurtig og relevant hjælp.

En række faggrupper støder i deres arbejde på selvmordstruede personer. Det drejer sig om professionelle, der generelt har med mange borgere at gøre, for eksempel skolelærere, studievejledere på skoler og ungdomsuddannelser, ansatte på studiekontorer på videregående uddannelser, ansatte på den pædagogisk psykologiske rådgivning (PPR), pædagoger på døgninstitutioner, hjemmehjælpere, politifolk, personer ansat i private sociale institutioner, personalet i socialforvaltninger og fagpersoner, der har at gøre med mennesker af anden etnisk baggrund end dansk.

For at kunne gribe ind og hjælpe på en måde, så den selvmordstruede tager imod hjælpen og kommer videre til relevant behandling, er det nødvendigt at være opmærksom på nogle forhold, der gælder for interventionsprocessen.

DER ER TRE STADIER I PROCESSEN:

- Identifikation – at opdage risikoen og tage kontakt
- Afklaring – at fastslå, om personen er selvmordstruet
- Visitation – at sikre, at den selvmordstruede kommer i relevant behandling.

Det støttende og ledsagende princip

Selvmordstruede personer har ofte gennem en længere periode været belastede på flere områder. Ofte er belastningen yderligere forværret af en akut udløsende anledning, og selvmordstruede personer er oftest prægede af at være i krise.

Selvmordstruede personer ser ofte deres situation i et unuanceret sortsyn, har svært ved at inddrage deres netværk og kan ikke finde relevante handlemuligheder. De ser deres situation som fastlåst og oplever fremtiden som ufremkommelig, præget af uoverstigelige barrierer. De er præget af uoverkommelighedsfølelse, følelseskaos og desperation.

Det støttende og ledsagende princip indebærer, at man sørger for, at den selvmordstruede hurtigt visiteres til et relevant behandlingstilbud – det kan for eksempel være en rådgivning i lokalområdet.

Det kan være nødvendigt at ledsage personen helt hen til tilbuddet eller i det mindste sørge for, at der er indgået en helt konkret aftale med den person, der skal overtage den selvmordstruede (altså: person, tid, og sted). Erfaringen viser nemlig, at den selvmordstruede ofte ikke har mod og gennemslagskraft til selv at henvende sig. Det gælder ikke mindst, hvis den selvmordstruede er ung. Det er altså ikke nok at sende vedkommende hjem med et telefonnummer til et sted, hvor man kan få hjælp.

Beredskabsplan for selvmordsforsøg og selvmord

Det er vigtigt, at alle ansatte på institutionen er klædt på til at gribe ind og hjælpe en selvmordstruet. Det kan sikres ved, at institutionen udarbejder en beredskabsplan for selvmordsforsøg og selvmord.

Planen skal give klare instrukser, så alle ansatte er klar over, hvordan de skal forholde sig, og hvor de kan få hjælp. Det er oplagt at diskutere beredskabsplanen på en fælles pædagogisk dag eller et personalemøde. Se også "08: Selvmordsforebyggende tiltag".

For at kunne visitere den selvmordstruede til et relevant tilbud, er det også vigtigt at kende både de professionelle tilbud (fx psykiatrisk skadestue eller alkoholambulatorium) og de frivillige tilbud (fx rådgivninger eller selvhjælpsgrupper) i dit lokalområde (kommune eller amt).

NÅR DU GRIBER IND OVER FOR EN SELVMORDSTRUET

Her finder du nogle vigtige forhold at være opmærksom på i de tre stadier i interventionsprocessen. Læs og diskuter også temaerne fra filmen i "03: Diskussionstemaer i filmen".

Identifikation

- Vær opmærksom på signaler og adfærd
- Tro på din egen bekymring og fornemmelse
- Tal eventuelt med en kollega
- Del din bekymring med det andet menneske
- Tag ansvar for din iagttagelser – undersøg, om din fornemmelse er rigtig
- Tal med den pågældende
- Vær diskret, nænsom og medfølelse.

Afklaring

- Skaf ro og gode rammer for en ordentlig samtale
- Du kan godt spørge om selvmord
- Du skal ville høre svarene
- Vær insisterende og fastholdende, indtil du eventuelt er beroliget.

Visitation

- Sørg for et relevant tilbud om hjælp, hvis vedkommende er selvmordstruet
- Følg det støttende og ledsagende princip
- Kend lokalområdets hjælpetilbud
- Udarbejd på institutionen en beredskabsplan for selvmordsforsøg og selvmord.

PRINCIPPER FOR DEN GODE SAMTALE

- Lad eleven/klienten/kollegaen selv udpege og afgrænse problemstillingen
- Lad vedkommende prioritere indsatsen
- Udarbejd en fælles arbejdsplan
- Vær ydmyg og undersøgende
- Benyt den aktive lytnings principper
- Reager på det, du ser og hører
- Fortæl, hvad du tænker og overvejer
- Forklar dine spørgsmål og dine antagelser
- Brug din fantasi og empati
- Giv dig tid – I kan ses igen
- Bombarder ikke vedkommende med spørgsmål
- Vær accepterende og respektfuld.

SAMTALENS "HARDWARE"

- De fysiske rammer (rum, tid, ro, ...)
- Viden og færdigheder:
 - Om målgruppen og livsbetingelser
 - Typiske problemstillinger
 - Lokalområdets muligheder
 - Lovgivningsmæssige rammer
 - Kommunikationsfærdigheder
 - Opmærksomhed på egne faglige grænser.

SAMTALENS "SOFTWARE"

- Tålmodighed
- Nærvær og engagement
- Mod
- Rummelighed
- Fordomsfrihed
- Respekt
- Insisteren
- Ydmyghed
- Optimisme og energi
- Ærlighed
- Opmærksomhed på egne og den andens grænser
- Åbenhed
- Ikke-fortolkende
- Invitere til egenansvarlighed.

KONSEKVENSER AF INTERVENTIONEN

At gribe ind over for en selvmordstruet kan medføre en række konsekvenser for den person, der griber ind. Vedkommende kan risikere:

- At leve med en konstant trussel om at miste
- Ikke at turde regne med vedkommende
- At undertrykke egne meninger, ikke sætte grænser eller turde tage konflikter osv.
- Hele tiden at skulle passe på den anden og kontrollere vedkommende
- At føle skyld over, at den anden har det så dårligt
- At gøre alt for at forhindre selvmordet
- At blive konfronteret med sin egen afmagt
- At leve med døden inde på livet
- At ønske at trække sig væk fra den anden
- At trøste og undgå sårbare emner
- At undgå at se og høre
- At blive træt, måske udbrændt.

Kilde: Cand.psych. Ida Koch

07: Henvisningsmuligheder

Centre for selvmordsforebyggelse

København og Frederiksberg

1. De psykiatriske modtagelser på HS-hospitalerne.
Modtagelserne er døgnåbne med henblik på akutte henvendelser og henvisning til specialbehandling
2. Psykoterapeutisk ambulatorium, Bispebjerg hospital,
telefon 35 31 24 53 eller 35 31 24 58
Telefontid: mandag-fredag kl. 9.00-14.00

Behandlingstilbud til personer, der har forsøgt selvmord eller har alvorlige selvmordsovervejelser.

Personer, der i forvejen har et behandlingstilbud, for eksempel inden for psykiatrien eller misbrugsområdet, bedes gøre brug af dette, selv om det drejer sig om selvmordsovervejelser.

Århus Amt

Center for Selvmordsforebyggelse, telefon 77 89 38 30
Telefontid: mandag-torsdag kl. 8.00-15.30,
fredag kl. 8.00-15.00

Telefonen besvares i øvrigt døgnet rundt, idet der uden for åbningstiden omstilles til psykiatrisk skadestue på Psykiatrisk Hospital i Risskov.

Professionelt behandlingstilbud til personer i Århus Amt, som enten har svære overvejelser om selvmord eller har forsøgt at tage deres eget liv. Personer, der i forvejen har et behandlingstilbud, for eksempel inden for psykiatrien eller misbrugsområdet, bedes gøre brug af dette, selv om det drejer sig om selvmordsovervejelser.

Storstrøms Amt

Center for Selvmordsforebyggelse i Storstrøms Amt,
telefon 55 35 13 88
Telefontid: mandag til torsdag kl. 8.30-15.00,
fredag kl. 8.30-11.30

Der henvises uden for telefontiden til Psykiatrisk Skadestue, Oringe, på telefon 55 35 12 10.

Psykologisk behandlingstilbud til personer i Storstrøms Amt, der har henvendt sig til somatisk/psykiatrisk skadestue eller praktiserende læge efter forsøg på selvmord eller med svære selvmordsovervejelser.

Personer, der i forvejen har et behandlingstilbud, for eksempel inden for psykiatrien eller misbrugsområdet, bedes gøre brug af dette, selv om det drejer sig om selvmordsovervejelser.

Fyns Amt

Center for Forebyggelse af Selvmordsadfærd,
telefon 65 90 81 07
Telefontid: mandag-torsdag kl. 9.00-15.00,
fredag kl. 9.00-12.00

Tilbud om samtale, støtte og rådgivning til personer (over 15 år) med bopæl i Fyns Amt, som har forsøgt selvmord. Personer, der i forvejen har et behandlingstilbud, for eksempel inden for psykiatrien eller misbrugsområdet, bedes gøre brug af dette, selv om det drejer sig om selvmordsovervejelser. Personerne bedes henvende sig hurtigst muligt efter forsøget.

Alle de nævnte tilbud er gratis.

LOKALT

- Familie, venner og/eller kolleger
- Praktiserende læge
- Lægevagten
- Nærmeste hospital
- Pædagogisk-psykologisk rådgivning (PPR)
- Børne-ungerådgivning
- Gratis kommunal rådgivning
(jf. lov om social service, kap. 2, § 3)
- Socialforvaltningen
- Sundhedsplejerske
- Præst
- Privat rådgivning.

NATIONALT

- Livslinien, telefon 70 20 12 01
- Linien, telefon 35 36 26 00
- Sct. Nicolai Tjenesten, telefon 70 12 01 10
- PsykiatriFondens TelefonRådgivning,
telefon 39 25 25 25
- TVÆRS-telefonrådgivningen, telefon 33 32 66 22
- Børnetelefonen, telefon 35 55 55 55
- Forældretelefonen, telefon 35 55 55 57
- Ældresagen, telefon 33 96 86 86
- Anonyme Alkoholikere, telefon 70 10 12 24
- Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser,
telefon 70 10 18 18.

08: Selvmordsforebyggende tiltag på **institutionen** eller **arbejdspladsen**

Hvis man vil sikre, at medarbejderne på arbejdspladsen løbende er klædt på til at gribe ind i forhold til selvmordstruede, er det en god idé at nedskrive nogle fælles retningslinier for, hvordan man ønsker, at det skal foregå. Det gælder særligt for institutioner, der har kontakt med elever, klienter eller andre brede målgrupper, hvor der uvægerligt vil være selvmordstruede iblandt.

Der er flere muligheder for at udforme sådanne retningslinier:

- Vejledning ved mistanke om selvmordstanker hos kollega eller elev/klient. Hvad gør man, og hvem skal orienteres?
- Vejledning ved selvmord. Hvordan skal der følges op? Hvem skal orienteres, hvem skal orientere og hvordan skal det foregå?
- Intern håndbog, der oplyser om forskellige aspekter af selvmordsproblematikken og giver retningslinier for, hvordan den enkelte ansatte forventes at forholde sig i forhold til identifikation og intervention i forbindelse med selvmordstruede.
- Lokal beredskabsplan, der detaljeret beskriver, hvad der skal gøres, hvem der skal orienteres og hvordan der skal følges op.

Det er vigtigt, at alle medarbejdere er klar over, at retningslinierne findes, og at de forventes at have sat sig ind i den. Desuden skal retningslinierne være let tilgængelige. Arbejdspladsen bør regelmæssigt tage retningslinierne op til revision, hvilket både vil sikre, at de er ført ajour, og medvirke til, at alle medarbejdere er orienteret om dem.

09: Selvmord og etik

I forbindelse med selvmordsadfærd stilles to etiske påstande op over for hinanden: "selvmord er en menneskeret" eller "man skal så vidt muligt hindre folk i at forsøge selvmord".

Den første etiske påstand, "det er en menneskeret at begå selvmord", udspringer af en opfattelse af selvmord som en rationel handling. Den bygger på tre hovedantagelser: a) selvmord er en frivillig handling, b) den selvmordstruede person ønsker at dø og c) at den uudholdelige livssituation ikke er mulig at forandre.

For det første er det i højeste grad tvivlsomt, om selvmordet nogensinde kan betegnes som en frivillig handling. Tværtimod tyder det på, at selvmordet for de fleste selvmordstruede er en tvungen handling, fordi de ikke kan se andre udveje.

For det andet viser erfaringer, at de fleste selvmordstruede personer eller personer, som har forsøgt selvmord, ikke ønsker at dø, men snarere ønsker at komme væk fra de uudholdelige omstændigheder i deres liv.

Endelig er indvendingerne mod den tredje antagelse, at det er muligt at ændre mange af de lidelsesfyldte forhold i en selvmordstruet persons liv.

Indtager man den holdning, at selvmord er en menneskeret, reducerer man samfundets etiske ansvar over for mennesker i nød. Man bør tværtimod understrege, at vi både på det samfundsmæssige og det personlige plan har et kollektivt ansvar for at beskytte ethvert menneskes ret til et værdigt liv. Medmenneskeligheden prioriteres således højere på dette punkt end menneskets autonomi.

Den anden etiske påstand, "man skal så vidt muligt hindre folk i at forsøge selvmord", danner grundlaget for alt forebyggelsesarbejde og er således den grundlæggende holdning for de strategier, som foreslås iværksat i handlingsplanen.

Udvalgets forslag til handlingsplanen tager udgangspunkt i, at det ikke er acceptabelt, at mennesker ender deres liv med at begå selvmord eller gør forsøg derpå. Der bør, på flere niveauer, arbejdes på, at mennesker ikke betragter selvmordsforsøg og selvmord som en acceptabel løsning eller eneste udvej, når livet er svært eller synes ubærligt.

Fra Handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.

10: **Myter og fakta** om selvmord

Nedenfor finder du en oversigt over en række myter og fakta om selvmord, og på de følgende sider er emnet uddybet.

MYTER OM SELVMORD

- Mennesker, der taler om selvmord, gør det ikke
- Selvmord sker uden varsel
- Selvmord og selvmordsforsøg er samme slags adfærd
- Mennesker, der forsøger at begå selvmord, ønsker at dø
- Bedring efter en selvmordskrise betyder, at selvmordsrisikoen er overstået
- Selvmord rammer kun mennesker i en bestemt social klasse
- At tale om selvmord er at inspirere til det
- Selvmordstruede mennesker kan ikke vaske op
- Børn begår ikke selvmord
- Antallet af selvmord er størst i december
- Der sker flest selvmord i storbyerne
- Patienter, der er under lægetilsyn, er ikke udsat for selvmordsrisiko
- Det er kun professionelle, der kan hjælpe selvmordstruede personer.

Kilde: Berit Sørensen: Fra tabu til myte (uddybet sidst i dette dokument).

FAKTA OM SELVMORD

- Hver dag er der i gennemsnit 2-3 personer, som begår selvmord
- Hver gang 1 kvinde begår selvmord, er der 2 mænd, der tager deres eget liv
- I gennemsnit bliver 5 personer berørt, hver gang der sker et selvmord (familie, venner etc.)
- Den hyppigste selvmordsmetode blandt mænd er hængning og blandt kvinder forgiftning
- De fleste selvmord bliver begået i april
- Mandag er den dag, hvor der bliver begået flest selvmord
- Antallet af selvmord per 100.000 er halveret fra 1980 til 1999
- Antal selvmord per 100.000 er højst i de ældre årgange
- Selvmord er ikke længere et udpræget storbyfænomen.

Kilde: www.selvmordsforskning.dk

FAKTA OM SELVMORDSFORSØG

- Hver dag er der ca. 20 personer, der forsøger selvmord, og 2-3 personer for hvem det lykkes
- Det tidspunkt, hvor der er flest personer, der forsøger selvmord, er mellem klokken 20.00 og 24.00
- Ved selvmordsforsøg er den hyppigste metode forgiftning for både mænd og kvinder
- Antallet af selvmordsforsøg er ca. 30 % højere end antallet af personer, der forsøger. Det vil sige, at nogle personer gentager deres selvmordsforsøg en eller flere gange
- Risikoen for at gentage et selvmordsforsøg er størst inden for det første år
- Et tidligere selvmordsforsøg er en alvorlig risikofaktor for et eventuelt senere selvmord
- Fra 1990 til 1999 har antallet per 100.000, der forsøger selvmord, været faldende for personer over 15 år. I 2000 og 2001 har der igen været en stigning
- Blandt kvinderne er det især gruppen mellem 15-19 år, hvor stigningen har været mest markant. Dog skal det bemærkes, at i årene 2000 og 2001 har der været en kraftig stigning blandt de 20-29-årige
- Blandt mændene er der ikke sket de samme markante stigninger inden for bestemte aldersgrupper. Dog er der sket en stigning blandt de 30-39-årige samt personer over 70 år, hvor stigningen har været størst
- Forholdet mellem mænds og kvinders selvmordsforsøg var i år 2001 10:14. Det vil sige, at for hver gang 10 mænd forsøgte selvmord, var der 14 kvinder, der forsøgte.

Kilde: www.selvmordsforskning.dk

1. Mennesker, der taler om selvmord, gør det ikke

Dette er en af de mest udbredte og hårdnakkede myter om selvmordsadfærd – og en af de farligste. Talrige undersøgelser har vist, at mellem 60 og 80 % af de personer, der begår selvmord, har kommunikeret deres tanker forud for handlingen. Det kan være bemærkninger som "Jeg duer ikke til noget mere", "Det var bedre, hvis jeg ikke var her mere" eller "Bare jeg var død"; det kan være mere åbenlyse trusler om selvmord, eller det kan være utilslørede forsøg eller forberedelser. Personen, der giver udtryk for disse tanker, kan gøre det af flere årsager: for at få hjælp til at træffe beslutningen, for at advare omgivelserne, for at true omgivelserne eller for at bede omgivelserne om hjælp til at genvinde håbet og livsglæden. En sådan adfærd skal under alle omstændigheder tages dybt alvorligt, da personer, der giver udtryk for selvmordstanker, har en stærkt forhøjet risiko for at begå selvmord.

2. Selvmord sker uden varsel

Som nævnt i pkt. 1 har de fleste mennesker, der begår selvmord, kommunikeret deres tanker forud for handlingen. Den selvmordstruede vil ofte prøve at åbne sig over for ægtefællen, familien, venner, kolleger, den praktiserende læge eller andre. Han kan også sende signaler ved at give udtryk for depressive følelser uden decideret at tale om selvmordstanker. Såvel læger som andre kan vige tilbage for at spørge om overvejelser om selvmord af frygt for at "give gode ideer". Der er imidlertid al mulig grund til at mene, at dette ikke vil ske, men at den mest almindelige fejl, der begås, netop er, at man ikke spørger ind til selvmordstanker. Mange mennesker taler først om deres selvmordstanker, når de bliver direkte adspurgt.

3. Selvmord og selvmordsforsøg er samme slags adfærd

Tidligere selvmordsforsøg er en risikofaktor for senere selvmord; dette må imidlertid ikke forlede nogen til at tro, at selvmord og selvmordsforsøg er samme slags adfærd og derfor kalder på samme slags forebyggelse og behandling. Selv om en del af de mennesker, der behandles for selvmordsforsøg, på et senere tidspunkt begår selvmord, gælder dette ikke for størstedelen af selvmordsforsøgene. Man kan derfor tale om, at selvmordsforsøg og selvmord repræsenteres af to forskellige, om end overlappende, grupper med hver deres karakteristika. Man kan sige, at selvmordsforsøg signalerer en slem forstyrrelse i de sociale vilkår og de mellem menneskelige forhold, hvorimod det ved selvmord mere er social isolation, der er en væsentlig faktor.

4. Mennesker, der forsøger at begå selvmord, ønsker at dø

Hensigten med de fleste selvmordsforsøg er ikke at dø men derimod et ønske om en forandring. Den selvmordstruede ønsker en forandring fra den psykiske og/eller fysiske smerte, som han oplever, men har problemer med at finde en løsningsmodel. Selvmordsforsøget skal derfor først og fremmest opfattes som et råb om hjælp: det er ikke et forsøg på at gøre en ende på livet, kun på at stoppe smerten.

5. Bedring efter en selvmordskrise betyder, at selvmordsrisikoen er overstået

Dette er en meget farlig antagelse, idet de fleste selvmord sker inden for tre måneder, efter "bedringen" er indtrådt. Man kan således ikke uden videre antage, at faren er drevet over, hvis én, der tidligere har været deprimeret eller selvmordstruet, pludselig virker meget gladere. Det er ikke usædvanligt, at dét at træffe den endelige beslutning om at begå selvmord, kan bibringe en følelse af lettelse, så den selvmordstruede giver indtryk af at være kommet igennem krisen. Ligeledes kan en alvorligt depressiv person mangle energi til at gennemføre sine tanker og planer om at begå selvmord, blot for at gøre alvor af det, når han eller hun har genvundet energien.

6. Selvmord rammer kun mennesker i en bestemt social klasse

Selvmordsadfærd forekommer i alle socioøkonomiske grupper. Økonomiske problemer kan spille en rolle, men en væsentlig faktor er graden af integration i samfund og kultur. Man må imidlertid ikke lade sig forlede til at tro, at selvmord og selvmordsforsøg udelukkende skyldes sociologiske faktorer. Det er generelt accepteret, at den bedste forståelse af selvmordsproblematikken opnås ved en kombination af sociologiske, psykologiske og kliniske tilgange til problemet.

7. At tale om selvmord er at inspirere til det

Også dette er en farlig myte forstået således, at den kan forhindre såvel familie og omgangskreds som fagpersoner i at spørge ind til selvmordstanker og dermed få iværksat et behandlingstilbud. Mange mennesker sender kun "indirekte" signaler om selvmordstanker og taler først om dem, når de bliver direkte adspurgt. Ved at spørge et menneske direkte, om det går i selvmordstanker, viser man bekymring og omsorg og kan på den måde få mulighed for at hjælpe vedkommende videre. Man bør dog hele tiden være opmærksom på, hvornår der er behov for at inddrage professionel behandling.

8. Selvmordstruede mennesker kan ikke vaske op

Nogle mennesker tror, at selvmordstruede skal "tages på med fløjlshandsker" og fratages alle normale daglige pligter. At drage omsorg for en person, der er selvmordstruet, kan være en god måde at vise, at man holder af vedkommende og er bekymret; denne omsorg må blot ikke blive så omklamrende, at vedkommende bliver frataget alle sine normale opgaver som f.eks. opvask. Uden nogen som helst form for pligter kan man meget hurtigt komme til at føle sig syg, ligesom man automatisk får meget mere tid til at gruble over sine problemer. Det at være selvmordstruet eller have selvmordstanker begrænser almindeligvis ikke ens evne til at deltage i hverdagens gøremål – tværtimod kan det faktisk have en positiv indflydelse på selvmordstankerne at kunne fortsætte med disse gøremål.

9. Børn begår ikke selvmord

Det årlige antal af registrerede selvmord blandt børn under 15 år i Danmark kan tælles på en hånd, men det er ikke ensbetydende med, at de ikke forekommer. Man skal være opmærksom på, at nogle selvmord eller selvmordsforsøg blandt børn ikke registreres som sådanne men derimod som "ulykker" eller "tvivlstilfælde". Dette skyldes dels de pårørendes ønske om at undgå stigmatisering (omgivelsernes fordømmelse), dels det menneskelige faktum at læger og andet sundhedspersonale har svært ved at se i øjnene, at børn kan være så fortvivlede, at de forsøger at tage deres eget liv.

10. Antallet af selvmord er størst i december

De fleste selvmord bliver begået i april. Mange undersøgelser har vist, at foråret for mange indebærer et løfte om nye og bedre tider. Når dette forår så kommer uden at medføre en bedring i tingenes tilstand, opgiver mange selvmordstruede at leve videre. Det er kendt som "de brudte løfters effekt".

11. Der sker flest selvmord i storbyerne

Der er siden begyndelsen af halvfjerdserne sket en udjævning i forekomsten af selvmord og selvmordsforsøg i de forskellige egne af landet. Denne udjævning er først og fremmest sket, fordi selvmordsraterne i hovedstaden (København, Frederiksberg og Gentofte kommuner) er faldet markant siden 1980, mens faldet i de øvrige dele af landet har været meget moderat.

12. Patienter, der er under lægetilsyn, er ikke udsat for selvmordsrisiko

Dette er lægmandens myte. De fleste læger ved af smertelig erfaring, at det ikke er sandt. Selvmord og selvmordsforsøg finder sted på hospitalsafdelinger såvel som andre steder, og undersøgelser har vist, at godt halvdelen af de selvmordstruede patienter konsulterer deres egen læge kort tid inden selvmordshandlingen.

13. Det er kun professionelle, der kan hjælpe selvmordstruede personer

Som tidligere nævnt skal man ikke vige tilbage for at spørge, hvis man er bekymret for, at én man kender går med selvmordstanker. Det kan være svært for vedkommende selv at begynde at tale om det, og det vil derfor ofte være en lettelse for ham/hende at opleve, at det faktisk er muligt at tale med andre mennesker om den vanskelige situation. Familie, venner, skolekammerater og kolleger kan hjælpe ved at vise deltagelse og omsorg og ved at sikre sig, at den selvmordstruede får professionel hjælp.

Redigeret uddrag fra: Berit Sørensen: Fra tabu til myte. Fakta om selvmordsadfærd. Center for Selvmordsforskning, 2002.

11: Cases

19-årig pige

Stine er en 19-årig pige, der er ringforlovet med en Anders, som er slagterlærling. Parret kommer en dag i skænderi, og efter skænderiet går Anders ned for at købe cigaretter. Mens han er væk, indtager Stine al sin astmamedicin på en gang.

Allerede da Anders kommer tilbage efter at have købt cigaretterne, har Stine fortrudt og fortæller ham, hvad hun har gjort. Hun provokerer en opkastning, og efterfølgende lægger parret sig til at sove. Midt på natten vågner han op ved, at hun har fået et krampetilfælde. Han alarmerer en ambulance og på vej til sygehuset får hun hjertestop.

Stine genoplives med succes og behandles efterfølgende på intensivafdelingen, hvor hun ligger i respirator. Efter behandlingen er hun lettet over at have overlevet, uforstående over, hvad hun har gjort, og overbevist om, at hun ikke kan finde på at gøre det igen.

En psykiatrisk vurdering af hende peger på, at hun begavelsesmæssigt ligger i den nederste halvdel af normalområdet, at hun virker lidt umoden, og at hun ikke skønnes at være suicidalfarlig. Derudover frembyder hun ikke psykopatologiske træk.

Dette er et eksempel på pointen med den somatiske og den "psykiatriske" farlighed. Stine var lige ved at dø – men havde faktisk ingen intention om at begå selvmord. På suicidalintentionsskalaer ville hun få meget lav score. Alligevel kan hun jo godt faktisk være i risiko for gentagen selvmordsadfærd, når hun ved så lille belastning reagerer så uoverlagt.

21-årig kvinde

Hanne er en 21-årig kvinde, der henvender sig i skadestuen efter at have indtaget seks kodimagnyler.

Hun har igennem længere tid i tiltagende grad været optaget af religiøse overvejelser. Hun føler sig forbundet med Gud og hun vil gerne forenes med Gud og en tidligere nær ven, der er død af selvmord ved udspring fra en høj bygning. Hun har fortsat tanker om, at hun ved at tage sit eget liv kan blive nærmere forbundet med Gud og sin ven.

Ud fra en somatisk synsvinkel er tilfældet fuldstændigt ufarligt. Den psykiatriske vurdering peger på, at Hanne er præget af magisk tænkning, vaghed i tankegangen og religiøse vrangforestillinger. Hun skønnes at være fortsat suicidalfarlig.

Hanne har foretaget et somatisk set ufarligt selvmordsforsøg. Hun står i fare for at blive sendt hjem fra skadestuen, fordi den somatiske farlighed er så lille. Hun opfylder kriterier for tvangsindlæggelse på røde papirer. Hun er siden sit første selvmordsforsøg blevet kronisk meget syg psykiatrisk patient med skizofreni.

12: Instruktion til **rollespil**

For at kursisterne kan træne samtalen med en selvmordstruet kan man i undervisningen benytte rollespil. Disse kan arrangeres ud fra kursisternes egne erfaringer, således at de gennemspiller situationer med klienter, patienter osv.

Et rollespil gennemføres ved hjælp af to rolleindehavere: en selvmordstruet og en, der griber ind. Desuden er der et reflekterende team og en tovholder. Nedenfor finder du instruktioner, der inden rollespillet kan gives til de forskellige involverede. Der er også en oversigt over faserne i processen.

Instruktioner

Den selvmordstruede

Spil din rolle så autentisk som muligt, og giv siden feedback til den, der griber ind (lærer, kollega, behandler mv.). Du er velkommen til at improvisere over historien.

Den, der griber ind

Gennemfør en samtale, der afdækker, om personen er selvmordstruet. Du kan undervejs bede om *time out*, hvor du får hjælp fra det reflekterende team (se nedenfor). Sig højt og præcist, hvad du har behov for hjælp til. Du kan også bede en anden om at overtage. Når teamet reflekterer, lytter du. Du kan helt selv vælge, hvad du vil bruge – hvad som er nyttigt for dig. Skriv eventuelt ned.

Det reflekterende team

Lyt, og skriv eventuelt ned undervejs i samtalen. Når teamet inviteres på banen, husk da: Lad være med at diskutere, men kom i stedet med dine egne refleksioner à la: "Jeg tænker..." eller "Der er noget, jeg har brug for at vide mere om...". Pas på ikke at "kloge dig", og sig ikke noget, der allerede er sagt.

Tovholderen

Lyt, foretag eventuelt en opsummering undervejs, styr processen. Sørg for, at teamet henvender sig til hinanden og ikke til dem, der spiller rollerne. De to agerende skal sidde adskilt fra teamet og så de vender mod hinanden. Når teamet reflekterer, kan det være en god idé at bede de agerende om at vende ryggen til teamet. De må ikke blande sig i teamets proces.

Tovholderen kan invitere teamet på banen, når vedkommende synes, og skifte mellem samtale og team. Hvis den, der griber ind, skrider til handlingsplan eller rådgivning, inden der er etableret et grundlag for det (hvis de mangler væsentlige

oplysninger), så afbryd. Henvend dig til den, der griber ind, og bed vedkommende opsummere: Hvad ved vi nu?

Det er ikke tilrådeligt, at du selv indgår i det reflekterende team. Hvis du alligevel vælger at indgå, skal du sige det, første gang du bidrager med dine refleksioner.

Fokus i rollespillet skal hvile på processen og samtaleforløbet.

Der holdes en pause mellem hvert rollespil.

PROCESFASER

Dialog mellem selvmordstruet og den, der griber ind (dialogen kan undervejs afbrydes af tovholder hed henblik på at få teamet på banen, eller fordi tovholderen har noget at sige (se ovenfor).

Den selvmordstruede har ordet og giver feedback til den, der griber ind, i relation til proces og indhold. Vedkommende fortæller for eksempel, hvordan det var at tale med den, der greb ind, fik den selvmordstruede talt om det, vedkommende havde på hjerte, fik vedkommende hjælp? Den, der greb ind, må ikke svare, men skal blot lytte og eventuelt skrive ned.

Teamet reflekterer afslutningsvis – her er det ikke så problematisk, hvis tovholderen reflekterer med.

Den, der greb ind, reflekterer højt over teamets refleksioner og over feedbacken fra den selvmordstruede, blandt andet i forhold til, hvad der var brugbart.

Hele gruppen diskuterer, hvad der skal iværksættes efter denne samtale – altså hvordan den videre intervention skal forløbe.

13: Undervisningsplaner

Forslag til lektioner af forskellig længde

Generelt

Før du underviser i selvmordsforebyggelse og "Det tavse råb", bør du læse ledsagematerialet og sætte dig grundigt ind i "02: Underviserens forberedelse".

Det er altid en god idé på forhånd at forberede kursisterne på, at emnerne næste gang vil være selvmord/selvordsforsøg/selvordsforebyggelse, så det ikke kommer som en ubehagelig overraskelse for dem.

Uanset hvor lang undervisningstid, der er til rådighed, vil det være formålstjenligt, om kursisterne på forhånd har tilegnet sig viden om selvmordsadfærd, herunder helt kort definitioner på selvmord og selvmordsforsøg, holdninger til selvmordsadfærd og disses betydning for forebyggelse ("Det nytter at gribe ind"), samt (meget kort) omfanget af selvmordsforsøg og selvmord (især i de aldersgrupper, som kursisterne hyppigst kommer i kontakt med).

Det er vigtigt, at kursisterne får mulighed for at tale om egne forestillinger om og holdninger til selvmordsadfærd, herunder myter og fakta.

Nedenfor følger forslag til nogle lektioner af forskellig længde. Det drejer sig om:

- En lektion a 45 minutter
- 2 x 45 minutter fordelt på to dage
- En lektion a 90 minutter
- En halv temadag (3-4 lektioner a 45 minutter)
- En hel temadag (6-7 lektioner a 45 minutter).

Det skal understreges, at hvis man ønsker at komme blot tilnærmelsesvis rundt om emnet, vil det kræve en hel eller to halve temadage, for at der både kan blive plads til holdningsdiskussion og rollespil – to meget vigtige elementer, når man underviser i selvmordsforebyggelse.

45 MINUTTER

Kursisterne er på forhånd orienteret om, at dagens tema er selvmord/selvordsforsøg/selvordsforebyggelse. Hvis man har en lektion på 45 minutter til rådighed, kan man for eksempel vælge på forhånd at lade kursisterne læse teksten "09: Selvmord og etik" og meget kort diskutere denne inden fremvisning af videoen *Det tavse råb*. Tiden er knap, og det er derfor nødvendigt med en stram styring af de 45 minutter.

Lektie

"09: Selvmord og etik" .

Før video

Kort diskussion af lektie "09: Selvmord og etik". Instruktion i gruppevis fokus på:

1. Læreren og hans handlinger
2. Den studerende og hendes handlinger
3. Hvilken hjælp er tilgængelig?

Efter video

Gruppe- og plenumopsamling af fokusiagttagelser.

Besvarelse af spørgsmålet: Hvilke ressourcer findes i vores nærmiljø? Afslut med "07: Henvisningsmuligheder" og "18: Literatur og websites", så kursisterne forholdsvis nemt får mulighed for yderligere fordybelse.

2 X 45 MINUTTER (FORDELT PÅ TO DAGE)

1. lektion

Kursisterne er på forhånd orienteret om, at dagens tema er selvmord/selvordsforsøg/selvordsforebyggelse. Begynd lektionen med, at kursisterne to og to summer over, hvad de ved og hvad de ikke ved om emnerne. Opsamling i plenum. Uddel "10: Myter og fakta om selvmord" til gennemlæsning, og lad kursisterne i mindre grupper diskutere, hvilke myter om selvmordsadfærd der overrasker dem mest. Kort opsamling i plenum med vægt på fakta.

Lektie

Afhængigt af hvilken faggruppe kursisterne repræsenterer, gives som lektie til 2. lektion én eller flere af artiklerne:

"15: Artikel – Bedømmelse af selvmordsrisiko"

"16: Artikel – Selvmordsadfærd hos unge"

"17: Artikel – Når børn og unge har det svært".

2. lektion

Før video

Udvalgte diskussionstemaer fra "03: Diskussionstemaer i filmen" udpeges (eller udvælges af kursisterne), og kursisterne bliver i grupper bedt om at fokusere på disse temaer under fremvisning af videoen.

Efter video

Gruppe- og plenumopsamling af fokusiagttagelser.

Åben diskussion: Hvad ville jeg gøre, hvis jeg kom i en lignende situation?. Besvarelse af spørgsmålet: Hvilke ressourcer findes i vores nærmiljø? Afslut med "07: Henvisningsmuligheder" og "18: Litteratur og websites", så kursisterne forholdsvis nemt får mulighed for yderligere fordybelse.

90 MINUTTER

Kursisterne er på forhånd orienteret om, at dagens tema er selvmord/selvordsforsøg/selvordsforebyggelse.

Lektie

Afhængig af hvilken faggruppe kursisterne repræsenterer, gives som lektie én eller flere af artiklerne:

"15: Artikel – Bedømmelse af selvmordsrisiko"

"16: Artikel – Selvmordsadfærd hos unge"

"17: Artikel – Når børn og unge har det svært".

– og afhængig af fokus læser kursisterne yderligere baggrundsmateriale (se "19: Litteratur og websites").

Før video

Begynd lektionen med, at kursisterne to og to summer over deres holdninger til selvmordsadfærd. Opsamling i plenum. Læst artikel og baggrundsmateriale gennemgås og diskuteres. Diskussionstemaer fra "03: Diskussionstemaer i filmen" udpeges, og kursisterne bedes om gruppevis at fokusere på det eller de udvalgte temaer.

Efter video

Gruppe- og plenumopsamling af fokusiagttagelser.

Åben diskussion: "Hvordan afspejler lærerens indgriben hans holdning til selvmordsadfærd?, Hvad ville jeg gøre, hvis jeg kom i en lignende situation?. Besvarelse af spørgsmålet: Hvilke ressourcer findes i vores nærmiljø? Afslut med "07: Henvisningsmuligheder" og "18: Litteratur og websites", så kursisterne forholdsvis nemt får mulighed for yderligere fordybelse.

EN HALV TEMADAG (3-4 LEKT. A 45 MIN.)

Kursisterne er på forhånd orienteret om, at dagens tema er selvmord/selvmondsforsøg/selvmondsforebyggelse.

Afhængig af fokus kan de ovenfor beskrevne forslag til lektioner på 45 minutter eller 90 minutter udvides med en gennemgang af "05: Selvmordsprocessen" og "06: Interventionsprocessen" efterfulgt af rollespil ("12: Instruktion til rollespil"). Eller du kan som underviser udforme et eller flere rollespil, der passer til målgruppen. Hvis undervisningen foregår på en arbejdsplads, kan det være relevant at lade rollespillet tage udgangspunkt i en fælles oplevelse.

Lektie

Afhængig af hvilken faggruppe kursisterne repræsenterer, gives som lektie én eller flere af artiklerne:

"15: Artikel – Bedømmelse af selvmordsrisiko"

"16: Artikel – Selvmordsadfærd hos unge"

"17: Artikel – Når børn og unge har det svært".

– og afhængig af fokus læser kursisterne yderligere baggrundsmateriale (se "19: Litteratur og websites").

Før video

Artikel "05: Selvmordsprocessen" og/eller "06: Interventionsprocessen" samt baggrundsmateriale gennemgås og diskuteres – eller fremlægges til diskussion af kursisterne. Diskussionstemaer fra "03: Diskussionstemaer i filmen" udpeges, og kursisterne bedes om gruppevis at fokusere på det eller de udvalgte temaer.

Efter video

Gruppevis og plenumopsamling af fokusiagttagelser. Oplæg til rollespil præsenteres og rollespil gennemføres. Man kan vælge at lade kursisterne udføre rollespillene to og to, i grupper a 8-10 personer med reflekterende team, eller i plenum, hvor for eksempel underviseren påtager sig rollen som selvmordstruet og kursisterne på skift spiller hjælperen. Det kan være en fordel at være to undervisere her. Afrund med en kort opsamling, hvor positive eksempler på den gode samtale understreges. Afslut med "07: Henvisningsmuligheder" og "18: Litteratur og websites", så de studerende forholdsvis nemt får mulighed for yderligere fordybelse.

EN HEL TEMADAG (6-7 LEKT. A 45 MIN.)

Kursisterne er på forhånd orienteret om, at dagens tema er selvmord/selvmondsforsøg/selvmondsforebyggelse.

Lektie

Relevante artikler og baggrundsmateriale gives som lektie – afhængig af fokus (se En halv temadag).

Før video

Begynd lektionen med, at kursisterne to og to summer over deres holdninger til selvmordsadfærd. Opsamling i plenum. Uddel "10: Myter og fakta om selvmord" til gennemlæsning (hvis ikke givet som lektie), og lad kursisterne i mindre grupper diskutere, hvilke myter om selvmordsadfærd der overrasker dem mest. Kort opsamling i plenum med vægt på fakta.

Artikel "05: Selvmordsprocessen" og/eller "06: Interventionsprocessen" samt baggrundsmateriale gennemgås og diskuteres – eller fremlægges til diskussion af kursisterne. Diskussionstemaer fra "03: Diskussionstemaer i filmen" udpeges, og kursisterne bedes om gruppevis at fokusere på det eller de udvalgte temaer.

Efter video

Gruppe- og plenumopsamling af fokusiagttagelser. Oplæg til rollespil præsenteres, og rollespil gennemføres. Man kan vælge at lade kursisterne udføre rollespillene to og to, i grupper a 8-10 personer med reflekterende team, eller i plenum, hvor for eksempel underviseren påtager sig rollen som selvmordstruet og kursisterne på skift spiller hjælperen. Det kan være en fordel at være to undervisere her. Afrund med en kort opsamling, hvor positive eksempler på den gode samtale understreges. Afslut med "07: Henvisningsmuligheder" og "18: Litteratur og websites", så de studerende forholdsvis nemt får mulighed for yderligere fordybelse.

Andre idéer

Lad kursisterne foretage forskellige internetsøgninger på ordene "selvmord", "selvmordsforsøg", "selvmordsforebyggelse", "selvmordsadfærd" mm., og bed dem efterfølgende præsentere relevant info som vægavis eller på anden måde.

Lad kursisterne undersøge, om der på institutionen/arbejdspladsen findes fælles retningslinier for forebyggende tiltag ved selvmord eller andre kriser, og derefter udarbejde forslag til, hvordan sådanne retningslinier kan iværksættes.

Lad kursisterne undersøge, hvad der findes af hjælpeforanstaltninger lokalt (hvis kursisterne kommer fra samme lokalområde). Øvelsen kan for eksempel tage udgangspunkt i en konkret case med en ung, der har behov for at blive visiteret videre. Hvilke muligheder findes der, hvad er indviseringskriterierne osv.. Lad kursisterne ringe til socialforvaltningen, psykiatrien, gå efter lokaltelefonbogen osv.

Lad kursisterne diskutere, hvordan og af hvem de selv helst vil hjælpes, hvis de skulle komme i en selvmordskrise.

14: **Statistik** om selvmord og selvmordsforsøg

SELMORD

Statistisk materiale vedrørende selvmordsadfærd i Danmark findes hos Center for Selvmordsforskning og Sundhedsstyrelsens 4. kontor. Alle dødsfald i Danmark anmeldes til Sundhedsstyrelsen 4. kontor. Oplysningerne registreres i Dødsårsagsregistret, som indeholder oplysninger om blandt andet køn, dødsdato, dødsårsag, alder på dødstidspunkt og bopælskommune.

Center for Selvmordsforskning fører Register for Selvmord på baggrund af data fra Dødsårsagsregistret.

Tal for selvmord er tilgængelige på Dødsårsagsregisteret, som findes på internettet: www.sst.dk.

På Danmarks Statistiks website www.statistikbanken.dk kan brugeren selv foretage udtræk og få data præsenteret i diagramtyper efter eget valg.

Aktuelle tal for selvmord kan løbende hentes på følgende websites:

www.sst.dk
www.selvmordsforskning.dk
www.statistikbanken.dk
www.who.dk

SELMORDSFORSØG

Hverken i Danmark eller i andre lande findes der landsdækkende statistikker over selvmordsforsøg. Som led i et større fælleseuropæisk projekt, initieret af WHO, er der siden 1989 i Fyns Amt sket en løbende registrering af alle selvmordsforsøg, der kommer sygehusvæsenets kendskab. Denne registrering sker på Center for Selvmordsforskning i Odense.

Den fynske befolkning udgør knap 10 procent af den danske befolkning, og undersøgelser af en række parametre vedrørende sociodemografiske, socioøkonomiske og helbredsmæssige forhold har vist, at den fynske befolkning kan siges at udgøre et repræsentativt udsnit af den samlede danske befolkning.

Aktuelle tal for selvmordsforsøg kan løbende hentes på følgende websites:

www.selvmordsforskning.dk
www.who.dk

15: **Bedømmelse** af risiko for selvmord

Af Merete Nordentoft

Personer i selvmordsrisiko færdes i forskellige sfærer i samfundet, og det er langt fra givet, at de af sig selv henvender sig til en faglig kompetent instans, der kan vurdere selvmordsrisiko og anvise relevant behandling. En stor og vigtig del af det selvmordsforebyggende arbejde er derfor at sikre at selvmordstruede personer bringes i forbindelse med fagligt kompetente professionelle, der kan forestå en bedømmelse af selvmordsrisiko og behandlingsbehov.

I handlingsplanen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord hedder det:

“Vurderingen af den selvmordstruede skal, uanset hvordan den er organiseret, omfatte en afklaring af personens eventuelle sociale og personlige problemer, afdækning af eventuelt misbrug af alkohol eller stoffer og diagnosticering af eventuel psykisk sygdom.”

Det er en væsentlig og vanskelig opgave at bedømme risiko for selvmordshandlinger. Den viden vi har på dette område stammer fortrinsvist fra store epidemiologiske undersøgelser. Resultaterne af disse undersøgelser er væsentlige, men de kan være svære at anvende i en akut klinisk situation, fordi de risikofaktorer, som kan identificeres i sådanne undersøgelser er brede og uspecifikke og fordi undersøgelserne dækker lange tidsforløb og derfor ofte ikke er til megen hjælp, når det drejer sig om at vurdere risikoen for selvmordshandlinger i det næste døgn. Et gennemgående resultat i mange store epidemiologiske undersøgelser af risikofaktorer for selvmord er at psykisk sygdom og gentagne selvmordsforsøg er vigtige risikofaktorer. Samtidigt vil langt størstedelen af mennesker, der har foretaget selvmordsforsøg, dø af andre dødsårsager end selvmord og det samme gælder langt størstedelen af de psykisk syge. Risikofaktorer for selvmord er altså brede og uspecifikke. Hertil kommer at kun ca. halvdelen af de personer, der dør ved selvmord, har en eller flere af de nævnte risikofaktorer.

En anden kilde til viden om risiko for selvmordshandlinger er den kliniske erfaring, som personale i psykiatrien har samlet. Denne viden er karakteriseret ved at være usystematisk, præget af den enkeltes synsvinkel og at den vanskeligt kan operationaliseres. Ikke desto mindre er man i høj grad nødt til at inddrage den form for viden også i konkrete vurderinger i dagligdagen.

Risikofaktorer

En lang række risikofaktorer er identificerede i epidemiologiske undersøgelser. De væsentligste gennemgås i det følgende.

Psykisk sygdom

Psykisk sygdom er en af de risikofaktorer, der har vist sig at være en vigtig risikofaktor for selvmord både i hele befolkningen og blandt personer, der har foretaget selvmordsforsøg. Der er øget selvmordsrisiko ved alle de psykiatiske sygdomme, men den er specielt høj ved depressive lidelser.

Metoden psykologisk autopsi har været anvendt til at bedømme baggrunden for selvmord. Psykologisk autopsi er en metode, hvor man undersøger alle tilgængelige informationskilder vedrørende en afdød og søger at danne sig indtryk af psykisk sygdom, forløbet op til selvmordet, kontakter til sundhedsvæsen, netværk og andre. Undersøgelser, der har anvendt denne metode er samstemmende nået frem til at de, der er døde ved selvmord, i langt de fleste tilfælde havde behandlingskrævende psykisk sygdom. Da disse undersøgelser er gennemført efter, at den pågældendes død ved selvmord, kan omgivelserne være mere tilbøjelige til at forklare afdødes tilstand og adfærd forud for selvmordet som et udtryk for psykisk sygdom, end tilfældet ville være, hvis samme tilstand og adfærd skulle forklares hos en person, der ikke var død ved selvmord.

I en dansk undersøgelse baseret på blindet journalgennemgang blandt patienter indlagt med depression fandt man, at patienter der var døde ved selvmord oftere var karakteriserede ved at selvmordsrisiko stod om talt i deres journal. Dette gjaldt, hvad enten konklusionen på journalnotatet var at selvmordsrisikoen var til stede eller fraværende. Dette resultat tyder på, at man i behandlingssystemet i nogen grad er opmærksom på de selvmordstruede patienter, men man er ikke altid i stand til at afværge selvmordsfaren.

Store danske epidemiologiske undersøgelser af psykiatiske patienter viser, at der er en stor overdødelighed ved selvmord. Selvmordshyppigheden er høj i flere forskellige diagnostiske kategorier, men specielt depressive tilstande optræder hyppigt og er forbundet med en høj selvmordsrate.

Flere undersøgelser har vist, at selvmordsrisikoen er særlig forhøjet umiddelbart efter udskrivelse af psykiatiske patienter.

Resultaterne af de danske epidemiologiske undersøgelser giver ikke anledning til at udvælge enkelte mindre grupper psykiatriske patienter som særligt sårbare eller relevante for intervention, hvorimod mere generelle tiltag over for hele patientgruppen synes mere relevante.

I en del undersøgelser er det søgt belyst om risikoen for selvmord blandt mennesker med psykotiske lidelser er størst når de er psykotiske eller i apsykotisk fase. Undersøgelserne har vist forskellige resultater, men sammenfattende kan det konkluderes, at der er risiko for selvmordshandlinger blandt personer med psykoselidelser både i faser med aktiv psykose og i faser som ikke er domineret af psykosesymptomer. For både skizofreni og affektiv sindslidelse gælder, at selvmordsrisikoen er størst det første år efter første behandlingskontakt.

Alkohol og stofmisbrug

Misbrug af alkohol eller medicin er kendte risikofaktorer for selvmord. I en stor dansk undersøgelse af over 18.000 brugere af et københavnsk alkoholambulatorium fandt man ved en opfølgingsundersøgelse at selvmordshyppigheden var 20 gange større end i baggrundsbefolkningen. Undersøgelser af selvmordsadfærd blandt klientellet i alkoholambulatorier og blandt patienter indlagt på psykiatrisk afdeling med alkoholmisbrug har vist, at mere end en tredjedel tidligere har foretaget selvmordsforsøg. I følge Sundhedsstyrelsen er der i Danmark i dag ca. 80.000 alkoholmisbrugere, hvortil kommer et ukendt antal mennesker for hvem forbrug af alkohol er et stort problem – der skønnes 4-500. 000. Talmæssigt er der altså tale om en meget stor risikogruppe.

I en undersøgelse baseret på dødsårsagsregisteret er der konstateret en stigning narkotikarelateret dødelighed i Danmark i perioden 1970-1993, og selvmord udgjorde 7 procent af de registrerede dødsfald. Specielt ved forgiftningsdødsfald hos stofmisbrugere kan døds måden være meget svær at fastslå, og der er et betydeligt mørketal. Antallet af stofmisbrugere i Danmark kan kun skønsmæssigt fastsættes – og der anslås aktuelt at være 12.500 stofmisbrugere i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 1997).

Både i danske og udenlandske undersøgelser er det dokumenteret at misbrug af alkohol og stoffer er risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøg.

Somatisk sygdom

Somatisk sygdom er en kendt risikofaktor for selvmord. Overdødeligheden ved selvmord hos personer, der har fået diagnosticeret cancer, er mellem 1,5 og 2,0, størst den første tid efter diagnosen. Også dissemineret sklerose, diabetes, AIDS og andre somatiske sygdomme er forbundet med overdødelighed

ved selvmord, specielt har en nyere dansk undersøgelse vist at der blandt patienter med hjerneblødning eller blodprop i hjernen (slagtilfælde) er en øget selvmordshyppighed.

Tidligere selvmordsforsøg

Ved opfølgingsundersøgelser af personer, der har foretaget selvmordsforsøg, er det vist, at mellem 5 og 10 procent dør ved fuldbyrdet selvmord i løbet af en opfølgningstid på 5 til 10 år. I en stor undersøgelse fra København har man fundet, at der også er en betydelig overdødelighed af andre dødsårsager end selvmord, at selvmordshyppigheden i undersøgelsesgruppen var 30 gange højere end i en tilsvarende gruppe i baggrundsbefolkningen: det viste sig at flere tidligere selvmordsforsøg, stigende alder og det at bo alene var faktorer, der prædikterede selvmord i opfølgingsperioden. I opfølgingsundersøgelser i Fyns Amt af personer, interviewet efter selvmordsforsøg har førtidspension, alvorlig psykisk lidelse, misbrug, dårligt socialt funktionsniveau, enlig stand, somatisk sygdom og tidligere selvmordsforsøg prædiktorer for gentagne selvmordshandlinger. Tidligere selvmordsforsøg er således en vigtig risikofaktor for senere selvmord og jo flere tidligere selvmordsforsøg, jo større risiko for fornyede selvmordshandlinger.

En særlig gruppe blandt de personer, der har foretaget selvmordsforsøg er gengangerne, dvs. personer, der tidligere har foretaget et eller flere selvmordsforsøg. Flere undersøgelser har fokuseret på forskellen mellem gengangerne og de øvrige patienter og har fundet at gruppen af gengangere har lavere social status, er dårligere socialt fungerende, i færre tilfælde er gifte, oftere bor alene, oftere har en psykisk lidelse eller misbrug, oftere er i aktuel psykiatrisk behandling og oftere har en socialt belastet opvækst.

De personer, der har foretaget flere selvmordsforsøg repræsenterer en gruppe, der udgør en højrisikogruppe med hensyn til senere selvmord og selvmordsforsøg. Med hensyn til forskellige af de undersøgte sociale og psykiatriske karakteristika ligner denne gruppe mere gruppen af personer, der er døde ved selvmord end den øvrige population af personer, der har foretaget selvmordsforsøg. I en undersøgelse er det påvist, at sundhedspersonale i nogle tilfælde har en afvisende holdning overfor personer, der en eller flere gange indlægges med selvforgiftning.

Familieforhold

En stor dansk epidemiologisk undersøgelse har vist at risikoen for selvmord er størst blandt enlige uden børn. En del af disse enlige er samtidigt karakteriseret af andre risikofaktorer.

I forbindelse med udarbejdelsen af den finske handlingsplan for forebyggelse af selvmord gennemførtes en stor undersøgelse af alle de 1067 der i 1987 var døde ved selvmord. I denne undersøgelse viste det sig, at der blandt de, der var døde ved selvmord var flere enlige end i baggrundsbefolkningen.

Undersøgelser, hvor personer, der har foretaget selvmordsforsøg sammenlignes med sammenlignelige grupper i baggrundsbefolkningen hvad angår alder og køn viser, at færre er gifte, flere bor alene eller alene med et barn end det er tilfældet i baggrundsbefolkningen. I den undersøgelse, som Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi gennemførte i 1994 viste det sig, at både selvmordstanker og selvmordsforsøg optrådte hyppigere hos ugifte og separerede og skilte end hos gifte.

Indkomst og erhverv

Selvmod vender den tunge ende nedad både med hensyn til indkomst og formue med højere selvmordsrisiko jo lavere indkomst eller formue. For personer behandlet for psykisk lidelse blev denne relation vendt om, således at det var de mest velstillede indkomstgrupper, der havde den højeste selvmordsrisiko. Dette skyldtes, at risikoen var størst for selvmord blandt psykiatriske patienter med de højeste indkomster, hvori- mod det omvendte gjorde sig gældende for den del af befolkningen, der ikke havde været psykiatrisk indlagt. Arbejdsløshed er en risikofaktor for selvmord. Selvmordsrisikoen er forhøjet både blandt modtagere af bistandshjælp og pensionister.

Arbejdsløshed forekommer hyppigere end forventet hos personer, der har foretaget selvmordsforsøg, og i flere undersøgelser optrådte arbejdsløshed og førtidspension tilsammen mere hyppigt hos personer med selvmordsforsøg end forventet ud fra baggrundsbefolkningens forhold.

Undersøgelsen fra Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi 1994 viste, at både selvmordstanker og selvmordsforsøg optrådte hyppigere hos 16-66 årige ikke-erhvervsaktive end hos erhvervsaktive i samme aldersgruppe.

Læger har en højere selvmordshyppighed end baggrundsbefolkningen, specielt ved selvmord ved forgiftning. Der er ikke øget hyppighed af selvmord med voldelige metoder. Lægers viden om og adgang til medikamenter, der kan være dødelige må antages at spille en vigtig rolle for den høje dødelighed ved forgiftningsselvmod, og man må derfor antage at let tilgængelighed til farlige selvmordsmetoder er en risikofaktor for selvmord.

Andre erhvervsgrupper med høj selvmordsdødelighed er hotel- og restaurationsbranchen og grupper uden for erhverv.

Individuel selvmordsbedømmelse

Til den individuelle bedømmelse af selvmordsrisikoen hører en undersøgelse af:

- Livsbegivenheder forud for selvmordsforsøget
- Motiver til selvmordsforsøget
- Belastende livsomstændigheder
- Psykisk sygdom og psykiatrisk behandling
- Personlighedsforstyrrelser
- Alkohol og stofmisbrug
- Sociale forhold, herunder arbejde, familie, bolig og netværk.
- Tidligere selvmordsforsøg
- Suicidal intention
- Personlige ressourcer
- Behandlingsbehov.

Det er vigtigt at undersøge graden af depression. Man kan for eksempel bruge skalaer som Becks Depression Inventory eller Hamiltons depressionsskala. Mere detaljeret belysning af graden af håbløshed kan være relevant, og man kan for eksempel bruge Hopelessness scale. Til bedømmelse af den suicidale intention kan også anvendes specifikke skalaer.

Faktorer der indikerer høj suicidal intention er:

- Selvmordsforsøget gennemført uden mulighed for indgriben fra andre
- Forholdsregler for at undgå at blive fundet
- Forberedelser så som testamente, forsikringer
- Forberedelser i form af f. eks at samle tabletter eller andre midler til selvmordshandlinger
- Suicidale meddelelser til andre forud for selvmordsforsøget
- Afskedsbrev
- Dødsønske.

Disse forhold bør der udspørges om, men samtidigt skal man være opmærksom på, at der også blandt personer med uforberedte, impulsive selvmordsforsøg kan være en stor risiko for gentagne selvmordshandlinger.

Det er vigtigt at lære at udspørge om selvmordstanker og selvmordsplaner. Spørgsmålene kan være vanskelige at stille for den uøvede, men når man får en vis træning, kan man opnå at kunne stille spørgsmålene, så en selvmordstruet patient vil opleve det som et lettelse at det er muligt at få mulighed for at tale om disse ofte svært pinefulde tanker. Det er også vigtigt at få erfaring med at inddrage andre faktorer end patientens svar på stillede spørgsmål i bedømmelsen af selvmordsfaren. Det kan dreje sig om at bedømme hvilken kontakt man kan opnå med patienten, kropssprog og tankegang. Man kan komme ud for at en patient svarer benægtende på alle spørgsmål, der

tyder på suicidal intention, men at man alligevel får en dårligt definerbar følelse af at patienten prøver at skjule en stærk suicidal intention. Sådant en fornemmelse er det vigtigt at tage alvorligt og i det mindste drøfte med kolleger.

At skaffe hjælp

Efter bedømmelsen af risiko for selvmord er den væsentlige opgave at skaffe den relevante hjælp og behandling. Denne opgave bør løses ved brug af det støttende og ledsagende princip. Om dette er følgende beskrevet i "Handlingsplanen til Forbyggelse af Selvmordsforsøg og Selvmord":

"Selvmordstruede personer har ofte gennem en længere periode været belastede på flere områder. Ofte er belastningen yderligere forværret af en akut udløsende anledning, og selvmordstruede personer er prægede af at være i krise. For en dels vedkommende er psykisk sygdom af stor betydning for selvmordsadfærden. Selvmordstruede personer ser ofte deres situation i et unuanceret sortsyn, har svært ved at inddrage deres netværk, og kan ikke finde relevante handlemuligheder. De ser deres situation som fastlåst og oplever fremtiden som ufremkommelig, præget af uoverstigelige barrierer. De er præget af uoverkommelighedsfølelse, følelseskaos og desperation. Når selvmordstruede personer kommer i kontakt med behandlingssystemet, er det derfor af stor betydning, at de professionelle, som de kommer i kontakt med, anvender et støttende og ledsagende princip for at sikre, at behandlingen effektueres, selvom den selvmordstruede tvivler på nytten af behandling, er for svækket til at opsøge flere instanser, eller ikke har gennemslagskraft til at sikre sig konkrete aftaler i behandlingssystemet. Hvis den selvmordstruede skal tages vare på i et andet regi end vedkommende er kommet til primært, indebærer det støttende og ledsagende princip, at man sørger for, at der sikres en overdragelse, eventuelt med personledsagelse, i de tilfælde, hvor det er usikkert om den selvmordstruede selv kan forestå henvendelse i et nyt regi."

Det støttende og ledsagende princip er ikke så enkelt at føre ud i praksis, men det er vigtigt at forsøge at bruge det i praksis, da man ellers risikerer at mange ikke får den hjælp de har brug for."

Litteratur

Benjaminsen, S. E., Thomsen, R. L. T., Balsløv, K. D., Gøtzsche-Larsen, K., Berthou, E., Rask, P. H., Petersen, P., Nielsen, A. S., & Nielsen, B. 1998, "Faktorer relateret til suicidal adfærd blandt alkoholmisbrugere", *Ugeskrift for Læger*, vol. 160, no. 24, pp. 3551-3556.

Hawton, K. & Van Heeringen, K. 2000, *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, 1 edn, John Wiley & Sons, LTD, Chichester.

Hawton, K., Fagg, J., & McKeown, S. P. 1989, "Alcoholism, alcohol and attempted suicide", *Alcohol Alcohol*, vol. 24, pp. 3-9.

Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Kuoppasalmi, K. I., & Lönnquist, J. K. 1993, "Mental Disorder and Comorbidity in Suicide", *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, no. 6.

Hoyer, E. H. 2002, *Causes of death and risk factors for suicide in patients hospitalised during the period 1973-1995 with an affective disorder*, Ph.D, Afdeling for Psykiatrisk Demografi; Center for Registerforskning.

Juel, K., Mosbech, J., & Hansen, E. S. 1997, "Dødelighed og dødsårsager blandt danske læger 1973-1992", *Ugeskrift for Læger*, vol. 159, pp. 6512-6518.

Kreitman, N. & Casey, P. 1988, "Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study", *British Journal of Psychiatry*, vol. 153, pp. 792-800.

Kyvik, K. O., Stenager, E. N., Green, A., & Svendsen, A. 1994, "Suicide in men with IDDM", *Diabetes Care*, vol. 17, no. 3, pp. 210-212.

Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lönnquist, J. K. 1991, "Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 years olds in Finland", *Archives of General Psychiatry*, vol. 48, pp. 834-839.

Mortensen, P. B., Agerbo, E., Erikson, T., Qin, P., & Westergaard-Nielsen, N. 2000, "Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark", *Lancet*, vol. 355, no. 9197, pp. 9-12.

Nielsen, B. 1994, *Prædiktorer for gentagen suicidal adfærd. Et klinisk epidemiologisk studie.*, Odense Universitet.

Nordentoft, M., Breum, L., Munck, L. C., Nordestgaard, A. G., Hunding, A., & Bjældager, P. A. L. 1993, "High mortality by natural and unnatural causes: a 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts", *British Medical Journal*, vol. 306, pp. 1637-1641.

Nordentoft, M. & Rubin, P. J. 1993, "Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen: comparison with the general population and a four- year follow-up study of 100 patients", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 88, pp. 278-285.

Ojehagen, A., Regnell, G., & Traskman Bendz, L. 1991, "Deliberate self-poisoning: repeaters and nonrepeaters admitted to an intensive care unit", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 84, pp. 266-271.

Platt, S. & Kreitman, N. 1985, "Parasuicide and unemployment among men in Edinburgh 1968-82.", *Psychological Medicine*, vol. 15, pp. 113-123.

Stenager, E. N. 1996, *Attempted Suicide – Treatment and Outcome* Odense Universitetsforlag, Odense.

Stenager, E. N., Koch-Henriksen, N., & Stenager, E. 1996, "Risk for suicide in multiple sclerosis", *Psychother.Psychosom.*, vol. 65, pp. 86-90.

Stenager, E. N., Madsen, C., Stenager, E., & Boldsen, J. 1998, "Suicide in patients with stroke: epidemiological study", *British Medical Journal*, vol. 316, p. 1206.

Storm, H. H., Christensen, N., & Jensen, O. M. 1992, "Suicides among Danish patients with cancer: 1971 to 1986", *Cancer*, vol. 69, pp. 1507-1512.

Tonnesen, H., Andersen, J. R., Jensen, E., & Juel, K. 1994, "Cancer morbidity in alcohol abusers", *Br.J.Cancer*, vol. 69, no. 2, pp. 327-332.

Wang, A. G., Nielsen, B., Bille-Brahe, U., Hansen, W., & Kolmos, L. 1985, "Attempted suicide in Denmark III. Assessment of repeated suicidal behavior", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 72, pp. 389-394.

Wasserman, D. W. 1985, "The Intensive Care Unit and the Suicide Attempt Patient", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 71, pp. 581-595.

Artiklen stammer fra: Bente Hjorth Madsen, Merete Nordentoft og Lilian Zöllner: "Når selvmordet truer – livet til debat". Munksgaard, 2003.

16: **Selvmondsadfærd** hos unge – faresignaler og forebyggelse

Af Ida Koch

Selvmondsadfærd er i dag et så omfattende symptom, at hverken professionelle (f.eks. læger, psykologer og socialrådgivere) eller privatpersoner kan undgå berøring med problemstillingen. En nyligt gennemført undersøgelse af professionelles viden om og erfaringer med suicidaladfærd blandt unge i København viser således, at de fleste der har med unge at gøre, jævnligt støder på selvmondsproblematikken blandt deres klienter/patienter. 1)

Udbredelsen af selvmondsadfærd blandt unge 15-24-årige under uddannelse fremgår med alvorlig tydelighed af en ny undersøgelse publiceret af Center for Selvmondsforskning. Knap hver tredje unge har overvejet selvmord en enkelt gang/et par gange og knapt 5% kan fortælle, at de har forsøgt selvmord. 2)

Professionelle møder selvmondsproblematikken hos unge, der har forsøgt at tage deres liv, hos unge med alvorlige og til tider tilbagevendende selvmordstanker og overvejelser, hos unge, der er børn af selvmondsdøde og unge, der er kammerater til selvmondsdøde.

Det er derfor væsentligt, at voksne der har berøringsflade til store børn og unge er opmærksomme på tidlige suicidale tegn, bliver i stand til at tale med dem om deres vanskeligheder og tanker og rustes til at handle på baggrund af deres viden. Denne artikel handler om netop dette: at skærpe professionelles opmærksomhed og øge deres handlekraft.

Forebyggelse

I arbejdet med unge (og med mennesker i det hele taget) er det vigtigt at kende til risikofaktorer og indikatorer i forhold til selvmondsadfærd. En række undersøgelser af selvmondsdøde og mennesker med selvmondsadfærd har samstemmende vist en overhyppighed af mennesker med somatisk og psykisk sygdom, alkohol- og andre stofproblemer, arbejdsløshed og social isolation samt tidligere selvmondsforsøg og selvmord blandt nærtstående. Nogle belastninger synes at veje tungere end andre. 3,4)

Der foreligger således en del epidemiologisk viden om den population der tager livet af sig og/eller som forsøger sig: det er mennesker, hvis liv er karakteriseret ved svære psykosociale belastninger og ved, at de befinder sig i samfundets periferi,

marginaliserede og symptombærende. I mange tilfælde har disse mennesker været underlagt kroniske eller meget langvarigt belastende livsomstændigheder, der i kombination med en akut belastning (f.eks. tab af en nærstående, en konflikt i familien, et dårligt eksamensresultat) kan udløse selvmondsadfærd. 5)

Tænker man offensiv, primær forebyggelse er det ondets rod, der skal angribes. En offensiv, primær forebyggende indsats kunne rette sig imod de mekanismer i vores samfund, der udskiller, sorterer brugbare fra overflødige, stempler og opgiver mennesker. Eller den kunne tage sigte på at bremse de mekanismer, der fremmer individualisering og "alles kamp mod alle", og støtte de mekanismer og strukturer, der fremmer sociale fællesskaber og solidarisk samvær, således som det f.eks. foreslås i WHO's selvmondsforebyggende program. 6)

En forebyggende indsats specifikt rettet imod de unge måtte naturligt sætte fokus på skolen og uddannelsesinstitutionerne i al almindelighed og på mulighederne – eller snarere manglen på samme – for at få et arbejde. Dette er blot nogle af de forhold, der presser og trykker unge i dag, og som gør nogle unges ungdomsliv så vanskeligt.

I det konkrete møde med en hjælpøgende er de kendte risikofaktorer ikke til megen hjælp. Det er nyttig basisviden om hvilke belastninger der principielt kan føre til risiko for selvmondsadfærd på gruppeplan. 4) Imidlertid har risikofaktorerne en alt for lav grad af følsomhed eller specificitet og kan ikke anvendes som søgemodel i forhold til at identificere et konkret menneskes trøethed. Faren ved at bestemme en persons trøethed ud fra de såkaldte gruppemarkører er, at mennesker, der falder uden for de generelle karakteristika, kan blive overset. Det kan f.eks. resultere i, at suicidale udtryk fra en velbegavet, køn pige fra 2.g., fra en ubrudt familie med højtuddannede forældre i et velbjerget villakvarter, overses.

Forud for et selvmondsforsøg eller et selvmord ses ofte en lang, måske årelang proces (bl.a. beskrevet af Beskow som "den suicidale proces", 7)) med tilbagevendende selvmordstanker og impulser, måske med konkrete planer og/eller med tidligere selvmondsforsøg. Her er det væsentligt at være opmærksom på, at selvmondsforsøg er en af de stærkeste enkeltprædiktorer/risikofaktorer for efterfølgende selvmonds-

adfærd. 4,8) Dette perspektiv, den processuelle forståelse, peger dels på vigtigheden af, at professionelle opfanger også de spæde tilkendegivelser fra en selvmordstruet. Dels peger det på betydningen af, at de er opmærksomme på muligheden for at gribe ind med tilbud om hjælp, således at den suicidale proces kan brydes.

Kikkertsynet

Bagved selvmordsovervejelser /impulser ligger i langt de fleste tilfælde dybest set et ønske om forandring – ikke et ønske om at dø. Det kan f.eks. være et ønske om:

- at blive set, hørt og forstået
- at en konflikt ophører eller opløses
- at et dilemma eller et valg bliver truffet
- at en stor smerte mister sin styrke eller forsvinder
- at komme ud af en umulighed, bort fra handlingslammelsen.

Når ønsket om forandring ikke opfyldes – og den unge ikke kan se sig selv eller andre som muligt agerende i forhold til forandringen – kan hjælpeløsheden eller vreden indtræffe.

Ønsket om at blive befriet for handlingslammelsen i denne pinefulde situation er ofte knyttet til vanskelighederne med at orientere eller udtrykke vreden, og dette kan danne grundlaget for selvmordstanker. Vreden/ skylden rettes så i sin handling/orientering imod den unge selv.

Unge der er plaget af selvmordstanker er almindeligvis bange, ulykkelige og skyldbetyngede. De får ofte et "kikkertsyn", et indsnævret synsfelt, hvor verden gestalter sig på en helt særlig måde – en „sort“ måde. I dette indsnævrede synsfelt er kun smerten, problemet (ofte det akutte, det udløsende) eller den uløselige konflikt.

De tror ofte, – som en del af "kikkertsynet" – at deres handlingslammelse også gælder alle andre mennesker: "Der er ingen, der kan hjælpe mig", og de tror, at de handlestrategier, de måske selv har prøvet – og som ikke virkede – er de eneste mulige: "Der er intet, der duer – jeg har prøvet det hele".

De kan tillige være bærere af den opfattelse, at den ulidelige tilstand de befinder sig i – er ligeså ulidelig for andre. Måske har de tidligere forsøgt at formidle deres fortvivlelse til andre uden at være blevet taget alvorligt, eller det har medført stor fortvivlelse eller vrede hos den betroede anden. Dette kan for den selvmordstruede unge blive til: "Der er ingen, jeg kan tale med, ingen kan bære at høre, det jeg føler".

De tror ofte at NU er ALTID: "Jeg har det så forfærdeligt nu, og det går aldrig over." Eller "Hvis livet – det jeg føler nu – er sådan, så vil jeg ikke leve det". Og måske har de lært, fra

nærtstående, at selvmordet er en brugbar og også acceptabel handling, når magtesløsheden over for livskriser er stærk eller når andre skal råbes op.

Dertil kommer – som en del af "kikkertsynet" – at de unge, måske netop på grund af mangel på livserfaring, endnu ikke har en erkendelse af, at konflikter, problemer m.v. forandrer sig og forandrer betydning. Poul Borum siger det således: "De unge ved ikke endnu, at der bestandigt gennem livet kommer nye foreløbige problemer, som har foreløbige løsninger, som igen skaber nye foreløbige problemer osv. osv. Og sådan lever man videre – og det er det man skal" 9).

Når vi møder unge, der fremtræder med ovenstående forståelse: Intet kan ændre kaos og fortvivlelsen, alt synes at være prøvet, men forgæves, ingen eller intet kan hjælpe mig og NU er ALTID – så er de ofte i en meget truet situation, og selvmordet eller forsøget (exit-løsningen) som den sidste/eneste handlemåde der kan få dem ud af lammelsen – rykker nærmere.

Karakteristisk for en del selvmordstruede er en social tilbagetrækning. Nogle unge i denne tilstand undviger omgang med pårørende og venner og melder sig ud af sociale sammenhænge, hvor de tidligere har deltaget. Man kan få fornemmelsen af, at de takker af, afslutter, "lukker døre". Hos voksne og ældre kan et mere manifest udtryk for sådanne afskedsbetonede handlinger være at skrive testamente.

Den sociale tilbagetrækning kan umiddelbart vise sig som tiltagende passivitet og udtrykkes ikke nødvendigvis sprogligt. Det er hjælperens opgave at stykke billedet sammen, konfrontere den unge med indtrykket og spørge til vedkommendes egen forståelse af adfærden.

Den suicidale kommunikation

En del undersøgelser har vist, at mange unge kort inden et selvmord eller selvmordsforsøg har været i kontakt med hjælpeapparatet, ofte uden, at antydninger er blevet forstået eller uden, at hørte ytringer har udløst intervention. 10,12).

Som tidligere nævnt kan selvmordsovervejelser, (som er andet og mere end eksistentielle tanker om livet/ døden) være de første skridt ind i et egentligt suicidalt forløb, der kan fortsætte med et eller flere selvmordsforsøg og/eller med selvmord.

At tale om sine selvmordsovervejelser, -fantasier, -impulser eller eventuelle tidligere, "hemmelige" og måske ubehjælpelige forsøg, er imidlertid meget vanskeligt for den unge. Emnet er, som en del andre i vor kulturkreds, tabuiseret.

Oftentimes udtrykker de unge derfor selvmordsovervejelserne som hentydninger – prøvende og forsigtigt, f.eks.:

“Jeg vil bare væk fra det hele”

“Jeg gider ikke mere – jeg kan ikke klare det”

“Jeg er bange for mine dumme tanker”

“Jeg er bange for mig selv”

Afhængigt af den professionelle kendskab til den konkrete unges livssituation, ressourcer m.v. vil sådanne udsagn måske vække en mistanke om selvmordstruethed.

Det er afgørende, hvorledes den professionelle forholder sig til en mistanke, der er vagt. Professionelle kan selvsagt ikke slutte noget alene fra ovenstående sætningseksempler. Mistanke må føre til en undersøgelse, ikke til gætterier. At spørge en kollega til råds vil sjældent føre til afklaring.

At ville væk fra det hele kan jo betyde mange ting, f.eks.: At ville ud af skolen, at ville væk fra sine forældre – og – det kan betyde: At ikke ville leve mere.

I dialogen med en patient/klient er det væsentligt, at den professionelle tilkendegiver, hvilke overvejelser hun har, hvad hun tænker om det, hun hører, og spørger til det, hun ikke forstår eller er i tvivl om. Dette gælder ikke alene tanker angående selvmord, men også andre mistanker den professionelle kan få. Hun må bede den unge forklare, hvad denne mener med f.eks. ‘at ville væk’ eller at have ‘dumme tanker’, eller hun kan spørge mere direkte om klienten tænker på at tage livet af sig eller på at skade sig selv. Den eneste, der kan forklare og besvare disse spørgsmål, er klienten selv.

Det unævnelige

De fleste selvmordstruede deler, mere eller mindre direkte, deres selvmordsovervejelser med andre. Bl.a. en stor finsk undersøgelse viser, at omkring 2/3 af de 13-19-årige inden selvmordet havde talt med især med kammerater om deres selvmordstanker (8,10)

Hvorfor udtrykkes selvmordstanker ofte ikke umiddelbart eller direkte? Hvorfor er de unge utydelige? Og hvorfor høres det udtrykte budskab nogle gange ikke?

Der er mange årsager til, at de unge er forblommede, forbeholdne eller forsigtige: De unge er som alle andre ramt af den kulturelle tabuisering: ‘Man tager ikke sit eget liv, det kan man ikke være bekendt over for andre. Man kan knapt nok tillade sig at tænke på det, og slet ikke hvis man er ung og har hele sit liv foran sig.’ Denne tabuisering, er medvirkende til at gøre det meget vanskeligt for unge – og for alle andre – at søge hjælp, når det er kommet så vidt.

Bag de unges forblommedhed kan også ligge en frygt. En frygt for den professionelle fordømmelse og afstandtagen eller en frygt for, at selvmordstanker fører til indlæggelse eventuelt ved brug af tvang.

Forblommedheden kan også være begrundet i et hensyn til den professionelle. At tale om, at ville forlade denne verden, er at gøre andre ondt, gøre dem bange og eventuelt give dem skyldfølelse. At ville vrage livet, er at vrage den tilbudte hjælp. De unge kan have en mening om, at andre ikke kan rumme at høre om smerten og derfor ikke er i stand til at tale om den. Måske har de erfaringer, der har forvissnet dem om, at det er sådan.

Tilbageholdenheden kan endelig skyldes tidligere dårlige erfaringer. Måske har den unge oplevet, at betroelser er blevet mødt med mistænkeliggørelse: “Hvad er du nu ude på....?” eller de er mødt med bagatellisering: “Du er forkælet og altid utilfreds og utaknemmelig!” eller “Nu må du tage dig sammen”.

Måske har de erfaret, at deres betroelser har ført til overkontrol, restriktioner eller massiv tavshed, f.eks.: “Det vil jeg aldrig mere høre dig sige!” eller at betroede andre har trukket sig væk fra dem og har efterladt dem alene med tankerne.

Den professionelle tilbageholdenhed med hensyn til at spørge ved mistanke om selvmordstanker m.v. kan grunde i det samme kulturelle tabu som den unge er underlagt: ‘Kan man tillade sig at spørge om sådan noget?’ (En form for kulturel blufærdighed.) Tilbageholdenheden kan endvidere skyldes den professionelle faglige beredskab, mangel på eller forkert viden. Dette kan f.eks. gælde fejlforestillinger som: At selvmordsproblematikken ikke er relevant i forhold til unge, at unge fra gode sociale miljøer ikke kan være selvmordstruede, at selvmordstanker blot er udtryk for pubertetsproblemer og banal ‘weltschmerz’, at der nok bare er tale om et råb om hjælp (som om det ikke er alvorligt nok) eller, at mennesker der taler/hentyder til selvmord ikke er i risiko (hvilket, som nævnt, er en meget alvorlig misforståelse).

Et usikkert fagligt beredskab kan også føre til tilbageholdenhed, hvis pågældende professionelle f.eks. ikke mener, at hun er kompetent til at tale med et menneske om slige emner: “Véd jeg, hvad jeg skal gøre? Eller kan det skade?”

Oftentimes hører jeg kolleger og andre udtrykke en bekymring, der angår muligheden for at “give den unge gode ideer”, dersom selvmord bringes på banen. Kan et spørgsmål herom øge suicidalrisikoen? Og hvad hvis den professionelle tager helt fejl, bliver klienten så fornærmet og mister tilliden?

Det personlige beredskab for at have med døden og dermed selvmordet at gøre, kan spille en afgørende rolle. Føler den professionelle selv, at hun kan klare det, hvis den unge faktisk går med selvmordsovervejelser? Det er smertefuldt at blive konfronteret med et ungt menneske der har det så svært: 'Kan jeg rumme budskabet?'

Hvis den professionelle ikke kan klare budskaberne og de heraf afledte følelser, fører det ofte til trøstestrategier og bagatelliseringer: "Det går nok, nu skal du ikke være så ked af det". Impulsen er forståelig: Det er behageligere for den professionelle, at se klienten gå trøstet og smilende ud af konsultationen. Men selvmordstanker kan ikke trøstes eller tales væk – de går så blot 'under jorden'.

Måske blokerer den professionelle egne erfaringer omkring selvmord for en dialog. Er problemstillingen aktuelt meget nærværende for hende, f.eks. fordi hun selv har været plaget af selvmordstanker eller har mistet nærtstående ved selvmord, kan det være meget besværligt, måske angstprovokerende, at være åben og lyttende. Hele problematikken kan udløse en defensiv holdning og føre til undvigemanøvrer.

Endelig er jeg ikke i tvivl om, at den professionelle tid og kendskab til handlemuligheder spiller en væsentlig rolle. At tage hul på de store, svære problemer og reaktioner kræver tid. Måske er venteværelset fuldt efter en lang og stresset dag. Endvidere er en del professionelle af den opfattelse, at det er problematisk at spørge til selvmordsadfærd, dersom de ikke har eller kender til relevante institutioner, der kan henvises til. Mangel på tid, ukendskab til, og i øvrigt manglen på relevante steder for selvmordstruede unge kan føre til, at den professionelle kommunikerer lukkede frem for åbnende.

Den profylaktiske samtale

Det er vigtigt, at den professionelle ruster sig fagligt og personligt, således at det bliver muligt at komme klienten/patienten i møde – engageret og forpligtet. Hvorvidt en ung tilkendegiver selvmordstanker afhænger i høj grad af den professionelle imødekommenhed, lydhørhed og parathed, ikke mindst ved de indledende møder, som jeg derfor i hovedsagen skal koncentrere mig om her.

Som nævnt tidligere er det den professionelle opgave med faglighed og medmenneskelighed at bryde det destruktive kikkertsyn og den negative gestaltning.

Kikkertsynet indebærer en række 'budskaber'. Den professionelle skal i tale og handlen give 'kontrabudskaber'. Selvmordstanker og tilgrundliggende problemer skal ikke trøstes væk. Den professionelle skal vise, at hun kan tåle budskabet,

at hun kan tale om selvmordstanker og dermed løfte tabuet. Uagtet den unges intention (om vedkommende vil dø eller opnå noget andet) med selvmordsovervejelserne eller et eventuelt selvmordsforsøg, skal overvejelser og forsøg altid tages alvorligt. Og uagtet metoden som er anvendt ved et forsøg, er handlingen udtryk for alvorlige problemer, der nødvendiggør tilbud om hjælp. Man kan ikke slutte fra den unges valg af metode (f.eks. dens grad af determinantheit) til intentionen. 11)

Den professionelle må kunne gå ind på, hvad pågældende unge tænker at opnå med sin død, og så bryde kikkertsynet ved at vise andre veje, end at gøre en ende på det hele. Det kan tage lang tid at finde dem – og den unge skal ikke lede alene. Den professionelle må kunne sætte sig ind i den unges vrede, hvis denne viser sig, og lære den unge, at vrede kan udtrykkes på andre måder end ved det endelige 'farvel'. Og hun må tale med den unge om, hvad denne længes efter, og hjælpe vedkommende til at se, at der er muligheder, der ikke er prøvet.

Det kan være væsentligt at fortælle den unge selvmordstruede, at ingen kan forhindre, at vedkommende begår selvmord. End ikke en indlæggelse kan forhindre handlingen. Det er således vigtigt på den ene side, at være empatisk over for, at livet kan være så svært, at man ikke ønsker det, men på den anden side at fortælle, at selvmord er en ukvalificeret løsning.

Og så, som noget meget væsentligt, må vi påpege, at den unge jo faktisk har søgt hjælp. 'Hvorfor er du kommet her?', mere empatisk: „Det at du henvender dig, tager jeg som udtryk for, at du gerne vil have hjælp“ eller mere konfronterende: "Hvad stopper dig fra at tage dit eget liv?", kan være meget relevante spørgsmål. Den unge ved udmærket godt, at hverken læger, psykologer eller andre professionelle ikke hjælper ham/hende til at dø. Vi er her for det modsatte, for at hjælpe dem til at få det bedre og finde veje. Svaret på sådanne konfronterende spørgsmål er da også almindeligvis: "Fordi jeg allerhelst vil leve. Jeg ved blot ikke hvordan." Der er med andre ord i det mindste en lille bitte del der gerne vil leve. Det er denne lille spire, måske et spinkelt håb, som den professionelle skal samarbejde med. Det er det ønske – uagtet hvor skrøbeligt det end måtte være – som vi, som professionelle må alliere os med. Denne alliance er meget væsentlig.

På denne måde er der mulighed for at bryde den unges 'onde' og farlige logik og at rette blikket udad i vidvinkel frem for gennem et indskrænket kikkertsyn.

Den nødvendige opfølgning

Man kan ikke regne med, at unge der har været indlagt i forbindelse med et selvmordsforsøg har fået tilbud om opfølgende samtaler. En undersøgelse viser, at 1/3 af de unge patienter blev hjemsendt fra forgiftningsafdelingen uden yderligere behandling. 20 % forlod endog afdelingen uden at have talt med en psykiater.⁴⁾ Som nævnt er de i særlig risiko for senere at forsøge selvmord.

Inden samtalen mellem en ung selvmordstruet og en professionel hjælper er slut, er det meget væsentligt, at der træffes en ny aftale, hvis ikke andet iværksættes. Måske kan der indgås en aftale om, at den unge skal kontakte én, dersom livet bliver sværere end tåleligt. Måske skal vedkommende have et telefonnummer med sig i lommen. Det giver tryghed og en følelse af et sikkerhedsnet.

Men i langt de fleste tilfælde skal der igangsættes en mere omfattende intervention. Det kan være en døgnanbringelse (f.eks. en ungdomspension), en indlæggelse eller en henvisning til en speciallæge i psykiatri eller en privatpraktiserende psykolog, afhængigt af de lokale tilbud og behandlingsmuligheder.

Det er vigtigt ikke blot at sende den unge videre. Vejen skal banes, dels fordi den unges energiniveau ofte er lavt, hvorfor de kan have svært ved at gøre deres behov gældende, og dels fordi det kan være vanskeligt at finde vej i den ufremkommelige jungle af hjælpeinstanser. ^{5,12)} Oftest må man følge den unge til stedet, hvor mere hjælp kan hentes, eller i det mindste sørge for, at en aftale er indgået, og at der er en velorienteret person til at tage imod klienten.

Pårørendestøtte

Til det selvmordsforebyggende arbejde henhører også indsatsen i forhold til efterladte pårørende og andre berørte. Det er her væsentligt ikke at tænke snævert på blot de nærmeste pårørende. Opmærksomhed og tilbud om hjælp bør også rettes til f.eks. den unges kammerater, eventuelle kolleger osv. Når tilbud om hjælp skal gives de berørte, skyldes det dels, at det er voldsomt traumatiserende at miste et familiemedlem, en kæreste eller en ven ved selvmord, eller være vidende om en nærtstående selvmordsforsøg. Dels kan der finde en indlæringssted, således at efterladte/berørte lærer selvmordsadfærd som en måde at kommunikere vanskeligheder til omverdenen på, eller de lærer at se selvmordet som en måde at løse problemer på. (Den suicidale transmission kaldes denne indlæringsproces.) Endelig skal det nævnes, at skyldfølelser hos efterladte, rationaliseringer m.v. kan medføre risiko for suicidale reaktioner. Hjælp til berørte/efterladte kan således formindske selvmordsrisikoen. ^{7,13,14)}

Efterord

Undersøgelsen Vælg Livet, ¹⁾ om hjælpeforanstaltninger i forhold til unge selvmordstruede i København foreligger for interesserede i fem rapporter, der kan rekvireres i Københavns Kommune. Undersøgelsen påpeger bl.a., at professionelle har et stort udækket behov for at kende til relevante, lokale hjælpetilbud til unge selvmordstruede, ligesom de anfører et behov for undervisning og supervision med henblik på at styrke opmærksomheden og indsatsen over for denne målgruppe.

Litteratur

- 1) Pedersen, K.E., Koch, I. og Welcher, B.: VÆLG LIVET – forebyggelse af selvmordsadfærd hos unge. Projektbeskrivelse og rapporten: Hovedresultater og perspektiver. Afd. for Social Medicin, Københavns Universitet, 1994.
- 2) Bille-Brahe, U., Jessen, G. og Andersen, K.: Selvmord og selvmordsforsøg blandt børn og unge. Center for Selvmordsforskning, rapport nr.6, Odense, 1995.
- 3) Udvikling i selvmordsdødelighed i Danmark 1955-1991. Middelevetidsudvalget. Rapport nr.13. Sundhedsministeriet 1994.
- 4) Nordentoft, M., Rubin, P. og Welcher, B.: Suicide and suicide attempts among young persons in Copenhagen, Nord. J.Psychiatry, 47/1 1993, p.61-69.
- 5) Shaffer, D. et al.: Adolescent Suicide Attempts – response to suicide – prevention program. JAMA, 1990;3151-3155 og Preventing teenage suicide: A critical review. J Am Acad Child Adolsc Psychiatry, 1988, 27,6: 675-687.
- 6) Wasserman, D.: Kommentarer till Verldhalsoorganisationens program for suicidalprevention. Socialmedicinsk tidskrift I/1991.
- 7) Wasserman, D.: Forskning om den suicidale processen. Socialmedicinsk tidskrift, 8/1990.
- 8) Aro, H., Marttunen, M. and Lonquist, J.: Adolescent suicides in Finland. 3rd. European Symposium. Suicidal behaviour and risk factors, Bologna sept.1990.
- 9) Borum, P.: ALTING – en antiselvmordsbog, Centrum, 1987
- 10) Marttunen, M., Aro, H. and Lonquist, J.: Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13 to 19 years old in Finland. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:834-9.

11) Welcher, B., Nordentoft, M. og Rubin, P.: Admission of self-poisoned patients during one year at the Poisoning-Treatment-Center, Copenhagen. Acta Psychiatrica Scandinavica. 87/suppl.371 (1993) pp.38-44.

12) Bruhn-Thomsen, E.: Længslen efter et andet liv, Social Kritik 4/1989.

13) Fridel, E.J. m.fl.: Samarbete vuxenpsykiatri och barnpsykiatri efter ett självmordsforsok. Socialmedicinsk tidskrift 2-3/1994.

14) Beskow, J. og Cronstrom-Beskow, S.: Krispsykiatri efter självmord. Socialmedicinsk tidskrift 1/1991.

Artiklen stammer fra "Synspunkter på Selvmord – en debatbog", Center for Selvmordsforskning, 1998.

17: Når børn og unge har det svært: **Drop berøringsangsten** – tal med dem

Af Ida Koch

De diskrete problembærere

Når børn og unge har det svært med deres forældre, med deres venner, i skolen eller med sig selv, kan de principielt bære disse problemer på to måder. De kan vise dem hørligt og tydeligt frem ved at være højtråbende, hårdtslående, kriminalitetsaktive eller asociale på andre måder. Eller de kan gå med problemerne mere stilfærdigt, trække sig væk og isolere sig. Nogle ville kalde disse måder henholdsvis udadrettet og indadrettet.

I 60'erne og 70'erne var det tydeligste tegn på, at et barn eller en ung ikke trivedes, at det lavede ballade, kriminalitet, hærgede og generede. Som bekendt har f.eks. børne- og ungdomskriminaliteten nu vist faldende tendenser i mange år. Er dette så et tegn på, at børnene/de unge trives bedre? Nej, det kan man ikke slutte. Vi andre, der er frie for de udadreagerende børn og unge, har det nok bedre, men det er noget andet.

Meget tyder på, at stadigt flere børn og unge i dag bærer deres problemer på den stilfærdige måde. De går stille med dørene, når de synes, at livet er svært, de prøver at skjule det og lade som om, der ikke er noget galt. De prøver at holde masken, og bliver det for svært, er de tilbøjelige til at trække sig væk fra andres åsyn. De udebliver f.eks. en dag fra skolen, dropper nogle dage i klubben eller melder sig syg hos bageren, og kommer så tilbage, når de igen synes, at de kan leve op til forventninger og standarder. Vi kalder derfor de unges måde at bære deres vanskeligheder på for diskret. (Ida Koch og Torben Bechmann Jensen: Anonym rådgivning af børn og unge. Socialministeriets forlag, SIKON, 1999).

Denne måde at være diskret eller blufærdig omkring det svære, også det helt almindeligt svære, ser vi som en bred tendens blandt tidens børn og unge, og altså ikke kun blandt de, der for alvor har det svært. Men det ligger i forlængelse af denne forståelse, at det barn eller den unge, der har flere og tungere problemer end de fleste, i udtalt omfang trækker sig væk, med risiko for ensomhed, isolation eller udstødning. Det kan f.eks. resultere i lange perioder, hvor de ikke kommer i skolen, i klubben eller andre steder, hvor der er mennesker. På sigt kan denne trækken-sig-væk tendens resultere i alvorlige sociale handicaps og betydelig ensomhed og lidelse.

Som eksempler på alvorlige udtryk for de indadrettede lidelser er psykiske lidelser, såsom depressioner og spiseforstyrrelser

og udtalt isolation og selvmordsadfærd. På alle disse områder er der sket en talmæssige alvorlig stigning de seneste 15 år.

En følge af præstationssamfundet

Hvorfor ser det sådan ud? Hvorfor går de unge mere stille med dørene både når de har det almindeligt svært, og når de har det ualmindeligt vanskeligt? Her er et – af sikkert flere – bud på en forklaring.

Der stilles meget store forventninger til store børn og unge i dag – ikke mindst i uddannelsessammenhænge. Der skal præsteres på det fagligt/boglige område. De skal klare sig godt, hvis de skal have en chance i fremtiden og kunne vælge nogenlunde frit. Store børn og unge er vældig opmærksomme på forventningspresset, og at de til stadighed bliver målt og vejlet. Og mange er bekymrede for, om de er gode nok og kan leve op til kravene. De er meget opmærksomme på egne præstationer og mangel på samme, og en del er egentlig præstationsængstelige og fremtidsbekymrede: Er jeg god nok? Kan jeg klare mig?

Men i tillæg til, at de skal klare sig intellektuelt godt, stilles der også store sociale krav til dem. Store børn og unge skal gerne kunne føre sig frem, have meninger, forholde sig selektivt og reflektivt til det, de hører og udsættes for. De stilles ustandseligt over for valg og situationer, som de skal tage stilling til. De skal være omstillingsparate og have mod, turde gå i krig med alskens opgaver og endelig skal de gerne kunne bevæge sig rundt i mellem mange forskellige sociale arenaer, hvor de på den ene side skal kunne tilpasse og begå sig, og samtidigt bevare følelsen af at "være sig selv". Det er noget af en opgave.

Så der skal præsteres hele vejen rundt. Samtidigt siges det igen og igen til børn og unge, at de "er centrum for deres egen udviklings- og læreproces", at de skal skabe sig selv, som man siger i dag. Det dufter jo herligt af demokrati og selvbestemmelse, og der er da næppe heller nogen tvivl om, at det giver frirum og plads til de stærke og de ressourcerige børn og unge. De kan boltre sig mellem de mange muligheder, vælge og tilrettelægge. Men for de børn og unge, der er lidt usikre, ængstelige eller i tvivl om, hvad de vil, om deres egne ressourcer og kvaliteter og som måske til og med ikke har gode voksne at støtte sig til, kan ansvaret føles som en meget stor byrde. Man kan sige det samme på en lidt anden måde: Sådanne som mulighedsbetingelserne lægges frem for børn og unge i

dag, indebærer det en risiko for en polarisering. Det indebærer chancer, og styrker de stærkes position, medens det indebærer risici og gør livet vanskeligere for de mere sårbare.

Fremtiden eller den unges egen skabelsesproces er blevet et individualiseret anliggende. Hver enkelt har selv ansvaret for processen og skal selv finde frem til mål og måder. Dette individualiserede ansvar for succes og fremgang rummer naturligvis så også dets bagside: et ansvar for processen, når denne mislykkes. Og det er da også sådan, den enkelte opfatter det: Det er min skyld, her havde jeg jo alle muligheder, men jeg brændte dem. Det er min skyld – mig, der ikke var god nok. Jeg duer ikke – og det er flovt.

De unge har i høj grad indoptaget "Den Amerikanske Drøm", serveret i bl.a. film, medier og uddannelsesinstitutioner: Du kan, hvad du vil – Du er din egen lykkes smed. Drømmen er et åg, når sociale, økonomiske og etniske forhold i virkelighedens verden så sandelig fortsat sorterer fårene fra bukkene. Dette er blot i dag langt mere tilsløret, end det var for blot 30 år siden. (Knud Illeris m.fl.: Ungdom, identitet og uddannelse, RUC, 2002)

I dette lys er det ikke mærkeligt, at børn og unge skjuler sig og trækker sig væk, når de har det svært, når de føler sig utjekkede og enten ikke kan hænge på det boglige eller det sociale præstationsræs. De lader som om, det hele går eller unddrager sig opmærksomhed, når de ikke kan holde den cool maske.

Hvordan har du det – samtalen

Diskretionen gør det selvsagt sværere for lærere og andre voksne omkring store børn og unge at opfange signaler på mistrivsel eller opgivenhed. Og det gør det bydende nødvendigt, at de voksne, der har ansvaret for børn og unge, ikke bare går efter lyden af de støjende, men går efter det lidet hørlige, det tilsyneladende veltilpassede og at de lægger mærke til den for stilfærdige eller triste.

Jeg bliver ofte spurgt om, hvordan man taler med teenagere. Jeg undrer mig hver gang over dette spørgsmål, og når jeg nærmer mig emnet, oplever jeg gang på gang en betydelig berøringsangst hos voksne. Hvad gør man f.eks. som lærer, hvis man faktisk opdager eller fornemmer, at et barn eller en ung ikke har det så godt?

Mit helt umiddelbare svar er: Tro på din egen iagttagelse, del denne med pågældende og spørg, om du har set rigtigt. Det du dermed fortæller barnet eller den unge er: Jeg har lagt mærke til dig, jeg bekymrer mig for dig, og jeg vil gerne vide, hvordan du har det. Hvis du har det skidt, vil jeg gerne hjælpe dig, hvis du vil have det.

Jeg får så ofte følgende reaktion: Jamen, hvad nu hvis der ikke er noget galt? Svar: Det gør ikke spor. Det er da bare godt, så tog du fejl, og kan sove trygt. Men du har vist din interesse, og det kan betyde, at barnet/den unge måske en anden gang opsøger dig og beder om hjælp.

Eller: Hvad nu hvis barnet/den unge synes, jeg blander mig eller bliver sur? Svar: Det tror jeg ikke på, han eller hun synes eller bliver, hvis du henvender dig på en ordentlig og omsorgsfuld måde, og er villig til at trække dig baglæns, hvis vedkommende ikke vil snakke med dig. Hvis du derimod insisterer på, at du ved, eller at du har ret i dine iagttagelser, på trods af at barnet/den unge siger noget andet, ja så fortjener du sådan set også, at vedkommende bliver sur.

Eller: Hvad nu hvis du har ret i dine iagttagelser? At Bettina, har det rigtig, rigtig dårligt. Måske så dårligt, at hun begynder at græde eller måske til og med fortæller, at mor og far er oppe at slås hver lørdag. Eller at Bettina synes, at livet er så forfærdeligt, at hun ikke længere vil leve det. Hvad skal du så gøre? Svar: Hvis Bettina begynder at græde, når du spørger hende, hvordan hun egentlig har det, er det dels nok fordi hun er ked af det, trænger til at nogen tager sig af hende eller blot græder, fordi nogen endelig har fået øje på hende. Det er et godt udgangspunkt for en betydningsmættet samtale. Hvis du så får betroelser om f.eks. forhold i hjemmet eller alvorlige oplysninger om pigens tilstand, så skal du vide, hvad du skal gøre. F.eks. hvordan du bedst kan hjælpe Bettina videre til den fornødne hjælp, eller hvem du kan spørge om det samme. I nogle tilfælde er det forældrene, der skal inddrages, i andre tilfælde er det de sociale myndigheder, der skal underrettes, i andre tilfælde er det måske en psykolog fra PPR. I mindre alvorlige tilfælde kan det være tilstrækkelig, at du taler med Bettina nogle gange, og så er problemerne løst.

Men for at lærere og andre der har med børn og unge at gøre, således skal turde at 'gå til' børn eller unge, som synes at have det skidt, er det vigtigt, at de bibringes viden om, hvad der er at gøre godt med i det lokalområde, hvor de arbejder og lever. At de ved, hvad der findes af hjælpetilbud i kommunen, på institutionen osv. At de kender til visitationsprocedurerne. At de er orienteret om, hvad der findes af såvel gratis som betalingspligtige tilbud. Alle lærere på f.eks. en skole behøver ikke vide det, men alle skal vide, hvem de kan spørge. Det andet væsentlige er, at hver enkelt institution, f.eks. en skole eller en klub har en form for beredskabsplan i krisetilfælde. At personalet har en fælles holdnings- og handlingsplan over for børn og unge, der f.eks. mister en forældre, rammes af alvorlig sygdom, forsøger at tage livet af sig, osv. Hvis der findes en sådan plan, som alle kender til, kan man undgå uhensigtsmæssige reaktioner såsom forsinkelser eller svigt over for den eller de nødstedte. Og personalet undgår selv at blive ramt af panik.

Børn og unge er bare mennesker

Nogle voksne, og det gælder både professionelle (såsom lærere og læger) og civile voksne (såsom forældre og naboer), er af den opfattelse, at man skal tale på helt særlige måder med børn og unge. Når jeg spørger, hvorfor de tænker sådan, får jeg ofte beskrivelser af især unge, som nogle særlig mærkelige eller sårbare mennesker – så særlige, så de næsten bliver artsfremmede. Nogle beskriver unge som uforståelige. De forstår ikke deres sprog og udtryk, deres handlemåde eller kultur, siger de. Når jeg så spørger, om de synes, de forstår andre voksne, så er svaret ofte, at det er lettere at forstå jævnaldrende. Så tænker jeg: Her er der nogle generaliseringer, der er på spil. Alle børn og unge gøres ens og uforståelige af voksne, medens alle jævnaldrende gøres ens og forståelige.

Men begge dele er da helt forkert. Børn og unge mennesker er forskellige fra hinanden, ligesom voksne er det. Og mest af alt ligner vi hinanden. Vi kan alle tænke, forklare og udtrykke os, og vi har i bund og grund de samme følelser. Og hvis et andet menneske fortæller eller udtrykker noget for os, som vi ikke kan forstå, så må vi jo spørge: "Jeg forstår ikke helt, det du siger. Vil du ikke prøve at sige det på en anden måde eller forklare det for mig?" Det kan man sige til voksne, til unge og til børn. Hermed signalerer man: Vores samtale er vigtig. Jeg vil gerne forstå, hvad du siger, det er vigtigt og grundlaget for en god samtale. Jeg vil gerne have en dialog med dig, hvor vi forstår hinanden". Store børn og unge kan almindeligvis glimrende give udtryk for, hvad de tænker, hvad de føler, hvad der er sket, hvad de er bange for, osv. Og de kan forklare sig – også de tænker i årsagssammenhænge. Disse kan være pseudoforklaringer, præcist ligesom voksnes forklaringer kan være det, men alt i alt er det min erfaring, at børn og unge sjældnere kommer med søforklaringer og indpakninger end voksne. De taler faktisk ofte meget lige ud af posen, hvis de får muligheden for det.

Mere end nogensinde, ikke mindst grundet mange unges diskrete måde at have det svært på, er "hvordan har du det egentlig-samtalen" væsentlig. Den hvor den voksne byder op til en samtale om trivsel og ikke bare om formåen eller kunnen. Hvordan har du det sådan i det hele taget? Med kammerater, i skolen, derhjemme, med dig selv?

Den gode samtale

Når vi taler med andre mennesker, og det gælder således også med børn og unge, er det vigtigt, at vi iagttager de samme etiske spilleregler, som vi i øvrigt sætter højt i fortrolige samtaler med mennesker i det hele taget. Og her vil jeg da gentage, at børn og unge har de samme følelser som voksne, at de gerne vil behandles respektfuldt og omsorgsfuldt. Jeg synes også, det er vigtigt at huske på, at børn og unge almindeligvis har ligeså mange intellektuelle ressourcer som voksne.

Det betyder, at der ikke er ret meget, de ikke kan forstå. Så vi kan med andre ord roligt behandle børn og unge i øjenhøjde – altså ligeværdigt, som medmennesker, der kan forstå, tænke og føle.

Den store forskel i en samtale mellem børn/unge og voksne er principielt, at voksne ofte, men ikke altid, ved en del mere, og oftest, men ikke altid, har mere erfaring. Desuden har voksne nogle forpligtelser over for børn og unge, der ikke gælder den anden vej.

Den bedste målestok for, hvordan vi skal samtale med og i det hele taget opføre os over for børn og unge er at tænke på, hvordan vi gerne selv vil behandles og mødes. De fleste af os vil vel gerne tages alvorligt. Vi vil gerne mødes af et menneske, der tror på det, vi siger. De færreste af os kan lide, at fortrolige og sårbare betroelser plapres videre til tredje person. De fleste vil vel også gerne høre den andens oprigtige mening og tanker om det, der bliver talt om – altså have såvel et medspil som et ærligt modspil. Og så er det dejligt at møde medmenneskelighed, omsorg, indlevelse og forståelse. Nogen gange vil vi gerne have et råd eller lidt information, især hvis vi ikke påtvinges at bruge rådet eller informationen på bestemte måder. Og så foretrækker de fleste af os at blive talt med og ikke til – endsige 'ned' til eller 'om'.

Sådan nogenlunde, tror jeg, de fleste af os voksne har det, og sådan har børn og unge det også.

Den gode samtale, uanset aldersforskelle, er for mig at se en samtale, hvor begge parter er kommet til orde, føler sig forstået, lyttet til og behandlet respektfuldt og kærligt. Den gode dialog er den, hvor begge parter er blevet klogere på den anden og på det parterne snakker om. Den gode dialog kan resultere i ny forståelse, nyt mod, en god plan og en fornemmelse af, hvordan man kan komme videre i livet eller med hinanden. (se også I. Koch: Fortrolighed mellem børn og voksne i Gyldendals bog om skolebørn, redaktion: F. Andersen og C-J. Bindselev, 1992 og I. Koch.: Når ungerne bli'r unge – et remix, Gyldendal, 2000).

Artiklen stammer fra antologien "Hvor svært skal det være?". Anne Marie Nyborg og Annette Vilhelmsen (red.). Ungdomspædagogisk Forsknings- og Udviklingscenter, CVU Fyn, 2003.

18: Litteratur og websites

Udvalgt litteratur

Anneberg, I.: Sorgen ved selvmord. Høst & Søn, 2002.

Bille-Brahe, U.: Selvmord – blandt børn? Center for Selvmordsforskning, 1997.

Branner, J.: Selvmord. Portræt af et samfundsproblem. Gyldendal, 1993. (Kan anvendes til undervisning af unge).

Fleischer, E.: Den talende tavshed. Selvmord og selvmordsforsøg som talehandling. Odense Universitetsforlag, 2000.

Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Sundhedsstyrelsen, august, 1998. (se under Udgivelser på www.sst.dk)

Hawton, K. og Van Heeringen, K.: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, 1st edition. John Wiley & Sons, LTD, Chichester, 2000.

Madsen, B. H., Nordentoft, M. og Zøllner, L.: Når selvmordet truer. Munksgaard, 2003.

Nordentoft, M.: Selvmord og selvmordsforsøg, i Klinisk psykiatri, 2. udgave, R. Hemmingsen et al., red. Munksgaard, 2000.

Nyborg, A.M. og Vilhelmsen, A (red.): Hvor svært skal det være? Ungdomspædagogisk Forsknings- og Udviklingscenter, CVU Fyn, 2003.

Oudshoorn, K. og Fleischer, E.: Ældre og selvmord i Vejle Amt. Vejle Amt, 2002.

Retterstøl, N., Ekeberg, Ø. og Mehlum, L.: Selvmord – et personlig og samfunnmessig problem. Gyldendal, Oslo, 2002.

Schiødt H. (red.): Synspunkter på selvmord – en debatbog. Center for Selvmordsforskning, 1998. (Bogen kan bestilles på 66 13 88 11 eller via www.selvmordsforskning.dk).

Selvmord (tema i Vera – tidsskrift for pædagoger, nr. 23, maj 2003).

Færre selvmordsforsøg og selvmord. Perspektiver for indsatsen. Sundhedsministeriet/Socialministeriet, 1999.

Vurdering og visitation af selvmordstruede. Vejledning for sundhedspersonale. Sundhedsstyrelsen, 2004.

Sørensen, B.: Fra tabu til myte. Faktaserien nr. 3. Center for Selvmordsforskning, 2002.

Vadgaard, K.: Håndbog til støtte i arbejdet med selvmordstruede unge. Århus Kommune. 1997.

Varming, O.: Ældre menneskers selvmord. Faktaserien nr. 4. Center for Selvmordsforskning, 2002.

Zøllner, L.: Definitioner på selvmord og selvmordsforsøg. Faktaserien nr. 1. Center for Selvmordsforskning, 2002.

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

Zøllner, L.: Unges selvmordsforsøg og Selvmordstanker. Faktaserien nr. 2. Center for Selvmordsforskning, 2002.

Websites om selvmordsproblematikken

Danske websites

www.selvmordsforskning.dk
Center for Selvmordsforskning

www.sst.dk
Sundhedsstyrelsen

www.boerneraadet.dk
Børnerådet

www.bvdk.dk
Børns Vilkår

www.cancer.dk
Kræftens Bekæmpelses hjemmeside, børn/unge, sorg/krise

www.depressionsforeningen.dk
Depressionspatienter, pårørende og fagfolk

www.efterladte.dk

Landsforeningen for efterladte efter selvmord

www.livslinien.dk

Hjælp til selvmordstruede, pårørende, efterladte, fakta

www.ms.dk/minoritet/ungeraadgivning/listen.htm

Liste over rådgivning for etniske minoriteter.

www.psykiatrifonden.dk

Fakta om psykiske sygdomme, depression, publikationer

www.spiseforstyrelser.dk

Landsforeningen mod Spiseforstyrelser

www.sundhed.dk

Sundhedsportal med megen relevant info

www.tabu.dk

Information om psykiske lidelser – til børn og unge

www.ventilen.dk

Ung-til-ung projekt for ensomme unge (København, Odense, Aalborg, Roskilde, Nykøbing F. Esbjerg, Herning)

www.who.dk

Verdenssundhedsorganisationen WHO.

Udenlandske websites

www.selvmord.info

Norges nationale center (se fx deres litteraturliste)

www.ki.se/suicid

Sveriges nationale center

www.stakes.fi

Den finske sundhedsstyrelse, herunder selvmordsforebyggelse.

www.aeschiconference.unibe.ch

Her findes bl.a. retningslinier for behandlere

www5.who.int/mental_health/main.cfm?p=0000000021

SUPRE, WHO Suicide Prevention,

www.suicideassessment.com

TISA (Training Institute for Suicide Assessment & Clinical Interviewing)