



# 600 SELVMORD OM ÅRET I DANMARK, ER 600 FOR MANGE

Udvikling af en social intervention, der kan forbedre vilkårene og muligheden for et bedre liv for selvmordstruede, pårørende og efterladte



Cecilie Stenvang Thomsen, Cand.soc. i Sociale Interventionsstudier  
& Lisa Kasten Larsen, Cand.soc. i Sociale Interventionsstudier

Roskilde Universitet, 2019

Vejledt af Silas Fehmerling Harrebye, Lektor, Institut for Samfundsvidenskab og  
Erhverv, RUC

Anslag: 230.933



## Forord

*Hensigten med specialet er at formidle viden som fundament for, at selvmordstruede, pårørende og efterladtes vilkår og mulighed for et bedre liv forbedres. Specialet henvender sig således måske først og fremmest til dem, der har, har haft eller kommer til at have problemet tæt inde på livet, enten personligt eller i deres familie samt nærmeste omgangskreds. Derudover henvender specialet sig til dem, der konfronteres med problemet i deres daglige arbejde, det være sig som læge, sygeplejerske, socialrådgiver og lign. eller til dem, der kan og vil gøre en forskel i det forebyggende arbejde af selvmord, selvmordsforsøg, selvmordstanker og -adfærd - og selvfølgelig til vores forskerkolleger. Målgruppen er derfor alle, der enten i deres uddannelsesforløb eller i forbindelse med deres arbejde kommer i kontakt med selvmordstruede, efterladte og pårørende. Men det henvender sig ligeledes til alle, der blot interesserer sig for deres medmennesker og i det samfund, vi lever i. Det er vores ambition at formidle forskningsbaseret viden samt beskrive problemet på en sådan måde, at alle med interesse for emnet kan få gavn af læsningen. Vi håber, at det, der allerede er sagt, kan siges bedre, kan integreres og implementeres og gøres klarere med hjælp fra selvmordstruede, pårørende og efterladte.*

(Cecilie Stenvang Thomsen & Lisa Kasten Larsen)

## Abstract

This dissertation studies the global phenomenon, suicide. Just about 800.000 people die due to suicide every single year. That is one person every 40 seconds. In this dissertation we're focusing on suicide in a Danish context.

In Denmark, just about 2 people die due to suicide daily - around 600 people kill themselves every year. Since 2007 the Danish suicide rate has been in a state of little or no change following the period, 1980 – 2007, which was a period of positive activity as the suicide rate gradually decreased. From 2007 till this day, the suicide rate has been just around 600 suicides every year. Stability is obviously not a bad thing and the suicide rate is quite low compared to just 20 years ago. But why isn't it declining further? In Denmark there's a systematic effort in suicide prevention which makes us wonder why 600 people still kill themselves every year in Denmark. And why do 10 times that amount attempt suicide?

For every suicide or suicide attempt there just about 6 people directly affected by the action. These people are in fact in an increased risk of developing mental illnesses, but they are quite overlooked since suicide studies primarily focuses on the suicidal person. This leaves a gap in the field. In this dissertation our focus is equally distributed between three target groups: the suicidal person, next of kin and the people left behind. We're interested in developing a social intervention which can improve the living conditions of these target groups and increase the possibility of a higher quality life. In this dissertation we've interviewed 2 people from each target group leaving us with 6 interviews in total.

We investigate abovementioned with psychological, sociological and pedagogical theories. The reason behind this decision is that our education, Social Interventionstudies, is developed with inspiration from the exact same scientific fields. Interdisciplinarity is therefor a keyword in describing our positioning. We position ourselves in the cross-section of beforementioned scientific disciplines thus having an interdisciplinary perspective on the empirical data. This leaves us with following keywords: mental illness, hopelessness, discouragement, self-hate, suicide as a cause of traumatic events and problematic social conditions.

The method used to collect empirical data is the qualitative, semi structured interview. The reason for this is that it allows us to follow up on thematics as the interview progress and thus is a more flexible method. The purpose is not to generalize but to draw more general tendencies. Our focus is therefor on the informant's unique life story. We've tried to ensure the dissertations validity by a close reading of relevant and current studies and background material. In addition, we ensure the validity through the wide range of theoretical material and our unique perspective on the issue. Finally, we ensure it by the empirical data we've gathered.

The analysis is split in to 6 partial analysis'. We analyze each interview separately to honor our informants' unique perspectives on the matter. We apply the theoretical perspectives in the analysis' in order to

understand and explain the stories our informants tell, focusing on their wishes if we were to develop a new social intervention which can act as a supplement to the existing suicide prevention in Denmark.

The conclusion suggests that there must be more focus on the people closest to the suicidal person because they get affected tremendously by the suicide or suicide attempt. Furthermore, it can be an advantage if suicide prevention is based on interdisciplinarity whilst it captures the phenomenon's complexity better. Additionally, the conclusion suggests that there are general tendencies in the wishes the informants have which possibly points to rudimentary human conditions. Lastly, we can conclude that there must be more suicide prevention if we wish to initiate a decrease in the number of suicides each year.

## Indholdsfortegnelse

<b>Problemfelt.....</b>	<b>8</b>
Uddybning af problemformulering .....	10
Arbejdsform: problemorienteret projektarbejde .....	10
Motivation: tidligere arbejde inden for feltet .....	11
<b>Beskrivelse af problemet.....</b>	<b>12</b>
Definition af selvmord, selvmordsforsøg, selvmordsadfærd og -tanker .....	12
Risikofaktorer og -grupper .....	13
<i>Pårørende og efterladte</i> .....	13
<i>Depression</i> .....	13
<i>Skizofreni</i> .....	14
<i>Bipolar affektiv lidelse</i> .....	14
<i>Tidligere selvmordsforsøg</i> .....	14
Opsamling.....	14
Selvmordsprocessen .....	14
<b>Teoretiske perspektiver på selvmord.....</b>	<b>15</b>
Psykologiske og pædagogiske perspektiver.....	16
<i>Sigmund Freud</i> .....	16
<i>Aaron Temkin Beck</i> .....	17
<i>David Lester</i> .....	17
<i>Edwin Shneidman</i> .....	18
<i>Ronald William Maris</i> .....	18
Sociologiske perspektiver .....	19
<i>Émile Durkheim</i> .....	19
Opsamling.....	20
<b>Anvendte metoder og metodologiske overvejelser .....</b>	<b>20</b>
Adgang til feltet.....	21
Det kvalitative forskningsinterview.....	22

Refleksioner om interviewsituationen .....	23
Interviewguide .....	24
Etiske overvejelser: Opmærksomhedspunkter ved deltagelse .....	26
Generaliserbarhed, validitet og reliabilitet .....	27
Analysestrategi.....	28
<i>Psykisk smerte (psychache)</i> .....	28
<i>Håbløshed</i> .....	28
<i>Modløshed</i> .....	29
<i>Sårbarhed for at udvikle selvmordsadfærd</i> .....	29
<i>Selvhad</i> .....	29
<i>Problematiske samfundsforhold</i> .....	30
<i>Opsamling</i> .....	30
<b>Analyse og diskussion.....</b>	<b>30</b>
Målgruppe: selvmordstruede .....	30
<i>Delanalyse 1: Mia</i> .....	30
<i>Delanalyse 2: Søren</i> .....	37
Målgruppe: pårørende .....	44
<i>Delanalyse 3: Louise</i> .....	44
<i>Delanalyse 4: Maria</i> .....	49
Målgruppe: efterladte.....	57
<i>Delanalyse 5: Anna</i> .....	57
<i>Delanalyse 6: Mette</i> .....	64
<b>Tværgående analyse: Den sociale interventions udformning .....</b>	<b>70</b>
Opsamling.....	74
<b>Konklusion.....</b>	<b>74</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>77</b>

## Den enkelte studerendes bidrag til specialet

### Fælles

- Abstract
- Konklusion

### Cecilie Stenvang Thomsen

- Problemfelt
- Arbejdsform: Problemorienteret projektarbejde
- Motivation: Tidligere arbejde inden for feltet
- Beskrivelse af problemet
  - Definition af selvmord, selvmordsforsøg, selvmordsadfærd og -tanker
- Selvmordsprocessen
- Teoretiske perspektiver på selvmord
  - Psykologiske og pædagogiske perspektiver
    - Sigmund Freud
    - Aaron Temkin Beck
    - David Lester
    - Edwin Shneidman
    - Ronald William Maris
  - Sociologiske perspektiver
    - Émile Durkheim
  - Opsamling
- Anvendte metoder og metodologiske overvejelser
  - Refleksioner om interviewsituationen
  - Interviewguide
  - Generaliserbarhed, validitet og reliabilitet
  - Analysestrategi
    - Psykisk smerte (psychache)
    - Håbløshed
    - Modløshed
    - Sårbarhed for at udvikle selvmordsadfærd
    - Problematiske samfundsforhold
    - Opsamling
- Analyse og diskussion

- Målgruppe: selvmordstruede
  - Mia
- Målgruppe: pårørende
  - Maria
- Målgruppe: efterladte
  - Mette
- Tværgående analyse: Den sociale interventions udformning
  - Opsamling

## Lisa Kasten Larsen

- Problemfelt
  - Uddybning af problemformulering
- Beskrivelse af problemet
  - Risikofaktorer og -grupper
    - Pårørende og efterladte
    - Depression
    - Skizofreni
    - Bipolar affektiv lidelse
    - Tidligere selvmordsforsøg
    - Opsamling
- Anvendte metoder og metodologiske overvejelser
  - Adgang til feltet
  - Det kvalitative forskningsinterview
  - Ethiske overvejelser: Opmærksomhedspunkter ved deltagelse
- Analyse og diskussion
  - Målgruppe: selvmordstruede
    - Søren
  - Målgruppe: pårørende
    - Louise
  - Målgruppe: efterladte
    - Anna
- Tværgående analyse: Den sociale interventions udformning



## Problemfelt

Hvorfor vælger nogen at begå eller forsøge at begå selvmord, og hvordan påvirker det dem, der står nærmest? Hvad kan vi gøre for at forhindre, at selvmordstanker ikke bliver til selvmord og selvmordsforsøg? Og hvordan kan vi forbedre vilkårene og muligheden for et bedre liv for selvmordstruede, pårørende og efterladte, når skaden er sket? Disse spørgsmål er i høj grad nogle af de helt store objektiver ved at skrive dette speciale. Med det sagt, eksisterer der allerede forskning i netop disse spørgsmål, så hvorfor har vi valgt at skrive speciale om selvmordets komplekse verden? Formoder vi, at selvmord og død er interessante og vigtige emner, endog grundlæggende menneskelige bekymringer, kan der så skrives nok? Vi har nemlig en tendens til at undgå at tale om døden, specielt død som følge af selvmord. Dette udspringer sandsynligvis af, at døden, især død som følge af selvmord, truer med at invalidere selve meningen og formålet med livet – nemlig at leve.

Tanken om at hænge sig selv, tage en overdosis eller springe ud foran et tog kan virke som en fjern realitet. Faktum er dog, at der bliver begået ca. 800.000 selvmord årligt på verdensplan. Det er én person hvert 40. sekund. I Danmark har der siden 2007 været gennemsnitligt 600 selvmord om året. Det er ca. 2 selvmord om dagen og svarer til lidt over 1% af samtlige dødsfald (Center for Selvmordsforskning 2018). Det er for mange af vores medmennesker, som ikke ser anden udvej end at ende sine dage for egen hånd. Det årlige antal selvmord i Danmark har varieret meget siden 1920. Stigningen i antallet fra 1920 – 1980 skyldes en stigning i folketallet, mens faldet siden 1980 dækker over et reelt fald i selvmordshyppigheden (Helweg-Larsen m.fl. 2006:43). Det højeste antal selvmord i Danmark, der er dokumenteret, indtraf i 1980 med 1617 selvmord. Ved en læsning af grafen over antallet af selvmord fra 1980 – 2017 lavet i Center for Selvmordsforskningens statistikbank, ser vi, at selvmordsraten var faldende fra 1980 frem til 2001, hvorefter den steg en smule, formentlig som følge af Finanskrisen, og efterfølgende var faldende frem til 2007. Fra 2007 og frem til den dag i dag anno 2019, har selvmordsraten ramt et plateau og hverken steget eller faldet markant, men ligget på rundt regnet 600 selvmord om året. Der er ingen tvivl om, at den nuværende selvmordsrate er lav sammenlignet med, hvor høj den var før årtusindeskifte: Stabilitet er selvsagt bedre end stigning. Men hvorfor falder selvmordsraten ikke yderligere med tanke på mængden af selvmordsforebyggelse i Danmark? I et forsøg på at reducere antallet af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark, blev der i 2017 etableret et nationalt partnerskab for selvmordsforebyggelse som en del af satspuljeaftalen 2017 – 2020 (Sundhedsstyrelsen 2018), som vi vil komme nærmere ind på senere.

Vi vil undersøge, hvordan vi kan forbedre vilkårene og muligheden for et bedre liv for målgrupperne, med afsæt i nye idéer og data, der kan fremme viden inden for feltet. Derudover er der endnu ikke skrevet et lignende speciale på Sociale Interventionsstudier på Roskilde Universitet, eller i resten af landet for den sags skyld. Den sociale intervention udvikles med afsæt i semistrukturerede interviews med selvmordstruede, pårørende og efterladte, hvor de, gennem deres unikke fortællinger, italesætter deres personlige ønsker. Vi arbejder med et kvalitativt fokus og på tværs af teoretiske perspektiver inden for de videnskabelige områder:

sociologi, psykologi og pædagogik. Det gør vi, da virkelige problemer ikke kender teoretiske grænser – eller faggrænser for den sags skyld.

Specialet skal ses som et praktisk værktøj, der rummer relevant og aktuel information, der ender ud i udviklingen af en social intervention<sup>1</sup>, som har bestemte egenskaber, der kan forbedre selvmordstruede, pårørende og efterlades vilkår og mulighed for et bedre liv. En "social intervention" er en særlig form for indgriben, som karakteriserer denne type intervention, og som søger at skabe positive forandringer. Der er tale om at forhindre et ellers forventet udfald (Dupret m.fl. u.å.:4). Den sociale intervention udvikles med afsæt i semistruerede interviews med selvmordstruede, pårørende og efterladede, hvor de, gennem deres unikke fortællinger, italesætter deres personlige ønsker. Vi arbejder med et kvalitativt fokus og på tværs af teoretiske perspektiver inden for de videnskabelige områder: sociologi, psykologi og pædagogik. Det gør vi, da virkelige problemer ikke kender teoretiske grænser – eller faggrænser for den sags skyld.

Sigtet er at sætte fokus på, ikke blot de selvmordstruedes situation, men ligeledes på de efterladedes og pårørendes - som en fremstilling af nogle af de reaktioner og problematikker mange pårørende og efterladede<sup>2</sup>. Vi ønsker ikke, at der skal være mindre fokus på selvmordstruede, men at indsatsen skal være bredere. Forskning peger nemlig på, at pårørende og efterladede har forhøjet risiko for selv at begå selvmord eller udvise anden selvdestruktiv adfærd (Bjergsø 2008:6). Faktum er, at der, for hvert selvmord eller selvmordsforsøg, i gennemsnit er 6 personer i den nærmeste familie eller omgangskreds, der bliver direkte berørt heraf (Wissing 2015:8). Over en 10-årig periode, fra 2007 – 2017, begik 6.552 personer selvmord i Danmark. Det estimeres, at der er ca. 10 gange så mange selvmordsforsøg, som der er selvmord. Antager vi, at ca. 65.520 personer begik eller forsøgte at begå selvmord i perioden, svarer det til, at lidt under 400.000 personer blev direkte berørt heraf. Hæver vi blikket og medregner kollegaer, skole, naboer, bekendte og særlige professioner bliver tallet væsentlig højere. De pårørende og efterladede står på mange måder i en sværere situation end f.eks. pårørende og efterladede ved sygdom, da selvmord og selvmordsforsøg er omgivet af myter, tabu og stigma (Sørensen 2002:7). Det de færreste pårørende og efterladede, der modtager nogen hjælp, da egenomsorg bliver mindre vigtig, og omsorgen for den selvmordstruede gøres til det primære fokus, hvilket bevirker, at den pårørende i mindre grad skal forholde sig til egne reaktioner (Fleischer & Secher 2009:20). Det er altså rigtig mange personer, der, i forskningsmæssig henseende, er temmelig oversete: Selvmordsforskning er sædvanligvis fokuseret på den selvmordstruede. Der findes nemlig endnu ingen danske undersøgelser om

---

<sup>1</sup> "Intervention" kommer af latin *interventio*, som grundlæggende betyder "mellemkomst" eller, i mere almindeligt sprogbrug, at foretage en "indgriben". Ordet er afledt af *inter*, som betegner "mellem" og angiver, at noget findes eller foregår som samspil mellem to eller flere størrelser. Endelsen er afledt af *venire*: "at komme". "Intervention" peger således på at "komme imellem" eller "at lægge sig imellem" – i mere almindeligt talesprog at "gribe ind" (Dupret m.fl. u.å.: 3). Begrebet "social" kommer af latin *socius*, der i sin grundform karakteriserer levende organismers, især menneskers, samkvem med hinanden. Begrebet har således både en lokal dimension, i form af en henvisning til menneske-menneske-relationer, men referer også til gruppe- og samfundsmæssige måder at indrette vores liv med hinanden (ibid.: 3f).

<sup>2</sup> Med selvmordstruet mener vi personer, der har forsøgt eller overvejer at begå selvmord; pårørende dækker over personer, som den selvmordstruede har en tæt tilknytning til; efterladede over personer, der har mistet en, de stod nær, til selvmord.

selvmordstruedes, pårørendes og efterladtes ønsker til en indsats, der kan forbedre deres vilkår og muligheder for et bedre liv. Derfor vil vi give et udsnit af disse målgrupper muligheder for at formidle disse ønsker.

Der må være enighed om, at noget går skævt, når ca. 600 personer tager deres eget liv om året, og mange flere forsøger at begå selvmord, hvilket efterlader et stort antal af pårørende og efterladte, som så selv kommer i forhøjet risiko. Spørgsmålet er, hvilken social intervention, der skal til for at skabe den forandring, der er behov for? Dette leder op til specialets problemformulering:

*”Hvorfor er selvmordsraten ikke faldende, når der er en systematisk indsats på området, og hvilken social intervention bør der udvikles for at igangsætte en positiv udvikling?”*

### Uddybning af problemformulering

Det politiske fokus på selvmordsforebyggelse i Danmark kommer i begyndelsen af 1980'erne, hvor WHO, i samarbejde med medlemslandene, udarbejdede en fælles målsætning om at sænke selvmordsraten. Der har op til 1996 ikke været en samlet indsats til forebyggelse af selvmord i Danmark. Der har dog været opmærksomhed på problematikken (Sundhedsstyrelsen 1998:1). I 1996 lå selvmordsraten på knap 900 selvmord om året, og i samme år blev der nedsat en arbejdsgruppe, som havde til formål at udarbejde et forslag til en national handlingsplan i Danmark (ibid.). I 2017 lå selvmordsraten på knap 600 selvmord, hvilket er væsentligt lavere end i 1996 og en klar forbedring. Man mente dog, at der var behov for yderligere nedgang, og i 2017 blev der derfor nedsat et nationalt partnerskab for selvmordsforebyggelse som en del af satspuljeaftalen 2017 – 2020. Partnerskabet består af 22 organisationer, der tilsammen skal sprede og bruge den viden, der allerede eksisterer om de grupper, der er i særlig selvmordsrisiko. I perioden er der årligt afsat 1 mio.kr. til det nationale partnerskab, som heraf råder over 800.000 kroner årligt, der skal anvendes til at fremme selvmordsforebyggende aktiviteter (Sundhedsstyrelsen 2018). Spørgsmålet er, om 1. mio. kr. årligt er nok til at fremme selvmordsforebyggende aktiviteter? En undersøgelse fra 2016 af sygdomsbyrden i Danmark foretaget af Statens Institut for Folkesundhed viser, at det koster Danmark dyrt, når en person begår eller forsøger at begå selvmord. Årligt resulterer det i: 7.800 indlæggelser; 4.300 skadestuebesøg; 140.000 ekstra lægekontakter; 170.000 ekstra sygedage; 250 ekstra nytilkendte førtidspensionister; ekstra omkostninger på 200 mio.kr. til behandling og pleje og ekstra omkostninger på 3.6 mia.kr. ved tabt produktion (Sundhedsstyrelsen 2016). Noget tyder på, at 1. mio. kr. ikke rækker langt nok.

### Arbejdsform: problemorienteret projektarbejde

I dette speciale har vi en problemorienteret tilgang til feltet. Det betyder, at vi arbejder med at formulere, begrunde og metodisk undersøge vores saglige problemstilling – noget, vi *ikke* ved – vha. videnskabelige metoder og teorier (Pedersen 2015:15). Vi arbejder desuden tværfagligt, med inspiration fra vores uddannelse. Vores mål er ikke blot at belyse et samfundsmæssigt problem – eller tilfredsstille en interesse for den sags skyld, men at undersøge noget, vi ikke ved. Vores fokus er således på den *ikke-viden*, som vi opdagede,

at vi ikke har, da vi beskæftigede os med emnet på vores 9. semester. Dette vil vi komme nærmere ind på i vores motivation for at arbejde med netop denne problemstilling. Vores tidligere erfaring med feltet har dannet fundament for den viden, vi har, hvilket har gjort os i stand til at udpege mangler i denne viden. Vores arbejdsproces er således fokuseret på netop viden. *Fokuseret* er et nøgleord i denne sammenhæng, da vi fokuserer på et særligt og afgrænset spørgsmål, som netop kendetegner det problemorienterede arbejde (ibid.). Vi har læst teorier, bl.a. for at demonstrere og skabe overblik, men mest af alt, fordi der eksisterer et fænomen, som umiddelbart ikke kan forstås, forklares eller håndteres og derfor netop trænger til at blive forstået, forklaret og håndteret. Det problemorienterede projektarbejde giver os ergo et pejlemærke, der har hjulpet os til at skelne mellem det relevante og irrelevante samt at sikre, at vi ikke kører ud på et sidespor.

Hensigten med specialet er at undersøge og besvare vores problemformulering. Vi orienterer os oprigtigt mod at finde, præcisere, analysere og besvare problemstillinger. Vi har desuden forsøgt at formulere den bedste, mest udfordrende problemformulering til vores viden om feltet, og vi har, ligeså engageret, forsøgt at finde svar herpå ved determineret og kritisk at gå efter en konklusion, der hænger sammen med analysen, og som er begrundet og dokumenteret. Det er det specifikke vidensproblem, der således har styret vores arbejde (ibid.:17).

### Motivation: tidligere arbejde inden for feltet

Motivationen for at undersøge ovenstående problemstilling begyndte allerede at spire i efteråret 2018, da vi beskæftigede os med feltet på vores 9. semester. Her fik vi inspiration til at tage udgangspunkt i Livslinien som case, efter der en dag var uddelt flyers med Livsliniens formål, kontaktinformation og lign., på vores studie. Efter research om bl.a. selvmordsratens udvikling, fandt vi frem til, at raten har ligget mere eller mindre stabilt siden 2007. Vi valgte således at problematisere selvmordsratens stabilitet og undersøgte selvmordshyppigheden og -udviklingen i Danmark i perioden fra 1970–2016. Vi undersøgte problemstillingen vha. kvantitative metoder og tog, med afsæt i en positivistisk videnskabsteoretisk orientering, teoretisk udgangspunkt i Émile Durkheims teori om social integration og dets sammenhæng med selvmordsrater. Vi konkluderede, at selvmordsraten har befundet sig i en tilstand med ringe eller ingen ændring efter en periode med aktivitet og fremskridt. Vi kom derudover frem til, at selvmordsraten stiger inverst med sværhedsgraden af økonomiske kriser, bl.a. under første og anden oliekrise, samt under Finanskrisen. En konklusion var ligeledes, at Durkheims teori om social integration er yderst anvendelig ift. at studere selvmord på makroniveau, men formentlig skal anvendes i samspil med mere psykologiske eller pædagogiske teorier, hvis man er interesseret i viden, som er mere orienteret mod både samfund og individer og samspillet herimellem. Dette er bl.a. en af årsagerne til, at afsnittet om teoretiske perspektiver på selvmord, som læseren bliver præsenteret for senere, tager afsæt i mere end blot ét perspektiv på selvmord.

Vi konkluderede desuden, at kvantitative metoder har sin anvendelighed ift. at identificere omfanget af det problem, der undersøges, som så kan blive genstand for sociale interventioner. Kvantitative metoder er dog

begrænsede ift. at indfange centrale aspekter af en persons unikke følelsesliv, hvormed vi konkluderede, at hvis vi skulle beskæftige os med feltet igen, kunne vi med fordel anvende en kombination af kvantitative og kvalitative metoder.

Under et praksiskursus i efteråret 2018 skulle vi udvikle en social intervention med udgangspunkt i det projekt, vi skrev. Til eksamen fremlagde vi en idé til en sociale intervention, der, via brugerinddragelse, kan supplere selvmordsforebyggelsen i Danmark. Til den mundtlige eksamen fremlagde vi bl.a. vores idé for vores eksterne censor, Mads Thuneberg, som er projektrådgiver ved den A.P Møllerske Støttefond. Han kaldte vores idé for *eksemplarisk og forbilledligt* og anbefalede, at vi skalerede den op, hvilket blev startskuddet til dette speciale.

## Beskrivelse af problemet

Dette afsnit har til formål at beskrive det, der tilsammen udgør vores forståelse af, hvad selvmord er, og hvordan det rodgår sig som et problem i Danmark, samt kommer til udtryk i mennesker og samfund. Formålet er at give læseren en forståelse af, hvad begrebet dækker over. Vi skal således have viden om, hvad selvmord er og dets kompleksitet, inden vi dykker ned i, hvordan selvmord kan forstås ud fra tværfaglige, teoretiske perspektiver.

### Definition af selvmord, selvmordsforsøg, selvmordsadfærd og -tanker

Selvmord defineres som: *"En handling med dødelig udgang, som afdøde, med viden eller forventning om et dødeligt udfald, havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den afdøde ønskede forandringer."* (Ejdesgaard m.fl. 2009:10). Der er således tale om, at den person, der begik selvmord, havde det formål at dø. Selvmordsforsøg bliver defineret som: *"En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis af medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være selvskadende, hvis ikke andre griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser."* (ibid.). I modsætning til definitionen af selvmord, hvor intentionen med handlingen er tydelig, er der ingen entydig intentionen med selvmordsforsøget i definitioner heraf. Vi forestiller os, at grunden til dette kan være, at der ikke findes én ensidig hensigt med selvmordsforsøg, da et selvmordsforsøg bl.a. kan dække over et decideret ønske om at dø, et råb om hjælp, en trussel eller lign.

Ifølge Sundhedsstyrelsen (1998) defineres selvmordsadfærd som adfærd, hvor en person *"[...] verbalt, skriftligt eller på anden måde fremsætter trusler om at ville begå selvmord, forsøger at begå selvmord eller gennemfører selvmord."* (Sundhedsstyrelsen 1998). Selvmordstanker defineres som et bredt spektrum af tanker spændende fra forestillingen om at dø til vedvarende, påtrængende overvejelser om at begå selvmord (Sundhedsstyrelsen 2007:60).

## Risikofaktorer og -grupper

Vi ved, hvordan selvmord, selvmordsforsøg, selvmordsadfærd og – tanker defineres. Af den grund kan vi dykke ned i risikofaktorer og -grupper. Der findes nemlig et hav af årsager til, at et menneske vælger at tage sit eget liv. I dette afsnit vil vi præsentere et prioriteret udsnit heraf. Med det skal forstås, at vi har viden om, at der er flere risikofaktorer og -grupper end det udsnit, vi præsenterer. Vi ved bl.a., at *de ældre* er i forhøjet risiko, hvor ca. hvert fjerde selvmord i Danmark begås af personer over 65 (Bille-Brahe m.fl. 1988:76). Vi ved ligeledes, at *mænd i aldersgruppen 40 – 59* er i forhøjet risiko: 75% af de ca. 600 selvmord om året i Danmark, begås af mænd. Dette svarer til, at der årligt er omkring 450 mænd, der begår selvmord, og ca. 200 af disse mænd er i alderen 40 – 59 år (Jørgensen 2018:9). Vi ved også, at flere studier har påvist sammenhæng mellem selvmord og *arbejdsløshed* blandt alle aldersgrupper (Møller og Stephensen 2004:8). Derudover ved vi, at misbrug af alkohol, medicin og narkotika signifikant forøger risikoen for at begå selvmord, samt at misbrug relaterer sig til følelsen af håbløshed og adfærdsproblemer (Holmes & Holmes 2005:143). Vi har dog valgt at begrænse os til at præsentere de risikofaktorer og -grupper, som kan give os viden ift. vores informanter. Dette præsenteres kort, hvormed der således ikke er tale om udtømmende viden herom.

## Pårørende og efterladte

Tidligere selvmordsforsøg og selvmord i familien og nærmeste omgangskreds øger risikoen signifikant for selvmordshandlinger. Der er dog ingen entydig forklaring på denne tendens, men der peges på, at genetiske faktorer spiller en rolle for udviklingen af selvmordsadfærd. Men da ophobningen af selvmordsadfærd ligeledes ses i ikke-biologiske familier, er der måske nærmere tale om, at selvmordsadfærd kan gå hen at blive acceptabel, samt at der sker en tillæring af denne adfærd, hvormed det kan gå hen at blive en måde at udtrykke sig på (Langhoff 2003:13). Nogle familier har således specielle mønstre af selvmordsadfærd. Dette betegnes som suicidal transmission, som direkte oversat betyder overføring af selvmordsadfærd og referer hermed til, at selvmord ikke smitter, men at det kan danne uheldige forbilleder (Bjergsø 2008:24).

## Depression

Vi har tidligere beskrevet, hvordan der i gennemsnit bliver begået 2 selvmord i Danmark om dagen – det ene ad de to selvmord begås af en person med en depression (Nielsen 2017). Risikoen, for at begå selvmord, er særdeles øget for alle diagnostiske grupper, nemlig 10 – 40 gange hyppigheden i normalbefolkningen, men allerstørst for personer med depressive lidelser. Depression optræder i flere sammenhænge, bl.a. som et træk ved de fleste affektive sindslidelser samt som en reaktion på svære psykiske og fysiske belastninger, f.eks. skilsmisse, dødsfald, sygdom eller arbejdsløshed (Jensen 2005:11). Undersøgelser har vist, at det, der driver den deprimerede til selvmord, ikke i så høj grad er den øjeblikkelige sværhedsgrad af depressionen, som det er den håbløshed, den deprimerede føler.

## Skizofreni

Cirka 5 – 10% af personer med skizofreni begår selvmord (Straszek 2015) og rammer omkring 1% af befolkningen. Nogle af de mest karakteristiske symptomer på skizofreni er hallucinationer og vrangforestillinger, samt de såkaldt negative symptomer, hvor man bliver sløv, mister initiativ og tenderer til at isolere sig fra sin omverden (Jensen 2005:13). Mange tror, at skizofrene begår selvmord, fordi de har hallucinationer, hører stemmer, der beder dem om at gøre det, men det er i virkeligheden meget sjældent, at dette fænomen fører til selvmord. Skizofrene er i en risikogruppe, fordi de trækker sig tilbage fra omgivelserne og bliver isolerede, ensomme uden reel kontakt til omverdenen. Derudover kan hovedparten af skizofrene ikke indpasses på arbejdsmarkedet, og de bliver derfor ofte førtidspensionister med en deraf følgende ofte ustruktureret tilværelse (Straszek 2015)

## Bipolar affektiv lidelse

Sammenlignet med den generelle befolkning, forekommer der 20 – 30 gange så mange selvmord blandt personer med bipolar affektiv lidelse, som er kendetegnet ved maniske og depressive perioder. Det er op mod 10% af dem, som begår selvmord og svarer således til, at ca. 60 ud af 600 selvmord om året, begås af folk med bipolar affektiv lidelse (Psykiatrifonden 2019).

## Tidligere selvmordsforsøg

Den måske største risikofaktor for selvmord er tidligere selvmordsforsøg (Holmes & Holmes 2005:141). Mellem 10 - 12% af de personer, der har forsøgt at begå selvmord, begår selvmord inden for en 10-årig periode (Langhoff 2003:13). En tredjedel af de personer, der har forsøgt at begå selvmord, foretager et nyt forsøg allerede inden for det første år.

## Opsamling

Når vi sammenholder forskellige karakteristika ved personer, der begår eller forsøger at begå selvmord, på baggrund af de risikofaktorer og -grupper, vi har prioriteret, ser vi, at visse træk, visse ydre omstændigheder og livssituationer, medfører øget risiko for selvmord og selvmordsforsøg. Ved en analyse heraf, kan vi konkludere, at det er nøglebegreber som *ensomhed, isolation, håbløshed, modløshed, lavt selvværd, genetik og tillært adfærd*, der bl.a. kendetegner de risikofaktorer og -grupper, vi har udvalgt.

## Selvmordsprocessen

Begrebet selvmordsproces hentyder til en udvikling eller et forløb, der kan forandre sig undervejs. For at belyse processen er der lavet en model, der kan kaste lys på en persons selvmordstanker og -handlinger. Denne model kan ses i bilag 8 og er illustreret af i "*Suicide: An unnecessary death*" (2001) af svenske Danuta Wasserman, som er professor i psykiatri og selvmord.

Selvmord, selvmordsforsøg, selvmordstanker og -adfærd kan ikke studeres som adskilte fænomener. Selvmord er ofte slutresultatet af en længerevarende proces, startende med mere eller mindre passive selvmordstanker,

som senere udvikles til konkrete tanker og manifesterer sig i selvmordsadfærd (Møller og Stephensen 2006:5). Begrebet selvmordsproces anvendes således til at redegøre for den typiske udvikling fra de første alvorlige selvmordstanker over eventuelle selvmordsmeddelelser og selvmordsforsøg til fuldbyrdet selvmord. I løbet af processens varighed kan tilbøjeligheden til at begå selvmord variere i intensitet og styrke og udvikle sig i både positiv samt negativ retning (ibid.). Kigger vi på modellen, ses det, at der langs den vandrette linje løber tiden, det være sig kortere forløb på få dage eller uger, men oftest forløb, der kan strække sig over flere år. Den lodrette akse markerer forskellige former for *suicidalitet*, da den vandrette stiplede linje illustrerer grænsen mellem ikke-observerbare tanker og følelser og den observerbare adfærd, f.eks. selvmordstrusler, selvmordsforsøg og selvmord. At det forholder sig på denne måde, kan således belyse, hvorfor nogle selvmord sker pludseligt og uforudsigeligt.

Nogle undersøgelser peger på, at sårbarhedsfaktorer fra tidligere faser i livet – under indvirkning af belastende begivenheder undervejs – over tid danner baggrund for en forhøjet tilbøjelighed til at begå selvmord, en slags prædisponering for selvmordsadfærd. Dvs., at selvmordsadfærd kan ansues som et *negativt resultat* af et komplekst samspil mellem stress og underliggende, vedvarende sårbarhed over for selvmordsadfærd, enten med rødder i genetik eller i tidlige livserfaringer. Denne antagelse er et centralt element i procesmodellen. Den underliggende sårbarhed er imidlertid ikke stabil eller konstant gennem livet, men varierer over tid. Hvis et menneske, i løbet af en kort tidsperiode, oplever alvorlige og gentagne stressfaktorer, risikerer sårbarheden at blive udløst (ibid.:7). Selvmordsprocessen er således dynamisk på den måde, at bestemte risikofaktorer for selvmord, f.eks. en følelse af ikke at være god nok, kan dukke op igen i en vanskelig livssituation og intensivere selvmordsprocessen, når et menneskes evne til at håndtere udfordrende aspekter af livet, er forringet. I sådanne øjeblikke, hvor personer bevæger sig fra sporadiske tanker om døden til hyppige dødsønsker og detaljeret planlægning, er der øget risiko for selvmord. Slutstadiet i selvmordsprocessen kendetegnes ved iøjnefaldende depression og håbløshed samt ved tunnelsyn, som modvirker personens evner til at se muligheder i alternative løsninger (ibid.:7f).

## Teoretiske perspektiver på selvmord

Dette afsnit består af psykologiske, sociologiske og pædagogiske perspektiver på selvmord, som vi har prioriteret. Det er væsentligt at pointere, at hvad, der ved første øjekast umiddelbart virker som modstridende perspektiver, paradoksalt kan tilføje mere til vores komplette forståelse af og viden om selvmord. Psykologiske, sociologiske og pædagogiske forklaringer udelukker således ikke hinanden men agerer som supplement til hinanden og er alle lige nødvendige for forståelsen af fænomenet.

Som tidligere nævnt er formålet med dette speciale at udvikle en social intervention, der kan være supplement til selvmordsforebyggelsen i Danmark. Af den grund har vi valgt teorier, der har fokus på hhv. samfund og menneske. Det har således været essentielt for os at finde teoretisk bidrag, der er anvendelige på makro-, meso- og mikroniveau, og som er mere eller mindre åbne for informanternes subjektive vurderinger. Valget



af teorier har ikke været tilstræbt at skulle tilhøre én eller flere bestemte videnskabsteoretiske orienteringer, men blot at tilhøre enten psykologien, sociologien eller pædagogikken. Videnskabsteori er i det hele taget ikke en del af dette speciale. Vi har dog aktivt taget et valg om at positionere os i tværsnittet mellem teorierne, og vi argumenterer netop for deres anvendelighed i samspil med hinanden. Af den grund ser vi ikke teorierne som komplet afgrænsede, men som formligt materiale, der kan anvendes i kombination med komponenter fra andre teorier. Det synes vi skaber mest anvendelighed i den kommende analyse.

## Psykologiske og pædagogiske perspektiver

En stor del af den forskning, der er produceret, kan blive kategoriseret som at bidrage til de psykologiske og pædagogiske forklaringer på selvmord. Vi anerkender, at der kan og vil findes overlap mellem disse teorier, men vi har valgt at inddele dem i yderligere fire perspektiver.

### Sigmund Freud

Grundlæggeren af psykoanalysen, østrigsk læge og religionskritiker Sigmund Freud (1856 – 1939), sammenligner fænomenet sorg, efter tabet af en nærtstående, med melankoli (depression) i skriftet *Trauer und Melancholie (Sorg og Melankoli)* fra 1917. For Freud er sorg og melankoli to nærtbeslægtede tilstande, og de ydre kendetegn er ens (Freud 1917:244). I begge tilstande er verden "[...] *poor and empty* [...]" (ibid.:246). Men hvor der er ligheder i de ydre kendetegn, er baggrunden for sindstilstandene forskellig. Sorg er oftest udløst af et eksternt tab af et *objekt*. Et objekt er i dette tilfælde en nærtstående person eller et ideal, der har elementær betydning for opretholdelsen af ens identitet samt overordnede lykke, f.eks. ens fædreland eller frihed. I nogle tilfælde vil den eksterne påvirkning dog producere en melankolsk tilstand i stedet for sorg, hvilket, Freud formoder, er, fordi disse individer er patologisk disponeret (ibid.:243).

Sorg er karakteriseret ved, at den kan bearbejdes og potentiel set ende. I modsætning hertil kan den melankolske sorg ikke brydes men tiltager imidlertid over tid og kan komme til udtryk ved selvdestruktiv adfærd eller selvmord (ibid.:252). Melankoli er kendetegnet ved at mangle den ydre påvirkning i form af et mistet objekt, hvilket gør *tabet* mere konceptuelt, da det ikke står klart, hvilket tab, der er tale om (ibid.:245). Det tætteste, Freud kommer på en definition af den melankolske sorgs abstrakte objekt, er, at objektet minder om det reelle tabs objekt. Katalysatoren er skuffelse eller svigt fra en person, hvilket får den konsekvens, at det ødelægger objektrelationen de to personer imellem. Fremfor at rette sin aggression mod denne person (sadisme), vender melankolikeren aggressionen mod sig selv i en slags indadvendt sadisme, hvormed tabet af et objekt bliver til tabet af én selv. Sagt på anden vis, mente Freud, at årsagen til melankoli skal findes i ubevidst og uudholdelig aggression mod mennesker eller fænomener i omgivelserne, som man er blevet svigtet af. Fordi man ikke er i stand til at holde de aggressive impulser ud, forbliver de ubevidste og vendes indad: Det ydre objekt bliver opgivet og erstattet med individets egen person (Freud 1915:131). Selvmordet kan forklares analogt hertil: Morderiske impulser mod omverdenen fortrænges og vendes indad og kommer i stedet til udtryk som selvdestruktiv adfærd og eventuelt selvmord (Freud 1923:43).

## Aaron Temkin Beck

Amerikansk psykiater, Aaron Temkin Beck (1921 - ) er kendt som den kognitive adfærdsterapis grundlægger. Ifølge Beck hænger selvmord uløseligt sammen med følelsen af håbløshed, og med depression. Den centrale rolle, håbløshed spiller, er illustreret i en række begivenheder, der leder op til, at den deprimerede begår selvmord. Personen misbruger systematisk sin erfaring på negativ vis og forventer alvorlige udfald for sine problemer. I sidste ende er personen *drawn to the idea of suicide* som en mulig flugt fra sine "uløselige problemer" (Beck m.fl. 1990:190). Fra den deprimerede persons position af håbløshed, har han eller hun et begrænset syn på verden – og en begrænset væren heri – og ser som følge heraf, selvmord som den eneste mulige løsning på deres håbløse position.

Besættelsen af selvmord synes at være relateret til personens konceptualisering af sin situation som uudholdelig eller håbløs. Personens syn på sig selv er udpræget negativt, og han eller hun har et urealistisk og gennemtrængende negativt syn på fremtiden; det kan ikke blive bedre, men bliver tværtimod formentlig værre med tiden. Disse gennemtrængende, negative tanker er ikke kun begrænset til verden: Selvbebrejdelse, lavt selvværd, manglende selvtillid og selvkritik bliver alle forværret i forlængelse af negative fortolkninger af begivenheder (ibid.). Ifølge Beck er der altså tale om, at håbløshed er et fællestræk, der ligger til grund for ønsket om at begå selvmord (ibid.).

## David Lester

Britisk-amerikanske psykolog og selvmordsforsker, David Lester (1942 - ) er en af de mest prominente selvmordsforskere og bliver anset som "[...] *the world's pre-eminent suicide researcher.*" (Abrahams 2006). Fra 1966 – 2018 har Lester udgivet mere end 2650 akademiske rapporter og 100 bøger om selvmord. I dette afsnit vil vi prioritere hans *Social Learning Theory of Suicide*, hvor han argumenterer for, at selvmord er adfærd, vi har lært (Lester 1987:11). I artiklen *Suicide as a Learned Behavior* fra 1987 undersøger Lester selvmord i forlængelse af social læring. Han skriver bl.a.: "*The use of suicide as a manipulative act, in order to extort particular responses from other, may lead to a sequence in which the severity of successive suicide actions has to increase in order to keep extorting the desired response from others.*" (ibid.:25). Den manipulerende adfærd, Lester omtaler i citatet, kan være lært i en persons barn- eller ungdom. Et barn kan lære at gøre skade på sig selv, f.eks. at slå hovedet ind i sin tremmeseng, indtil hans forældre reagerer og tager ham op. På den måde lærer han, gennem den positive respons fra sine forældre for den smerte, han påfører sig selv at manipulere andre til at give ham respons, når han udøver selvskade. Selvmordsadfærd kan altså læres ved operant betingning. Disse personer kalder Lester for *manipulative behaviors*, og de er særligt tilbøjelige til at begå selvmord, fordi deres selvskade bliver forstærket af den "positive" respons fra andre. Når den ønskede respons ikke er tilfredsstillende nok, øger personen sværhedsgraden af selvskade, og sådan fortsætter det, indtil der kun er tilbage at begå selvmord som den ultimative form for selvskade (ibid.: 26).

## Edwin Shneidman

Edwin Shneidman (1918 – 2009), amerikansk klinisk psykolog og selvmordsforsker, grundlægger af *Los Angeles Suicide Prevention Center* (1958) og *The American Association of Suicidology* (1968). I sin tid har Shneidman udgivet mere end 20 bøger om selvmord og selvmordsforebyggelse og anses som en af de førende fortalere for det, han kalder et *multi dimensional view* på selvmord.

Ifølge Shneidman er nøglekonceptet psykisk smerte, som han kalder *psychache*: "*Psychache is the hurt, anguish, or ache that takes hold in the mind. It is intrinsically psychological – the pain of excessively felt shame, guilt, fear, anxiety, loneliness, angst, dread of growing old or of dying badly.*" (Shneidman 1996:13). Denne smerte er gennemtrængende og optager al personens opmærksomhed og har ingen overskuelig ende. Smerten er uundgåeligt et resultat af behov, der ikke er blevet imødekommet eller opfyldt tilfredsstillende, og dette opleves signifikant som en traumatiserende begivenhed. Med andre ord er selvmord hovedsageligt et drama, der udspiller sig i psyken. I sådanne situationer er selvmord den eneste måde at flygte fra den uophørlige smertefulde bevidsthed. Shneidman opstiller derudover tre elementer, som alle udgør "*an unsettled life pattern*", som karakteriserer personer, der lider af selvmordstanker og udviser selvmordsadfærd (Shneidman 1980:11). Det første element kalder han *inimicality*, som udspringer af det latinske ord for "ven", og som betyder, at personen er uvenlig - ikke kun over for andre men ligeledes over for sig selv. *Perturbation* (forstyrrelse) udgør det andet element. Når en person er *perturbed*, er de ofte mere nervøse, bange, bekymrede og irriterede. Personen føler sig i særdeleshed chikaneret, afvist, mislykket, håbløs eller hjælpeløs (ibid.:12). Specielt håbløshed og hjælpeløshed tillægger Shneidman betydning. Han beskriver dem som de følelser, der går igen i alle tilfælde af selvmord (Shneidman 1994:131f): Der er intet, personen kan gøre, og der er ingen, som kan hjælpe. Det tredje element kalder Shneidman for *constriction*, som er "[...] *a narrowing of the range of perception, of opinions and of options that occur to the mind.*" (Shneidman 1980:12). Personen er ikke blot påståelig og forudindtaget men lider af en form for tunnelsyn. Som følge af de tre elementer ønsker den selvmordstruede at være alle andre steder end der, hvor den psykiske smerte er fremtrædende, hvilket efterlader én mulighed, nemlig at flygte i døden.

## Ronald William Maris

Ronald William Maris er retsmedicinsk selvmordsforsker og foredragsholder i psykiatri. Han har skrevet og redigeret over 21 bøger og modtaget flere æresbeviser, stipendier og videnskabelige priser. I sin konceptualisering af selvmord i værket "*Pathways to suicide – A Survey of Self-Destructive Behaviors*" (1981) argumenterer han for et udviklingsmæssigt-eksistentielt perspektiv på selvmord. Maris argumenterer for, at selvmord er en proces, en sammenfatning af flere faktorer over tid: Det er ikke en isoleret begivenhed eller et produkt af en akut krise. Han kritiserer desuden feltets manglende fokus på selvmord som et udviklingsmæssigt fænomen og foreslår, i forlængelse heraf, at en person kan have en "selvmords-karriere" (*suicide career*), som han kalder et centralt begreb for forståelsen af selvmord (Maris 1981:xvii). Maris skriver, at ingen begår selvmord i et biografisk vakuum: "[...] *life histories are always relevant to the final act of suicide.*

*Suicidal decisions develop over time and against certain social, psychological, and genetic backdrops; they are never completely explained by acute, situational factors.” (ibid.).*

Grunden til, en person begår selvmord, forklarer Maris, som personens manglende evne eller lyst til at acceptere betingelserne for den menneskelige væren. Han beskriver selvmord som rationelt, forstået som, at det giver en person muligheden for at løse ellers ”uløselige” problemer. Derudover findes selvmord alle de steder, der findes mennesker og er således universelt. Maris udleder ydermere, at et vist antal af selvmord er uundgåeligt, eftersom det største problem, vi møder i livet, er selve livet. Han beskriver, at selv under de bedste forhold, er livet kort, smertefuldt, uforudsigeligt, ofte ensomt og angst-genererende. Kort sagt kræver den menneskelige væren kamp og konstant tilpasning, og det er i sidste ende døden, der i sandheden kan frigøre mennesket fra de problemer, der er i forbindelse med at være menneske (ibid.: xviii).

## Sociologiske perspektiver

### Émile Durkheim

Mens fokuset i selvmordsforskning ofte er på individet, eller individer, udspiller selvmord sig uundgåeligt i sociale og kulturelle kontekster (Cutcliffe & Stevenson 2007:11). Den franske sociolog, Émile Durkheim (1858 – 1917) skrev, i slutningen af 1800-tallet, som en af foregangsmændene til sociologien, den første ”moderne” afhandling om selvmord (*Le Suicide*, 1897, udkommet på dansk 1978), hvor han, på baggrund af positivismens videnskabelige grundprincipper, var optaget af selvmord som et sociologisk interessant fænomen. I sit studie af selvmord tog han afstand fra de teoretikere, der ønskede at finde mere individualistiske forklaringer herpå (Guneriusen 2007:75) og benyttede i stedet statistisk materiale til at kortlægge forskellige samfundsmæssige, kausale årsager, herunder graden af social integration og -regulering (Boolsen & Jacobsen 2012:107). Det sociale integrationsniveau kan måles dels ved individets følelse af tilknytning til samfundet, dels ved samfundets evne og magt til at udøve den sociale kontrol. Samfundets idealtilstand befinder sig i en ligevægtstilstand mellem de fire selvmordstyper, hvor de opvejer hinanden.

*Det egoistiske selvmord* er konsekvensen af en udvikling af ekstrem individualitet. Hvis en social gruppe går i opløsning, mister den enkelte tilknytning til det sociale liv, hvilket resulterer i, at individuelle målsætninger kommer til at veje tungere end gruppens. Individet mister fornemmelsen af samfundets eksistens og bliver således for optaget af sig selv – for egoistisk (Durkheim 1970:209). *Det altruistiske selvmord* skyldes, at samfundet er blevet af altdominerende betydning for den enkelte og således ikke tilstrækkeligt individualiseret. Individet lever for samfundet og for andre mennesker, hvorfor Durkheim kalder dem *altruister* (næstekærlige) (Durkheim 2001:106). *Det anomiske selvmord* hænger sammen med, at samfundet ikke formår at pålægge den enkelte de nødvendige begrænsninger og derved skabe trygge rammer. Når den sociale kontrol svigter, har den enkelte ingen retningslinjer for sin adfærd, som kan være så desorienterende, at det fører til selvmord (Durkheim 1970: 258). *Det fatalistiske selvmord* er, når samfundets magt og kontrol bliver for stærk. Det fatalistiske selvmord er således en pendant til det anomiske selvmord og skyldes for stærk

regulering. Denne type selvmord begås af personer med en for snævert fastlagt fremtid og som har en følelse af at blive kvalt under tvungen disciplin og underkastelse. Resultatet er, at den enkelte oplever et uudholdeligt pres (Durkheim 2001:162).

## Opsamling

Selv mord er, som vi har udlagt det ad flere omgange, et komplekst emne, der kan forstås og forklares på mange måder. Vi positionerer os i tværsnittet mellem de nævnte teorier og argumenterer for, at de netop skal anvendes som supplement til hinanden. Vores position er således opstået i tværsnittet mellem teorierne, hvormed vores perspektiv på selvmord bliver tværvideenskabeligt. Vi bryder altså med de videnskabelige discipliner, så en ny, tværvideenskabelig disciplin kan tage form. På den måde kan vi skabe et nyt tværgående forskningsfelt og -strategi, som kan anvendes ift. at forstå og forklare selvmord, som netop må siges at være en problemstilling, der går på tværs af eksisterende videnskabelige områder.

Vi argumenterer for, at selvmord, og lign. emner, må kalde på viden og løsninger funderet i et inter-videnskabeligt samspil. Med inter-videnskabeligt samspil mener vi, at teorier fra forskellige discipliner bliver integreret i dannelsen af nye tværgående videnskaber. I dette tilfælde samles teorier om selvmord fra psykologien, sociologien og pædagogikken, som er delvis overlappende, til ét perspektiv. Dette giver os et videnskabeligt helhedsperspektiv, da vi således har blik for både det individuelt menneskelige, det kollektive samt mellem menneskelige relationer, hvormed vi kan udvide forståelsen af og forklaringen på problemstillingen. Dette social- og humanitærvideenskabelige helhedsperspektiv kan agere rettesnor for, hvordan vi bærer os ad med at producere viden om, hvordan vi kan forbedre selvmordstruedes, pårørendes og efterladtes vilkår og dermed deres muligheder for et bedre liv.

Samler vi de væsentligste nøglebegreber fra de teoretiske perspektiver, får vi, at det især er: psykisk smerte (psychache), følelsen af håbløshed og modløshed, selvhad, sårbarhed for at udvikle selvmordsadfærd og problematiske samfundsforhold, der er udslagsgivende for selvmord. Med vores helhedsperspektiv anerkender vi således disse faktoreres forklaringskraft ligeligt.

## Anvendte metoder og metodologiske overvejelser

I dette afsnit vil vi præsentere de metoder, vi har anvendt, samt de metodologiske overvejelser, der ligger bag dette speciale. Nogle af overvejelserne er naturligvis foretaget forud for undersøgelsens dannelse, mens andre er enten ændret eller tilføjet løbende. Det er næsten altid svært at forudsige, hvordan projektarbejdet skrider frem og hvilke beslutninger, der vil blive aktuelle senere i processen. Imidlertid er der nogle helt fundamentale beslutninger, som vi har truffet i specialets opstart. Vi håber, at dette afsnit vil give læseren viden om samt forståelse for vores til- og fravalg. Specialet skriver sig ind i et felt, som naturligvis kunne være grebet an og anskuet fra flere perspektiver, men vi vurderede, at det, med tanke på feltets kompleksitet, bedst kunne belyses med afsæt i kvalitative metoder.

## Adgang til felten

Rekruttering handler om at skaffe de rigtige informanter til sin undersøgelse. Det er ofte en af de største og mest tidskrævende opgaver i forbindelse med kvalitativ forskning, men samtidig en af de vigtigste opgaver. Beslutningen om, hvem man gerne vil tale med, er væsentlig for undersøgelsen. Til- og fravalg af målgruppe kan derfor være sværere, end først antaget (Jakobsen 2013:42). I dette speciale valgte vi, at målgruppen skulle være hhv. selvmordstruede, pårørende samt efterladte. Herefter reflekterede vi over, om der er målgrupper, vi ikke har taget højde for, og om tre målgrupper i det hele taget er nok til at få viden om så komplekst et emne. Som tidligere nævnt, kan selvmord og selvmordsforsøg nemlig ligeledes påvirke kollegaer, skole, naboer, bekendte og visse professioner. Vi er derfor bevidste omkring, at inddragelse af disse ville have belyst emnet yderligere, måske mere fyldestgørende og nuanceret. Men vi tog et aktivt valg om udelukkende at forholde os til selvmordstruede, pårørende og efterladte, da disse, som beskrevet, er i forhøjet risiko for at begå selvmord, og det er netop selvmordsforebyggelse, der er et af objektiverne ved dette speciale. Vi er derudover bevidste om, at pårørende og efterladte ligeledes kan dække over naboer osv., men vi valgte at forholde os til pårørende og efterladte, som er i familie med den selvmordstruede. Det gjorde vi, da vores uddannelse lægger vægt på mellemmenneskelige relationer. Mellemmenneskelige relationer hentyder selvsagt blot til noget, der foregår mellem mennesker. Men vi valgte at tage afsæt i kritisk teoretiker, Axel Honneths, definition af den "private sfære", som dækker over nære relationer, hhv. familien (Honneth 2009:131). Dette gjorde vi, da vores uddannelse bl.a. er inspireret af kritisk teori.

Vi regnede på forhånd med, at adgangen til målgrupperne ville være vanskelig, da selvmord, til trods for at gå på tværs af landegrænser, kulturer, religioner, køn og aldre, stadigvæk er stærkt tabuiseret og generelt et tungt emne. Vi regnede derfor med, at dét at finde informanter, ville blive en potentiel udfordring. Vi valgte, med tanke på den tid, vi lever i at gøre brug af det sociale medie, Facebook, til at kontakte potentielle informanter. Vi henvendte os herved til tre forskellige, lukkede grupper på Facebook hhv.: "*Selvmod, selvmordstanker, ordet er frit og ordentligt*", "*Pårørende til selvmord*" samt "*Forum for efterladte efter selvmord*", og rakte ud til administratorerne fra de respektive grupper. Vi spurgte, om de havde lyst til samt mulighed for at lægge et opslag op i den respektive gruppe på vores vegne. Vi mente, af etiske årsager, at dette var den korrekte måde at gribe tingene an på, da administratorerne måtte have bedst kendskab til gruppens medlemmer. Derudover havde vi en idé om, at det evt. kunne støde nogen, hvis vi, helt uanmeldt, lagde et opslag op i gruppen.

Den respons, vi modtog fra administratorerne, var overordnet positiv. To ud af tre administratorer valgte derfor at lægge et opslag op på vores vegne. De opslag, der blev lagt op i grupperne, tog udgangspunkt i de retningslinjer Mette Reinhardt Jakobsen, journalist og analysekonsulent, opstiller i bogen "*Brugbar brugerinddragelse*" (2013), hvor hun beskriver, hvordan man bør finde en balance mellem et for generelt og en for specifik præsentation af sin undersøgelse (Jakobsen 2013:48). Opslagene indeholdt derfor informationer om undersøgelsestypen, f.eks. at der var tale om individuelle interviews. Derefter beskrev vi,

hvordan målgruppen var relevant for undersøgelsen, undersøgelsens overordnede formål samt understregede, at interviewet ville være anonymt. Denne tilgang til rekruttering gav os to interviews, begge med efterladte. Vi havde dog en idé om, at vi gerne ville have mindst seks interviews. Ideelt set to med selvmordstruede, to med pårørende og to med efterladte. Herefter valgte vi at kontakte en række personer, som havde lavet offentlige anmeldelser af Livslinien, hvori de havde givet udtryk for at være selvmordstruet, pårørende eller efterladt. Denne rekrutteringstilgang gav os yderligere to interviews, ét med en pårørende og ét med en selvmordstruet. Korrespondancen med den pårørende gav os yderligere ét interview med endnu en pårørende, som hun anbefalede os at kontakte. Derudover nævnte hun, at den person, hun var pårørende til, var hendes lillebror, som har forsøgt at begå selvmord. Han kunne være interesseret i at snakke med os, hvorfor vi kontaktede ham, og han gik med til at blive interviewet. Det resulterede i, at vi endte med seks interviews, som ønsket, med to informanter fra hver målgruppe.

Den efterfølgende kommunikation med informanterne gav en mere detaljeret beskrivelse af interviewets indhold samt anvendelse, dog med det forbehold, at vi ønskede at opnå spontane svar på de temaer, vi præsenterede. Informanterne har derved ikke været bekendt med de konkrete spørgsmål og temaer på noget tidspunkt forud for interviewene.

### Det kvalitative forskningsinterview

Forud for interviewene reflekterede vi over det at bringe teoretiske elementer i spil, da vi helst ville undgå at lede informanterne eller lægge ord i munden på dem. Det var vores intention hele tiden at være omhyggelige med at lade informanternes ord være det styrende element. Imidlertid virkede det umoralsk ikke at anerkende vores egne forforståelser og fordomme, hvorfor vi er bevidste om dem i vores fortolkningsarbejde med empirien. Derudover kunne vi ikke komme udenom, at de teoretiske perspektiver var blevet en stor del af vores viden om feltet, hvorfor de uomgængeligt ville komme frem under vores bidrag til dialogen. Forud for interviewene forsøgte vi derfor at organisere vores viden om teorierne, så vi om intet andet var bevidste om, hvornår vi eventuelt havde en styrende påvirkning på samtalen. Dette gjorde, at vi blev mere bevidste om de formodninger, som vi ellers, mere eller mindre uvidende, ville have medbragt i interviewsituationen.

Til vores interviews anvendte vi det kvalitative forskningsinterview. Formålet hermed var at indhente information om undersøgelsens problemstilling hos vores informanter, ved at undersøge deres meninger, holdninger og oplevelser med selvmord og selvmordsforebyggelse i Danmark (Brinkmann & Tanggaard 2010:29). Dét, at vi valgte at anvende interview som vores primære metode til at konstruere empiri, var således med det formål at opnå viden i forlængelse af besvarelsen af problemformuleringen. Vi anvendte derudover det semistrukturerede interview. Det indbefattede, at vi strukturerede interviewguiden ud fra forudbestemte, men fleksible temaer, som derved gav os mulighed for at udforske samt inddrage nye temaer undervejs (ibid.:282). Den semistrukturerede interviewguide gav os således de bedste forudsætninger for at foretage ansigt-til-ansigt interview, da interaktionen mellem os, som interviewere, og informanten, var

afgørende for den viden, der kunne opnås under det givne interview. Med dette skal forstås, at forskellige former for relationer skaber forskellige former for viden. F.eks. kan en mere lyttende interviewer opnå viden om mennesker gennem deres egne ord, mens en mere konfronterende interviewer kan opnå viden om, hvordan mennesker argumenterer og forklarer sig (Brinkmann & Tanggaard 2010:33). Vi ønskede at opnå viden om, hvilke ønsker informanterne italesatte som centrale for deres opfattelse af den sociale interventions meningsfuldhed. Med det sagt er det værd at nævne, at vi stiller os kritisk over for de ønsker, informanterne italesætter. Nogen af informanterne kritiserer f.eks. den psykologiske praksis på baggrund af personlig erfaring hermed, men eftersom informanterne ikke er fagprofessionelle, ved de så, hvad der er bedst for dem selv? Eller kan der være grund til, at den psykologiske praksis er, som den er? Vi vil dog møde informanterne i øjenhøjde, da vi anerkender, at den enkelte, i en vis udstrækning, kender sig selv og sine subjektive ønsker bedst. Imidlertid tager vi det forbehold, at vi har at gøre med målgrupper, der må siges at have indadgående erfaring med et fænomen, der, som vi senere skal se i analysen, kan skabe problematikker for den enkeltes livskvalitet. Når dilemmaer som disse optræder i analysen, udpeger vi dem og stiller os kritisk over for, om informanten ved bedst.

Formålet, med valget af den semistrukturerede interviewguide, var således at give os, som interviewere, de bedste forudsætninger for at indtage en lyttende rolle, hvor vi anerkendte de relevante temaer, informanterne selv bragte i spil undervejs i interviewet. Vi vidste ikke på forhånd, om informanterne ville være motiverede, velformulerede og holde sig til temaerne i interviewet uden for mange sidespring (Kvale & Brinkmann 2009:187). Den ideelle informant eksisterer nemlig ikke. Med dette skal forstås, at vi er nødt til at anerkende, at forskellige mennesker egner sig til forskellige typer af interview (ibid.). Denne anerkendelse af informanternes forskelligheder gør, at vi, undervejs i interviewet, havde for øje, om den valgte interviewstil var egnet. Skulle vi være mere aktive eller mere tilbageholdende? (Brinkmann & Tanggaard 2010:33). Vi kunne således ikke på forhånd afgøre, om den mere lyttende og mindre styrende interviewer var den rigtige tilgang.

Selve interviewsituationerne var meget forskellige. Da vi interviewede Mia og Anna oplevede vi, at de snakkede meget og havde svært ved at holde sig til emnerne og formulere sig i nogenlunde korthed. Her måtte vi fra tid til anden forsøge at bringe dem tilbage til det oprindelige spørgsmål. Derimod var Maria svær at få til at reflektere over spørgsmålene, og hun svarede ofte "det ved jeg ikke" eller blot "ja". Derfor måtte vi forsøge at hjælpe hende på vej mod længere og mere uddybende svar. Søren, Louise og Mette var gode til at uddybe og reflektere over spørgsmålene, og holde sig til dem, og når samtalen bevægede sig væk fra det oprindelige spørgsmål, var det stadigvæk relevante emner og svar.

## Refleksioner om interviewsituationen

Under interviewene ville vi søge i dybden og opnå dybere forståelse for de situationer, informanten fortalte om. Vi søgte således ikke generaliserbar viden men prøvede i større grad at få de unikke og særegne fortællinger frem. Vi ville forstå verden fra informantens synspunkt. Under interviewene prioriterede vi



fortællingen og søgte de mere nuancerede beskrivelser. Af den grund blev vi nødsaget til at spørge ind til det, de havde oplevet. I interviewsituationen kunne vi mærke, at informanterne til tider havde svært ved at svare på vores spørgsmål – spørgsmål som vi også havde kvaler med at stille. Én af informanterne begyndte at græde under interviewet, og vi kunne fornemme, at flere af informanterne havde svært ved at beskrive det, de havde oplevet. Derudover blev vi naturligt meget rolige i vores kropssprog, snakkede en smule lavere og langsommere og blev hurtigt mere påpasselige i vores valg af formuleringer og ord. Dette understøtter blot, at selvmord er et tungt emne at føre en samtale om – specielt med personer, som har det så tæt inde på livet i det ene eller andet omfang. Vi kan, af den grund, sætte os ind i, hvorfor selvmord er så svært at tale åbent om. Det er et ømtåleligt emne, som er kompliceret at navigere i, fordi det indeholder så mange forskelligartede følelser.

## Interviewguide

Den interviewguide, vi anvendte til interviewene, tog udgangspunkt i valget om at foretage semistrukturerede interviews. Interviewguiden lagde ud med en briefing, som gennemgår præsentationen af os som interviewere samt interviewets formål, varighed, anonymitet samt, at det optages på lyd. Derefter tager den udgangspunkt i det Kvale og Brinkmann, i *”Interview”* (2015), betegner som et eksplorativt interview. Det indebærer, at interviewguiden er åben, samt at strukturen til en ringe grad er planlagt på forhånd (Kvale & Brinkmann 2009:126). Vi valgte den åbne tilgang til interviewet for at opnå en større inddragelse af informanternes tanker om den sociale intervention. Vi forsøgte med andre ord at give plads til informantens svar og derudover at give os selv mulighed for at følge informantens svar og på den måde søge ny information samt nye vinkler på emnet. Interviewguiden blev af den grund inddelt i temaer, der forsøger at indfange det, vi ønskede at opnå viden om. De temaer, der er fremtrædende i interviewguiden, er ligeledes de temaer, vi analyserer informanternes ønsker efter. Herved opstår der en sammenhæng mellem interviewguide og analysens struktur.

Interviewguiden er i høj grad inspireret af en række af selvmordsforebyggende tilbud, vi har i Danmark, som vi har prioriteret at tage afsæt i. På baggrund af en analyse af de udvalgte tilbud, som ikke endte med at blive en del af det færdige speciale, konkluderede vi bl.a. at GoMentor<sup>3</sup> på mange måder fremstår som en forretning med et økonomisk incitament frem for et selvmordsforebyggende initiativ med et ønske om at hjælpe mennesker, der, i en eller anden udstrækning, har selvmord inde på livet. Vores analyse af GoMentor har inspireret os ift. interviewguiden ved, at vi bl.a. spørger ind til informanternes holdninger til professionelles og frivilliges arbejde med selvmord. Hos GoMentor er man i kontakt med professionelle, og vi ønskede derfor, gennem vores informanter, at undersøge, om de havde behov for, at det var professionelle, der var en del af interventionen.

---

<sup>3</sup> GoMentor blev startet i 2010 og reklamerer med at være Danmarks største online-portal for samtaleterapi, coaching og personlig udvikling (GoMentor u.å). På hjemmesiden kan man vælge, om man ønsker samtale med personligt fremmøde, eller om samtalen skal foregå over videosamtale.

Klinik for Selvmordsforebyggelse<sup>4</sup> har det krav, at man skal have en henvisning fra egen lægen, før man kan blive tilbudt et behandlingsforløb. Af den grund valgte vi at inddrage spørgsmål om informanternes holdninger til at skulle have en henvisning fra egen læge, bl.a. om de selv ville se det som et benspænd inden at kunne modtage hjælp. Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse<sup>5</sup> har, ligesom Klinik for Selvmordsforebyggelse et krav om en henvisning fra lægen, dog adskiller Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse sig ved, at henvisningen fra lægen ikke er ensbetydende med, at man bliver godkendt til et behandlingsforløb, hvilket naturligvis er problematisk, da man derved risikerer, at én fagperson anerkender selvmordstankerne, mens en anden ikke gør. Livslinien<sup>6</sup> praktiserer frivillighed gennem telefon, chat og- netrådgivning og har præget interviewguiden gennem spørgsmålet om frivillighed. Vi spørger af den grund informanterne, om det har betydning for dem, om det er frivillige eller professionelle, de er i kontakt med. Derudover forsøger vi at undersøge, om informanterne har samme forventninger til frivillige og professionelle. Disse spørgsmål skal være med til at afgøre, om professionelle og frivillige kan udføre samme slags arbejde, eller om man bør overlade arbejdet udelukkende til professionelle.

Derudover har vi hentet inspiration fra *"Helende arkitektur"* (2009) samt *"Ordmylder, glasvægge og lysbad"* (2016), hvor vigtigheden af helende arkitektur understreges. Helende arkitektur er et designkoncept, der repræsenterer visionen om, at arkitektur og fysiske rum har indvirkning på både menneskeligt velvære, samt at arkitekturen kan medvirke til at styrke eller fremme en helingsproces hos den enkelte (Due 2016:23). Grundtanken er ikke, at arkitekturen i sig selv kan helbrede, men at den arkitektoniske udformning udtrykt i dagslysets kvalitet, rummenes stemning, farver, lyd og muligheden for at være privat og tryk kan understøtte den heling, der finder sted både fysisk og psykologisk (Frandsen et.al. 2009:4). Med inspiration fra helende arkitektur, beder vi bl.a. informanterne forestille sig de fysiske rammer for den sociale intervention. Med det sagt, er det centralt, at læseren ikke synes, at vi underminerer emnets alvor ved at stille lavpraktiske spørgsmål. Disse lavpraktiske spørgsmål er netop vigtige, da lavpraktiske elementer, som f.eks. et rums farve, kan have indvirkning på os mennesker. Vi ønsker at udvikle en social intervention, der kan bidrage til positive forandringer ved at forbedre marginaliserede og udsatte gruppers vilkår og dermed deres muligheder for et bedre liv, og derfor må de lavpraktiske spørgsmål stilles på lige fod med andre spørgsmål.

---

<sup>4</sup> Klinik for Selvmordsforebyggelse findes i alle landets regioner, hvor der tilbydes behandling og professionel hjælp til personer, som har plagsomme selvmordstanker, eller, som i forbindelse med kriser og belastninger, har forsøgt selvmord (Klinik for Selvmordsforebyggelse 2013).

<sup>5</sup> Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse er et gratis tilbud til alle, der har forsøgt at begå selvmord eller har oplevet at have overvejelser herom. Formålet er at afhjælpe og støtte den enkelte således, at han eller hun kommer væk fra tanker om håbløshed og selvmord. Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse består af et tværprofessionelt team af psykologer, sygeplejersker og socialrådgivere samt en læge med speciale i psykiatri (Kompetencecenter for selvmordsforebyggelse 2014).

<sup>6</sup> Livslinien er en landsdækkende frivillig organisation, hvis formål er selvmordsforebyggelse. De kerneydelser, der tilbydes, er anonym rådgivning til selvmordstruede, deres pårørende og efterladte. Rådgivningen varetages af Livsliniens frivillige rådgivere på hhv. telefon-, net-, og chatrådgivning (Livslinien 2017). Modsat de tre ovenstående tilbud, er Livsliniens rådgivere frivillige og derfor ikke nødvendigvis uddannede psykologer, coaches, terapeuter eller lign.

Vi har desuden været inspireret af Psykiatrisygehus Slagelse, som er det første, nybyggede psykiatriske sygehus i Danmark i omkring 100 år. Det er Karlsson Arkitekter, der har slået stregerne på arkitekttegningerne og har været inspireret af helende arkitektur. Igennem interviews og møder om helende arkitektur med fremtrædende aktører på det skandinaviske hospitalsområde, er det erfaret, at der er en bred erkendelse blandt disse af, at faktorer som lys, udsigt, støjreduktion, farvesammensætning og kunst skal tages med i de væsentlige betragtninger angående hospitalsdesign (ibid.:3). Interviewguiden, som kan læses i bilag 1, er således i høj grad inspireret af helende arkitektur, hvorfor vi bl.a. spørger ind til arkitekturen, de fysiske rum, udendørsarealer og lign. Vi arbejder således, i forlængelse af ovenstående, med faktorer som lys, udsigt, lyd, farvesammensætning og kunst og tager alle dele af den fysiske udformning af den sociale intervention til revision – helt ned til mindste detalje.

### Etiske overvejelser: Opmærksomhedspunkter ved deltagelse

I undersøgelser, hvor der benyttes interview som metode, er det væsentligt at gøre sig tanker om samtykke. Samtykke betyder, at informanterne deltager af egen fri vilje, men det indebærer ligeledes, at informanten informeres om undersøgelsens overordnede formål og om hovedtrækkene i designet (Kvale & Brinkmann 2009:89). Vi kontaktede, som beskrevet ovenfor, informanterne via Facebook-opslag i relevante grupper, hvor vi opfordrede dem til at kontakte os, hvis de ønskede at deltage. Opslagene indeholdt en kort præsentation af undersøgelsen, samt hvilken rolle de, som informanter, skulle forvente at have. Informanterne var således bekendte med specialets overordnede tema, som vi ønskede at berøre i interviewene. En måde, vi ellers kunne have informeret informanterne om interviewets tematikker, var, ved at give en debriefing efter interviewet. I dette speciale er debriefing blevet anvendt, hvis informanten ønskede at få afklaret den konkrete anvendelse af interviewet. Vi briefede dem desuden om, at interviewene ville indgå som datagrundlaget for specialets analyse.

Informanterne blev, forud for interviewet, opfordret til ikke at udlevere sig selv eller andre, hvis ikke de var komfortable med det. Fortrolighed er således et væsentligt opmærksomhedspunkt. Vi understregede derfor, at fortrolighed var noget, vi tog seriøst, hvorfor det udelukkende var op til dem, hvad og hvor meget de havde lyst til at dele med os. Vores informanter havde selv sagt mulighed for at være anonyme med tanke på niveauet af personlige informationer og fortællinger under interviewene. Vi besluttede dog efterfølgende at anonymisere alle informanterne, selvom ingen af dem direkte ønskede at være anonyme. Det har vi gjort af hensyn til informanternes sikkerhed, som vi ville omgå med særlig omhyggelighed. Det betyder, at vi har taget alle de nødvendige forholdsregler for at sikre, at samtlige informanter forbliver aldeles anonyme, hvorfor vi bl.a. har givet dem nye navne. Vi har, udover at spørge ind til anonymitet, spurgt informanterne, om vi måtte lydoptage interviewene, hvilket alle gav samtykke til, og herved understreget, at det kun var os, der ville lytte til samt transskribere interviewene.

Et sidste opmærksomhedspunkt var, hvilke konsekvenser, der kunne være for informanten ved at deltage i et interview. Ifølge Steinar Kvale (1938 – 2008), norsk professor i pædagogisk psykologi, bør summen af potentielle fordele for informanten, og betydningen af den opnåede viden, vægte højere end risikoen for at skade informanten (ibid.). Et eksempel på en skadelig situation for informanten kunne være, hvis han eller hun talte over sig. Som interviewere var vi derfor opmærksomme på, hvorvidt informanten blev forført af interviewsituationen og kom til at give udtryk for nogle informationer, som på senere tidspunkt kunne fortrydes (ibid.). Vi valgte ikke at håndtere dette ved at sende transskriptionen til informanten til godkendelse, men har i stedet aftalt, at vi sender det færdige speciale, så de kan godkende produktet af interviewene og de konklusioner, vi har fremmanet. I nogle af interviewene har informanten givet direkte udtryk for, at de ikke ønskede, at en specifik del blev transskriberet, da det har indeholdt personlige informationer om andre mennesker. Dette har vi selvsagt overholdt, og derfor er visse dele af nogle af interviewene ikke transskriberet.

### Generaliserbarhed, validitet og reliabilitet

Specialets generaliserbarhed er begrænset. Dette skyldes, at to personer fra én målgruppe langt fra repræsenterer hele populationen i målgruppen. Det var dog kompliceret at rekruttere flere informanter, formentligt pga. tabuiseringen af emnet, hvor stigma nemt opstår. Stigmatiseringen opstår sandsynligvis, fordi menneskene, tilhørende disse målgrupper, adskiller sig fra flertallet.

En begrænset generaliserbarhed er et af de kritikpunkter, de kvalitative metoder ofte mødes af (Kvale & Brinkmann 2009:191). Vi læner os derfor op ad Kvale og Brinkmanns definition af, hvad en kvalitativ undersøgelse kan: *"Antallet af interviewpersoner afhænger af formålet med undersøgelsen. I postmoderne opfattelser af samfundsvidenskaberne er den universelle generalisering som mål, erstattet af muligheden for at overføre viden fra én situation til en anden, under hensyntagen til den sociale videns kontekstualitet og heterogenitet"* (ibid.: 193). Formålet med undersøgelsen har aldrig været at generalisere ukritisk, men at tage hensyn til feltets kompleksitet og kontekstualitet, hvilket har styrket vores evne til at reflektere over dilemmaer og svære emner uden at have behov for at kunne udlede generaliserende viden. Det har udvidet vores videnshorisont og vores måde at tænke på. Vi ser vores informanter som havende unik viden om samt erfaring med feltet. De er rent ud sagt eksperter i deres eget liv. Det er derfor deres unikke følelsesliv, vi har været interesserede i fra start af. Hvem er de? Hvad har de oplevet? Hvordan reagerede de? Hvilke ændringer i deres livskvalitet, har det medført? Og hvad kan vi gøre for at forbedre deres levevilkår?

Specialets fokus på kvalitative metoder kombineret med de forholdsvis få informanter gør det altså kompliceret at komme med generelle antagelser. Derfor kunne vi fristes til at sige, at udsigelseskraften er begrænset. Men selvom vores analyse bygger på materiale, der i en vis forstand er enestående, kan den påpege generelle træk (Riis 2005:161). Vi ønsker derfor at udpege almene antagelser om feltet. Dvs. at vi kan anvende vores teori som udgangspunkt for sammenligning. Dette beskriver Ole Riis i bogen

”Samfundsvidenskab i praksis” som ”analytisk generalisering”. Vores forhåbning er derfor, at specialets konklusioner kan udtrække nogle tendenser. Resultaterne af vores analyse kommer af den grund aldrig til, meningsfuldt, at kunne generaliseres til en større population. I tilfælde af, at der opstår tendenser, kan vi dog pege på, at der formentligt er nogle generelle, menneskelige grundvilkår på spil på tværs af målgrupperne.

Validitet hentyder til, i hvilket omfang problemformuleringen besvares og kan betragtes som gyldig (Bo i Jacobsen 2002:70). I dette speciale har vi forsøgt at sikre validiteten gennem en række af tiltag. Her er der tale om en nærlæsning af relevante og aktuelle undersøgelser og baggrundsmateriale. Derudover har vi søgt støtte i de tværvideenskabelige teoretiske perspektiver på selvmord. Imidlertid er mængden af teorier om selvmord stor, hvormed alle de valg, vi har taget, ligeledes har medført fravalg. Vi er dog gået systematisk til værks, hvormed fravalg selvsagt er givet. Ydermere har vi forsøgt at sikre validiteten gennem vores særlige blik på selvmord, hvor vi netop har bevæget os ind i grænselandet mellem de etablerede videnskabelig skel, der rækker udover de videnskabelige grænser. Slutteligt beror vores forskning på empiri.

## Analysestrategi

Dette afsnit har til formål at beskrive, hvordan vores teori er operationaliseret. Med dette menes, at vi nedbryder de teoretiske begreber i deres forskellige dimensioner og tager stilling til, hvilke dimensioner, der er relevante for problemstillingen. I dette speciale har vi dog mere end én teori, hvormed vi vil forholde os til de nøglebegreber, vi udpegede i opsamlingen sidst i det teoretiske afsnit. Skulle der dukke begreber op i analysen, som ikke er en del af de nøglebegreber, vi udvalgte, vil vi operationalisere disse løbende.

## Psykisk smerte (psychache)

I Shneidmans definition af psychache, dækker begrebet over en række mindre begreber (*inimicality*, *perturbation* og *constriction*), som tilsammen udgør uudholdelig psykisk smerte. I analysen vil vi i mindre grad anvende de begreber, der tilsammen udgør psychache og i stedet fokusere mere overordnet på den psykiske smerte, begrebet dækker over. Hvor Shneidmans definition af psychache dækker over *uudholdelig* psykisk smerte, vil vi anvende begrebet mere generelt ift. psykisk smerte. Dette gør vi, da det er svært at gradbøje psykisk smerte, da vi formoder, at psykisk smerte opleves individuelt. Vi har f.eks. en formodning om, at personer, der i en vis udstrækning er mere sårbare, bl.a. som følge af traumatiske begivenheder, kan opleve livets udfordringer forskelligt fra, hvordan de almindeligvis opleves. Dermed kan en uudholdelig psykisk smerte for nogen være uholdelig for en anden. Vi vil således anvende psychache som synonym for psykisk smerte generelt, uanset sværhedsgraden heraf. Med det sagt sætter vi ikke lighedstegn mellem psychache og psykisk sygdom, men anser psykisk smerte som en tilstand, alle kan opleve, psykisk syg eller ej. Psykisk smerte dækker således over alt det, der kan belaste os psykisk, f.eks. at blive droppet af kæresten.

## Håbløshed

Becks definition af håbløshed rummer elementer af bl.a. lavt selvværd og selvtillid, selvkritik og -bebrejdelse. Vi vil dog behandle disse begreber som særskilte risikofaktorer, uafhængigt af håbløsheds-begrebet. I analysen

vil vi således anvende håbløshed som sit eget begreb, der ikke nødvendigvis dækker over mere end blot håbløshed. Vi vil desuden anvende begrebet som udtryk for en mental tilstand frem for en følelse. Dette gør vi, da vi har en formodning om, at det ofte er vores tanker, der medfører håbløshed og ikke det, vi oplever. Vi anvender således håbløshed som en psykisk tilstand, en person kan være i/lide af. Vi vil desuden anvende håbløshed i samspil med psychache, da psychache således kan medføre håbløshed. Med det sagt tager vi ikke afstand fra, at situationer, vi oplever, kan medføre håbløshed, blot at vi ser en klar sammenhæng mellem en persons mentale tilstand og følelsen af håbløshed.

### Modløshed

Maris omtaler ikke direkte begrebet modløshed. Vi vælger dog at trække paralleller mellem den måde, han forklarer selvmord på, og modløshed. Maris forklarer selvmord som en persons manglende evne eller lyst til at acceptere de betingelser, den menneskelige væren sætter for den enkelte. Der må således være tale om en form for modløshed. I analysen vil vi ligeledes anvende begrebet som en mental tilstand – i dette tilfælde en tilstand, der er præget af mangel på optimisme. Modløshed dækker, i vores anvendelse, over begreber som nedtrykthed, mismod, negativitet og frustration og kan sidestilles med tunnelsyn.

### Sårbarhed for at udvikle selvmordsadfærd

Lesters definition af *suicide as a learned behavior* dækker over et mere behavioristisk syn herpå, nemlig gennem stimuli og respons som udtryk for operant betingning. Vi ønsker dog at udvide begrebets anvendelsesmuligheder. Dette gør vi ved, at begrebet, i vores anvendelse heraf, ligeledes dækker over en mere generel sårbarhed for at udvikle selvmordsadfærd. Dvs. at der i vores anvendelse af begrebet stadigvæk et element af, at sårbarheden er opstået som reaktion på en eller flere (traumatiske) begivenheder, i modsætning til kun at være adfærd, der er tillært.

### Selvhad

Freuds fokus er ikke på selvhad, som er det nøgleord, vi har udvalgt i læsningen af hans teori. Freuds teori centrerer sig nærmere om objekttab og den sorg - det være sig den naturlige sorg eller den melankolske sorg - dette medfører. Det, vi særligt bed mærke i, i læsningen af Freuds teori, er imidlertid hans pointe om, at den person, som lider af den melankolske sorg, har tendens til at vende sin aggression indad, netop fordi objekttabet er abstrakt. Når objekttabet er abstrakt, er der nemlig ikke en person eller en ting at vende aggressionen mod. Det vil således sige, at indadvendt aggression må være en form for selvhad. Selvhad er imidlertid et ret intenst udtryk, hvorfor vi, i modsætning til vores valg om ikke at gradbøje psykisk smerte, vælger at gradbøje selvhad, så begrebet indeholder flere niveauer. I vores anvendelse af selvhad, vil begrebet således dække over selvhad spændende fra følelsen af skyld og skam til mere aggressive former for selvhad, f.eks. selvskade. Til en vis udstrækning vil vi derfor ligeledes trække paralleller mellem selvhad og selvmord og selvmordsforsøg, dog med det forbehold, at selvmord og selvmordsforsøg kan være en reaktion på flere udløsende faktorer, som ikke nødvendigvis har noget med selvhad at gøre. Derudover vil vi i nogle tilfælde

anvende selvhad i forbindelse med sårbarhed for at udvikle selvmordsadfærd, forstået på den måde, at nogle grader af selvhad må ses som en type selvmordsadfærd, der kan være opstået på baggrund af en eller flere begivenheder.

### Problematiske samfundsforhold

Durkheims teori omhandler graden af social integration og -regulering, hvor samfundet ideelt bør befinde sig i en tilstand, hvor der er balance i den enkeltes tilknytning til samfundet, samt den sociale kontrol. Dvs., at Durkheims teori tager udgangspunkt i specifikke samfundstyper, der tilsammen siger noget om kvaliteten af det liv, der kan leves i samfundet. I vores anvendelse af Durkheims teori vil vi netop fokusere på problematiske samfundsforhold som en helhed og således ikke fokusere på, om der er tale om for lidt eller for meget social integration eller regulering. Vi vil anvende Durkheim til at kunne sige noget om, hvorvidt der er de rette samfundsmæssige betingelser til stede for, at den enkelte kan leve det bedst mulige liv.

### Opsamling

Vi har operationaliseret de nøglebegreber, vi udvalgte tidligere i specialet, som vi således vil anvende ift. empirien. Med det sagt ved vi, at der er dimensioner af interviewene, hvor begrebernes anvendelsesmuligheder er begrænset. Denne begrænsning opstår, når informanterne bringer begreber i spil, f.eks. forståelse og empati, som ikke indgår som en del af de teoretiske perspektiver, vi har prioriteret. Dette løser vi ved løbende at inddrage relevant viden dér, hvor de udvalgte nøglebegreber kommer til kort. Af den grund vil analysen af empirien hvile på mere end på de teoretiske perspektiver, men ligeledes trække på centrale pointer fra andre undersøgelser og baggrundsmateriale.

## Analyse og diskussion

Formålet med dette afsnit er, gennem en analyse og diskussion af empirien, at udlede, hvordan vi bedst kan forbedre vilkårene og muligheden for et bedre liv for målgrupperne, gennem udviklingen af en social intervention. Analysen har derudover til formål at danne fundament for en tværgående analyse, som tager udgangspunkt i at komprimere informanternes individuelle ønsker til én social intervention. Vores vision er, at informanterne bliver hørt, samt at alle ønsker, store som små, bliver beskrevet.

### Målgruppe: selvmordstruede

#### Delanalyse 1: Mia

Mia er 28, førtidspensionist og bor i Kolding, men er oprindeligt opvokset i Seest (bilag 2:1). De tidligste selvmordstanker optrådte, da hun var ca. 12 – 13 år, og i 2007 blev hun diagnosticeret med depression. Mia fortæller, at hendes liv gradvist bliver værre i løbet af 2007 – 2008, hvor hun skærer i sig selv, udvikler en spiseforstyrrelse og angst, og er meget deprimeret (ibid.:2). Dét, at Mia skar i sig selv, er en form for selvhad, der formentlig kan sidestilles med selvmordsadfærd, da denne type selvhad, i vores anvendelse af begrebet,

læner sig mod en mere ekstrem form for selvhad sammenlignet med f.eks. følelserne skyld og skam. Denne adfærd kan være opstået i takt med fremkomsten af den depression, hun blev diagnosticeret med.

Derudover kommer Mia fra et ”meget, meget dårligt miljø” (ibid.), hvormed vi kan udlede, at der ikke har været de mest ideelle betingelser for en høj livskvalitet. Det faktum, at Mia voksede op i et dårligt miljø, må anses som et problematisk samfundsforhold. Mia fortæller, at hun nok burde være blevet tvangsfjernet fra sin mor, da hun var barn (ibid.:13), hvilket tyder på, at der, udover at være tale om problematiske samfundsforhold, ligeledes kan være tale om begrænsende, hjemlige betingelser. Hun går ikke i yderligere detaljer med dét men fortæller, at den familie, hun har, ikke er nogen familie (ibid.:3). Hun fortæller også, at hun ikke blev hørt i sin barndom (ibid.:4), hvilket ligeledes leder tankerne hen mod problematikker i hjemmet. Arbejder vi ud fra den præmis, kan der være sammenhæng mellem Mias sociale arv og hendes udvikling af bl.a. depression, selvskaade og spiseforstyrrelse. Social arv er betegnelsen for den påvirkning, barndommen har på voksenlivet, hvor vores forældre, opvækst og omgivelser har indflydelse på de voksne, vi bliver. Det gælder både uddannelse, privatliv, karriere og forbrug eller misbrug. I en vis udstrækning arver vi vores forældres sociale status, værdier, interesser, adfærd, problemer og evner, hvormed social arv både kan være positiv og negativ. I Mias tilfælde må der være tale om negativ social arv. Et barns opvækst i et utrygt miljø, hvor forældrene har problemer, kan nemlig få den konsekvens, at børnene genskaber deres forældres mønstre (Svalgaard 2013). Maris nævner ikke betegnelsen social arv, men peger dog på, at børn opvokset i familier, hvor de er vidne til f.eks. psykisk sygdom, misbrug eller lign., er disponerede for at begå eller forsøge at begå selvmord. Vi trækker således paralleller mellem Maris’ teori og social arv. Sagt på teoretisk vis kan vi udlede, at Mias *selvmordskarriere* startede tidligt. Med selvmordskarriere mener vi, at Mia udviklede en sårbarhed for at udvikle selvmordsadfærd pga. gentagne traumatiske begivenheder. Dette har forhøjet hendes tilbøjelighed til at udvise selvmordsadfærd. Denne sårbarhed har således været der, fra Mia var barn og udviklet sig i takt med, at hun blev udsat for gentagne stressfaktorer, hvor sårbarheden, som vi skal se senere, til sidst blev udløst og resulterede i selvmordsforsøg. Det tyder på, at der, i en vis udstrækning, er sammenhæng mellem traumatiske begivenheder med begyndelse i barndommen og øget risiko for selvmord.

I forlængelse af ovenstående, kan vi ligeledes udlede, at en udslagsgivende faktor for Mias *selvmordskarriere* kan have været svigt. Med tanke på Mias fortælling om hendes barndom, formoder vi, at Mia til en vis grad må have følt sig svigtet af sin mor, hvilket har ødelagt objektrelationen mellem dem. Mia rettede som følge heraf aggressionen indad, som derfor ligeledes kan spille en rolle i Mias selvhad.

Mia fortæller desuden, at i perioden 2007 – 2008 følte hun sig modløs, og livet virkede håbløst. I den periode må Mias syn på verden, og hendes væren heri, være påvirket af en mental tilstand præget af tunnelsyn, som ikke gav anledning til håb om, at tingene ville vende. Der begynder at danne sig et billede af, hvorfor Mia drak en hel flaske alkohol og slugte 5 håndfulde Panodiler i oktober 2009. Inden da blev hun udsat for seksuelt overgreb af sin grandkusine, hvilket ikke er det første overgreb, hun har været udsat for. Dette må anses som



en, af gentagne, stressfaktorer, der ligger til grund for Mias selvmordsforsøg. På det her tidspunkt forud for selvmordsforsøget, er hun desuden stemplet som ” [...] *billig, arrogant, overfladisk, manipulerende, af mine venner. Og jeg er i et meget usundt drukmiljø, hvor det hele tiden handler om, at man skal ud at drikke. [...] Og jeg er på det her tidspunkt tilknyttet psykiatrisk regi, og jeg er blevet stigmatiseret for fuldt smadder.*” (bilag 2:2).

Mia oplevede at blive stigmatiseret pga. sin tilknytning til psykiatrisk regi, hvilket må anses som et problematisk samfundsforhold. Det er nemlig et udbredt fænomen ifølge projektleder i det nationale sekretariat i EN AF OS, psykolog Johanne Bratbo. Det viser to diskriminationsundersøgelser, som Landsindsatsen EN AF OS har gennemført i hhv. 2013 og 2015. Undersøgelserne viste bl.a., at 9/10 informanter havde oplevet at blive forskelsbehandlet inden for det sidste år pga. deres psykiske lidelser (Bratbo u.å). Derudover kan denne stigmatisering have medført psykisk smerte, som netop dækker over psykisk belastende begivenheder, hvilket det at blive stigmatiseret, må kunne kategoriseres som. Mia befandt sig desuden i en omgangskreds, hvor store mængder alkohol var involveret, og hun nævner løbende, at det især har været til fester, at hun har drukket en masse alkohol og efterfølgende fået selvmordstanker (ibid.:5;6). Spørgsmålet er, om indtagelsen af de store mængder alkohol er et symptom eller en årsag. Drikker Mia, fordi hun er selvmordstruet, eller er hun selvmordstruet, fordi hun drikker? Som tidligere beskrevet er misbrugere i forhøjet risiko for at begå selvmord. Med det sagt fremstår Mia ikke som alkoholiker, men alkohols betydning for Mias selvmordstanker er værd at italesætte. I hvert af de tilfælde, Mia har haft selvmordstanker eller forsøgt at begå selvmord, som hun fortalte om, var alkohol nemlig involveret. Det kan tænkes, at Mias ”misbrug” var en form for selvmedicinering, men det lader i højere grad til at være alkoholen, der fremmaner selvmordstanker frem for at dulme dem.

Mia fortæller, at i dén periode havde hun stort behov for hjælp til sin angst, lave selvværd og ”*seksuelle forstyrrelse*”. Hun kan ikke huske, om hun nævnte, at hun havde selvmordstanker, men det blev genereret til, at hun ”*bare skulle på piller*”. I oktober bliver hun udsat for endnu et seksuelt overgreb. Selvmordtanker og forsøg på selvmord er ikke ualmindelige efter et seksuelt overgreb ifølge psykolog Annalise Rust, Center for Voldtægtsofre, Rigshospitalet (Rust 2006:6). Mia oplever derudover at blive påkørt, som gav hende en hjerneblødning og bl.a. er en af grundene til, hun er førtidspensionist. Efter trafikuheldet blev Mia placeret på et psykiatrisk bosted, som hun ikke var glad for.

Mia lister en række faktorer op, der, ifølge hende, får afgørende betydning for dét, der sker senere i fortællingen. Hun nævner bl.a. et seksuelt overgreb af en psykiater, dårlige behandlere, at blive modarbejdet af kommunen, lavt selvværd samt manglende støtte fra sin familie – alle sammen stressfaktorer, der kan have haft indflydelse på, at hun d. 9. oktober 2009 drikker en hel flaske rom. ”*Og jeg ringer så til personalet, fordi jeg vil gøre det klart over for dem, at de hjalp ikke. Og jeg vil så gerne snakke, men de vil ikke snakke, fordi jeg har drukket, og så siger jeg ”fint, så tager jeg en overdosis*”. (bilag 2:3). Hun vælger så at tage fem håndfulde

Panodiler. Mia uddyber og fortæller, at selvmordsforsøget var ment som en protest og et opråb om hjælp. Ifølge Paul Videbech, professor i psykiatri, overlæge, dr.med. ligger der ofte ikke et egentligt ønske om at dø bagved et selvmordsforsøg, men at det snarere skal ses som et råb om hjælp (Videbech 2013). Mia ender også med at ringe til personalet på bostedet, hvorefter hun bliver udpumpet. Mia fortæller dog, at hun blev i tvivl om, hvad det var, hun ville. Kan det betyde, at hun rent faktisk var i tvivl om, hvorvidt det bare var en protest eller et reelt ønske om at dø? Det kommer Mia ikke nærmere ind på men fortæller, at hun har et underliggende behov for at lege med skæbnen, bl.a. ved at tage dobbeltdosis psykofarmaka.

Den resterende del af Mias fortælling er koncentreret omkring menneskelige relationer, som er dysfunktionelle (bilag 2:4ff). Disse relationer er præget af mistillid, løgne og intern konkurrence. I den forbindelse nævner Mia især én veninde, som hun selv beskriver at have en usund relation til, da de bl.a. konkurrerer om drenges opmærksomhed, når de er til fest. Hun fremhæver en speciel aften, hvor hun, efter et skænderi med veninden over en fyr, begynder at få selvmordstanker, der udvikler sig til en *”decideret selvmordstrang”*. *”Altså hele min krop er fyldt med det her ønske om, at jeg skal begå selvmord. Og jeg har meget grafiske indre billeder af at skære i mig selv og sådan nogle ting.”* (ibid.:6). Det tyder således på, at Mias usunde relationer og alkohol bl.a. er udløsende faktorer for hendes selvmordsadfærd.

#### *Den sociale intervention*

Ifølge de fysiske rammer for den sociale intervention, forestiller Mia sig en kombination mellem nyt og gammelt, f.eks. et fornyet gods, gerne i jordfarver, *”[...] sand, beige, et eller andet.”* (ibid.:7). Og så må der gerne gøres noget *”ekstra”* ud af malingen, så det får en kunstnerisk fremtoning. *”Og så igen, at det ikke er hvidt, og hvor indretningen ikke ligner noget, hvor der... Altså, der skal være personlig indretning.”* (ibid.). Det, vi kan tyde ud fra ovenstående, er, at Mia ikke ønsker, at stedet skal minde om et traditionelt hospital, men have personlighed. Vi forbinder gerne personlig indretning med noget, der hører til i hjemmet, som bl.a. symboliserer tryghed og harmoni (Stéfansson 2009). Det kan således tyde på, at Mia har behov for at føle sig hjemme, fordi det er der, hun er tryk og tilpas.

Det udtryk, personalet skal have, skal være imødekommende, men ikke glad. Det har altid provokeret Mia med for smilende behandlere, *”fordi det er sådan lidt, at man er der af alvorlige årsager.”* Som tidligere nævnt stiller vi os kritisk over for, når informanterne er kritiske over for en eller flere fagprofessioner. Det kan således tænkes, at de behandlere, Mia har været i kontakt med, har været smilende af en grund. Det kan diskuteres, om Mias behov for seriøsitet ikke blot skyldes hendes oplevelser med *”for glade”* behandlere, men ligeledes har rødder i, at hendes situation flere gange er blevet talt ned. F.eks.: *”Jeg var på det her bosted, og der var en, der sagde, jeg var psykisk syg med intet andet end psykisk sygdom. Hun gav mig også skylden for et overgreb, jeg var udsat for.”* (bilag 2:3).

Da vi spørger, hvilke behov Mia har for den indvendige indretning, fortæller hun, at det godt må være "loungeagtigt", hvilket igen leder tankerne tilbage til hjemlig tryghed. Derudover skal der være tilpas store lokaler, hverken for lyst eller mørkt, og det må ikke være for klinisk.

*"C: Så det skal ikke ligne et hospital?"*

*I: Præcis ja. Eller en institution eller noget i den dur. Og så tænker jeg trædøre. Og at der er.... At man har haft fat i en portrætkunstner eller et eller andet, så der er billeder på væggene. [...] Det skal også være et sted, hvor der er en god ventilation, hvor når man kommer ind, man kan mærke "okay, her er der god luft". Ikke noget med, at luften bliver kvalt i væggene. Og så tænker jeg, at hvis vi går ind i rummene, må de ikke være for kontoragtige og heller ikke for hospitalsagtige."* (ibid.:8).

Mia italesætter god luft som et ønske. Vi forestiller os, at dette kan være et bogstaveligt ønske - at kunne trække vejret uden at føle sig kvalt. Men vores tanker glider hen på en mere symbolsk fortolkning, evt. i forlængelse af at trænge til et pusterum for ikke at blive kvalt af tanker, ophobede følelser og lign. Mia beskriver nemlig, at desto flere følelser, hun ophober, jo mere kommer de til overfladen, samtidig med, at hun har "store ting" at tænke på (ibid.:4). Det kan tænkes, at Mia kan blive kvalt i sine egne tanker, som kan være udtryk for psykisk smerte, og har brug for "luft".

Mia forestiller sig desuden, at der skal være udendørsarealer tilknyttet den sociale intervention. Her er det central, at der er åbent, "[...] og at der ikke er en direkte grænse mellem "os" og "dem", hvor de kan kigge ind på os nødder." (ibid.:8). Det er altså vigtigt for Mia ikke at føle sig stigmatiseret som tilhørende "den ene" eller "den anden" gruppe. Hun fortæller ydermere, at der med fordel kan være små stier og bænke og evt. en lille sø (ibid.).

Da vi spørger ind til Mias holdninger til frivillige og professionelle, svarer hun, at "det vigtigste for mig, det er, at den person, er i det, fordi de vil det, og ikke bare fordi, de kan det. Så jeg vil hellere have en person, der på en eller anden måde er livsklog." (ibid.:9). Men ved Mia egentlig, hvad der er bedst for hende? Som tidligere nævnt anser vi informanterne som eksperter i deres egne liv. På den anden side kan det tænkes, at personer, der har været udsat for så meget, som Mia f.eks. har, ikke ved, hvad de har mest brug for. Vi stiller os derfor kritisk over for Mias ønske, da det betyder, at adskillige professioner skal ændres, og hele vores syn på udredning, behandling, hjælp og støtte skal ændres. Det kan dog tænkes, at denne type forandring ville gavne i det selvmordsforebyggende arbejde med tanke på selvmordsratens plateau.

For Mia er det altså centralt at blive mødt af et menneske, som har den korrekte motivation, i form af en oprigtig lyst til at gøre en forskel. Dvs., at denne persons uddannelsesmæssige baggrund i og for sig ikke har afgørende betydning for Mia. Mia uddyber, at hvis det er en, der er uddannet, skal de ikke have en "forvrænget forestilling" om, at Mia er "sådan en". Her står det igen klart, at Mia har behov for ikke at føle sig sat i bås og

stigmatiseret. Det peger på, Mia ønsker at blive mødt af et menneske, der ser hende som et menneske, uafhængigt af hendes diagnoser osv. Der kan altså være tale om, at vi skal møde mennesket på en anden præmis end den, vi møder det på nu. Mia fortæller desuden, at det vigtigt for hende, at personen, uanset om det er en frivillig eller professionel, tager ansvar (ibid.).

Ift. henvisning fra egen læge, forklarer Mia sig kortfattet. Hun synes, det er vigtigt, at man kan modtage hjælp uden henvisning, fordi det bliver en hindring i en ellers uoverskuelig hverdag at skulle om egen læge først (ibid.:10). Som det kunne læses i metoden, kræver flere af de forebyggende tiltag i Danmark, at man får en henvisning fra egen læge. Det, Mia fortæller, tolker vi som et ønske om at fjerne kravet om henvisning, da dette kan afholde nogen personer fra at søge hjælp. Det er derfor essentielt, at vi udvikler den sociale intervention med henblik på at gøre processen for hjælp og støtte overskuelig.

Mia har til gengæld en del at sige ift., hvem den ideelle psykolog eller psykiater er. Hun fortæller, at viden er vigtigt, specielt om årsagsfaktorer. Derudover sætter Mia stor pris på, at der bliver taget udgangspunkt i hendes unikke livshistorie (ibid.). Personen skal fokusere på at finde ud af, hvem Mia er, hvad hun kæmper med, og hvorfor hun kæmper med det og desuden bidrage til en tryk og tillidsfuld atmosfære. Spørgsmålet er dog, om den psykologiske praksis ikke allerede hviler på dette fundament? Derfor kan det diskuteres, om Mias møde med psykiatrien, har været uheldigt, eller at der måske er behov for forandring inden for denne praksis.

Ift. alder og køn spiller det ikke den store rolle for Mia, selvom det godt kan være *"intimiderende"*, hvis det er en, der kommer lige fra skolebænken (ibid.:11). Det er fremtoning, modenhed, personlighed, der er centrale for Mia. Hun fortæller dog ligeledes, at køn godt kan have en betydning, hvis en person f.eks. er blevet udsat for seksuelt overgreb. Det er generelt vigtigt med en person, der kan forholde sig til de ting, Mia fortæller. Vi går således ud fra, at Mia har behov for, at personen skal have empati, altså evnen til at sætte sig i Mias sted med genkendelse og forståelse. Det kan tænkes, at Mia måske har oplevet at føle sig misforstået, eller at folk omkring hende har haft svært ved at forstå hende. Det bekræftes af, at *"medfølelse"* bl.a. er et af de karaktertræk, Mia nævner, når vi spørger hende, om hun kan beskrive den ideelle psykolog eller psykiater med stikord (ibid.). Psykologen eller psykiateren skal ydermere være en, der lytter. *"En deltagende lytter, men en, der lytter."* (ibid.:12). Her taler Mia sig ind i den psykologiske praksis' præmis. Dog må hendes ønske være et udtryk for, at hun ikke har oplevet at blive lyttet til.

Personen skal desuden tage afsæt i de ønsker, Mia har:

*"Er det en decideret indsigt i, jamen hvorfor reagerer de, som de gør. Og også igen, hvordan er der behov for, det bliver formuleret? Fordi noget, jeg synes, der er det værste, som mange behandlere gør, det er, at de bruger diagnostiske udtryk, som normale mennesker simpelthen ikke kan forstå. "Du har tankeforstyrrelse" eller "du er depressiv". [...] Jo mere, jeg bliver udsat for de ord, desto mere begynder jeg selv at bruge dem."* (ibid.).

Mia taler sig ind i en problematik, som Brinkmann bl.a. beskæftiger sig med. Brinkmann peger på, at et diagnostisk sprog har vundet indpas i vores samfund. Det diagnostiske sprog er karakteriseret ved, at menneskelig lidelse forstås i form af symptomer og diagnoser (Brinkmann 2014:634). Mia ønsker således, at tristhed ikke bliver gjort til depression og lign. Psykologen eller psykiateren skal ergo tage udgangspunkt i de ord og formuleringer, som Mia selv anvender.

I forlængelse af ovenstående spørger vi Mia, hvad interventionen skal tilbyde. Hun svarer, at det er vigtigt at komme uden om lange spørgeskemaer, "[...] som også er en form for diagnostisk udredning." (bilag 2:13). Hun har tidligere oplevet, i forbindelse med Center for Seksuelt Misbrugte, at skulle udfylde et spørgeskema, hvor hun ikke slog ud på OCD, selvom hun har OCD. Hun foreslår, at der i stedet skal kigges på adfærd og problemstillinger. "*Så mere en menneskeliggørelse af, jamen hvad er det, vedkommende oplever i stedet for en diagnostisk udredning. Så ligesom udredning, men væk fra diagnoserne.*" (ibid.). Det peger efterhånden på, at Mia tager afstand fra diagnosticering og det diagnostiske sprog. Det er centralt for Mia at blive set, hørt og forstået som et menneske, og ikke gjort til et objekt. Mia har erfaring med Livsliniens rådgivning. Livslinien anvender bl.a. obligatoriske spørgeskemaer, som brugeren skal svare på inden eller under rådgivningen (Livslinien 2017:9). Brugeren skal vurdere hvert enkelt spørgsmål på en skala fra 1 – 10, hvorefter en computer udregner en score på mellem 0 – 50, som siger noget ift. en potentielt øget risiko for selvmord. Der tegner sig et billede af, at det, Mia ønsker, er, at hun ikke bliver umyndiggjort. Hun ønsker medbestemmelse og medindflydelse.

Mia synes desuden, at sorg- og støttegrupper er vigtige, samt en slags støtteforanstaltninger til hele familien (bilag 2:13). Ift. at mindske tabuisering og stigmatisering af selvmord og selvmordsforsøg i Danmark, fortæller Mia, at det kan være en god idé at betragte det som en reaktion på noget, f.eks. en svær livshistorie. Dvs., at vi skal hæve blikket og skabe mere bevidsthed om de faktorer, der kan skabe en reaktion hos den enkelte. "*Der er en grund til, at jeg har, eller at nogen har, selvmordstanker. Eller at der er nogen, der forsøger på det. Der er en grund til, der er nogen, der gør det.*" (ibid.).

Når det kommer til at sprede budskabet om interventionen, foreslår hun sociale medier, medieomtale – både lokalt og nationalt. Annoncer, tv-optrædener, foredrag og oplæg, bl.a. på skoler og arbejdspladser. Og så skal det gøres "*ægte.*"

*"C: Kan du uddybe det?"*

*I: Ja. F.eks. sådan noget som Offerrådgivningen og Livslinien, de markedsfører sig selv som værende hjælpen i nøden. Du kan komme her uanset hvad. Og det er ikke sandheden. Men jeg kan ikke komme med noget eksempel, men ligesom bare gøre det ægte. [...] Og jeg tænker også, det er en god idé at lade være med en pynte på det. Så f.eks. jeg havde altså meget tydelige indre billeder af, hvordan jeg skar min arm op, og det kan godt være, det ikke er særligt rart at høre på, men der er en frihed i det." (ibid.:14).*

Det lader til, Mia ønsker, at problemet ikke bliver gjort til noget, det ikke er. Sandheden er, at selvmord og selvmordsforsøg udgør et stort problem, ikke blot i Danmark men globalt. Det skal vises i dets sande form: Råt, uforsødet og give stof til eftertanke. Det må ikke pakkes ind.

Mia selv ville ikke drage nytte af den sociale intervention, hvis den fandtes i virkeligheden. Årsagen, til dette, er, at der er for stor sandsynlighed for, hun bliver re-traumatiseret. *"Jeg har oplevet rigtig mange af sådan nogle krænkende behandlere, og det har været rigtig hårdt, for jeg ville ønske, at der var et sted, hvor jeg kunne få hjælp."* (ibid.:15). Mia italesætter et ønske om hjælp, men føler ikke, at nogle af de selvmordsforebyggende tilbud, vi har i Danmark, kan hjælpe hende på den måde, hun vil hjælpes. Men er den måde, hun vil hjælpes på, overhovedet den bedste?

## Delanalyse 2: Søren

Søren er 19 år og i lære som automekaniker. Da vi spørger Søren, om han vil fortælle sin historie, får vi en fornemmelse af, at han er nervøs eller måske en smule utilpas. Han nærmest undskylder, da han siger: *"Jamen altså den er lang, faktisk rigtig, rigtig, rigtig lang."* (bilag 3:1). Det kan tyde på, at Søren ikke altid har følt, at der har været de rette betingelser for, at han har kunne fortælle hele sin historie. Dette kan være opstået på baggrund af det tabu, Søren har oplevet i forbindelse med at være selvmordstruet, hvilket må siges at være et problematisk og hæmmende samfundsforhold.

Sørens tidligste minde om at have selvmordstanker rækker helt tilbage til 2. eller 3. klasse. Her husker han, at han fortalte sin far, at han ikke ønskede at leve længere. Når en person overvejer at begå selvmord, eller har tanker heromkring, kommunikerer han eller hun det ofte til en nærtstående på en eller anden måde. Søren valgte som barn at kommunikere sit ønske om at dø via en direkte mundtlig udtalelse (Møller og Stephensen 2004:9). Sørens far reagerede formentlig ikke, som Søren forventede, eller måske ønskede, da han pillede udtalelsen ned og sagde, at *"sådan noget må man ikke sige for sjov"* (bilag 3:1). Dette må på sin vis have medført en form for psykisk smerte samt dannet grobund for den modløshed, vi senere skal se, Søren led af i tiden op til selvmordsforsøget. Ift. selvmordsmeddelelser kan det dog være svært for omgivelserne at opfange og håndtere dem, og vi forestiller os, at faderens "manglende" reaktion kan skyldes, at Søren var så ung på dét tidspunkt. Selvom det årlige antal registrerede antal selvmord blandt børn under 15 år i Danmark, ofte kan tælles på én hånd, er det er ikke ensbetydende med, at de ikke forekommer. Man skal desuden være opmærksom på, at nogle selvmord og selvmordsforsøg ikke registreres som sådanne, men derimod som "ulykker" eller "tvivlstilfælde". Det skyldes bl.a. dels de pårørendes og efterladtes ønske om at undgå stigmatisering, dels det menneskelige faktum, at det kan være svært at begribe, at et barn kan være så fortvivlet, at de ikke har lyst til at leve længere (Carlsen 2002).

Søren blev i sen alder diagnosticeret med Autisme Spektrum Forstyrrelser (ASF), som er en fælles betegnelse for alle diagnoser inden for en gennemgribende udviklingsforstyrrelse (Geven 2019). Efter diagnosticeringen stod det klart for Søren, hvorfor han havde det sværere i sociale sammenhænge, end andre. Her kan der måske

være tale om en slags lettelse, som kan have haft positiv indvirkning på den psykiske smerte, Søren må have følt ved ikke at kunne sætte finger på, hvorfor han skilte sig ud sammenlignet med andre. Vi antager, at der kan være sammenhæng mellem Sørens autisme og hans lettere utilpasse adfærd under interviewet, hvor han bl.a. havde svært ved at holde øjenkontakt og desuden "kløede" sig meget på højre bryst/skulder, specielt da han reflekterede over vores spørgsmål, som han ofte fandt "svære" eller "gode" (bilag 3:4;8).

Personer med ASF er meget forskellige, men de er allesammen udfordret på tre områder, kaldt triaden. Søren forklarer f.eks., at han har svært ved at "læse" mennesker: " [...] *der er nogle mennesker, jeg ikke kan finde ud af at læse, og jeg kan ikke finde ud af, hvilken stemning man er i, og jeg har været rimelig godt i gang med at lære mig selv forskellige udtryk med mennesker og kropssprog og sådan noget der.*" (ibid.:1). En del af triaden er at have problemer med den sociale forestillingsevne, som bl.a. giver os mulighed for at forstå og forudsige andre menneskers adfærd (Geven 2019). Søren har således, som han selv beskriver i ovenstående, problemer med sin sociale forestillingsevne og således problemer med at forstå, hvordan andre tænker, føler og reagerer. I ovenstående beskrev vi, hvordan diagnosticeringen måske kan have været en positiv faktor for Sørens psykiske smerte. På den anden side tog diagnosticeringen ikke autismen væk, hvormed den psykiske smerte formentlig var i samme grad som før diagnosen blev stillet.

Før i tiden trænede Søren atletik på højt niveau, hvor han gik på en 10. klasse, hvor sport var en fast del af skoledagen. I den forbindelse fortæller han, at der var snak om OL i 2020, altså en positiv begivenhed, han håbefuldt kunne glæde sig til. Træningen stoppede dog brat, da Søren får skinnebetsbetændelse og derfor ikke længere kan træne. Betændelsen er så slem, at han har svært ved at gå en tur, uden at få smerter. Dette må have medført psykisk smerte og en tilstand af modløshed. Søren fortæller nemlig, at skinnebetsbetændelsen var udslagsgivende for, at selvmordstankerne vendte tilbage: " [...] *fordi jeg definerede mig selv som atlet, og alt det andet, det var fuldstændig ligegyldigt. Alle mennesker, jeg så, var inde for atletik, og når man så lige pludselig ikke kunne træne mere, jamen så væltede det hele.*" (bilag 3:1). Sportsskaden kom ergo ikke blot til udtryk som en fysisk begrænsning for Søren men ligeledes som en psykisk belastning, altså som en psykisk smerte. I bogen "*Klog af skade: Viden om den mentale inderside, når sportsskaden rammer*" (2017) af Thorsten Asbjørn og Peter Borberg, skriver forfatterne om den mentale del af sportsskader og kommer bl.a. ind på, at der er stor forskel på, hvordan sportsudøvere på højt plan reagerer, når de bliver skadet. Det peger på, at skinnebetsbetændelsen greb dybt ind i Sørens selvbillede og skabte en identitetskrise, eftersom en stor del af Sørens identitet lå i at være atletikudøver. Søren havde en tidshorisont at forholde sig til, som hed OL 2020, men efter skinnebetsbetændelsen skulle han vænne sig til samt indstille sig på en helt ny tilværelse. Den traumatiske begivenhed kan sandsynligvis have medført en form for tunnelsyn og fået Søren til at stille spørgsmål ved, hvem han er, og hvad hans formål er. Dette kan i høj grad have været udslagsgivende for Sørens selvmordsforsøg. Derudover må der være tale om et tab af et abstrakt objekt, nemlig Sørens identifikation med atletikken. Sagt på anden vis, mistede Søren sin identitet. Dette resulterede i selvhad, da Søren efterfølgende bebrejdede sig selv for skinnebetsbetændelsen.

Søren fortæller, at da han en aften kommer op at skændes med sin far, stiger graden af de selvmordstanker, der var opstået i forbindelse med skinnebetsbetændelsen. I den situation overvejede han at springe ud foran et tog. Denne overvejelse delte han med sin far, som tog det alvorligt. Søren og hans far aftaler, at han fremover skal fortælle, hvordan han har det. Derudover aftaler de, at han skal have en tid hos sin praktiserende læge (ibid.:2). Henvendelsen til egen læge bringer hele det offentlige system ind i Søren's liv. Lægen sender Søren's papirer til Glostrup Psykiatrisk Afdeling og ansøger om, at de tager forløbet med Søren, men de takker nej, da de ikke mener, at Søren har det dårligt nok. I forlængelse heraf kan vi udlede, at der bliver sat en problematisk betingelse, en begrænsning, for den hjælp, Søren kan modtage, hvilket kan have haft indflydelse på det fremtidige selvmordsforsøg. Søren ender derfor hos en *"almindelig psykolog"* (ibid.), og han fortæller, at psykologsamtalerne ikke hjalp, da han gentagne gange oplever at må skifte psykolog. For hver gang Søren skifter psykolog, skal han fortælle sin historie forfra. Ikke nok med, at Søren kæmper med at skulle forklare sin historie til flere forskellige mennesker, kæmper han ligeledes med social angst, som bliver værre og værre, og som må anses som et hæmmende element for Søren's bedring: *"Jeg havde sådan nogle enkelte aftner i den periode, altså angsten var blevet så slem, at jeg kunne ikke gå ud. Jeg stod op, og jeg var derhjemme og bare det med at gå ud og op og handle det var et no-go. Jeg kunne være i baghaven, det var det der kunne overskues, forhaven det var også bare "nej tak"."* (ibid.). Et sted mellem 33% - 50% af alle børn og unge med autisme lider i perioder af angst ifølge professor Niels Bilenberg, forskningsleder ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Psykiatrien i Region Syddanmark (Seminarer u.å). Han uddyber, at mange børn og unge med ASF får tillægsdiagnoser, hvor angst ofte er en ledsagende tilstand, som kan have en invaliderende indflydelse på den enkeltes hverdag. Det fremgår i høj grad, at Søren's angst blev så dominerende, at han udviklede social fobi, hvilket kan have modarbejdet Søren's mulighed for at mindske den psykiske smerte.

Efter lidt tid stopper psykologsamtalerne, og Søren tager på ferie med sin familie. Søren husker, at han havde det godt på ferien, men da skinnebetsbetændelsen vender tilbage, gider Søren ikke livet mere, da dette, ifølge ham selv, betyder, at der ikke har været nogen fremgang, og at der heller aldrig kommer til at være det (bilag 3: 3). Her er der for alvor tale om, at Søren led af modløshed og havde svært ved at se meningen med livet. Der er tale om udpræget grad en psykisk smerte og håbløshed. De sidste stadier i selvmordsprocessen er desuden kendetegnet ved bl.a. tunnelsyn, hvormed vi antager, at Søren, på dette tidspunkt, befandt sig i den periode, hvor overvejelserne om selvmord for alvor bliver konstante. Da familien vender hjem fra ferien, beslutter Søren sig for, at han vil begå selvmord. På dét tidspunkt er selvmordstankerne prægende og altoverskyggende. Søren fortæller, at han en aften efter, familien er kommet hjem fra ferie, springer ud ad sit vindue og tager op til togstationen, hvor han venter på, at det første og bedste tog kommer forbi, så han kan springe ud foran det. Det lader til, at beslutningen om at løbe op til perronen var impulsiv, men at hensigten hermed var tydelig, nemlig at springe ud foran et tog. Der kommer dog aldrig et tog, hvorfor han vælger at ringe til Livslinien, som sender en politibil ud efter ham, og han bliver kørt hjem. Familien bliver nu opmærksom på, hvor slemt Søren har det, og han bliver derfor indlagt. Her starter Søren et længerevarende forløb, som



*"endelig hjælper": "Jeg kommer ordentligt i gang, og jeg begynder at ses med mennesker, altså andre unge mennesker i hverdagen. Jeg begynder at have weekender, hvor jeg rent faktisk laver noget sammen med andre unge mennesker." (ibid.). Dette længerevarende forløb kan siges at have sat de rette betingelser for, at Søren kan få det bedre. Søren fortæller, at det er utroligt sjældent, at han har selvmordstanker den dag i dag. Men når de kommer, har han lært sig selv at være enig eller uenig med tankerne. Indtil videre er han altid uenig med dem, og han ved godt, at "[...] lige så snart du bliver enig med dem, at ja så skal du begynde at reagere." (ibid.:12).*

### *Den sociale intervention*

Ift. den sociale intervention forestiller Søren sig, at de fysiske rammer skal være lyse og åbne. Søren har dog en smule svært ved at sætte ord på, hvad han ser for sig, og vi spørger derfor ind til, om han forestiller sig nogle bestemte farver: *"Det skal ikke ligne et hospital, altså for meget hvidt får det ødelagt. Hjemligt tror jeg, altså rart, det må ikke ligne et hospital." (ibid.:4).* Han fortsætter: *"Jeg har hørt blå skulle være beroligende." (ibid.).* Det vigtigste for Søren er, at bygningen ikke fremstår som et hospital, hvor farverne typisk er hvide. Sørens ønsker om åbne og lyse rum kombineret med blå farver, giver god mening, da netop designkoncepter som helende arkitektur, argumenterer for at en bygnings lys, stemning og farver kan være med til at understøtte den heling, der finder sted både psykisk og fysisk (Frandsen et.al 2009:4). Ønskerne om lys og farver hænger muligvis også sammen med Sørens egne erfaringer med psykiatrisk afdeling, som ofte er kendetegnet ved hvide farver. Søren forestiller sig desuden, at interventionen er placeret i København (bilag 3:5).

Da Søren beskriver den sociale interventions indretning, trækker han ligeledes på egne erfaringer: *"Jamen have nogle forskellige rum efter behov, men man kan jo ikke lave et rum efter hver enkelte persons behov, men jeg ved, at det vil være negativt for en person, der ikke er selvskadet at sidde i et rum af gummi, så har du det ikke fedt." (ibid.:14).* Det tyder på, at Sørens egne erfaringer med at blive placeret i et "rum af gummi", uden selv at være selvskadende, gjorde stort indtryk på ham. Grunden, til at dette har gjort et stort indtryk på Søren, kan være, at han føler, han bliver gjort til noget, han ikke er. Søren er flere gange blevet mødt med den vurdering, at han ikke havde det dårligt nok til at blive indlagt (ibid.:2), så måske skaber det forvirring, når han vurderes til at være endnu dårligere, end han er. Udover, at Søren har erfaring med at blive placeret i rum af gummi, oplevede han ligeledes at skulle spise med bestik, som var designet til ikke at kunne skade nogen, netop pga. de selvskadende patienter på afdelingen (ibid.:14). Når vi tager Sørens perspektiver i betragtning, giver det anledning til at overveje, om interventionen på nogle områder skal være inddelt, så ikke-selvskadende ikke oplever at blive gjort til noget de ikke er, f.eks. ved at blive placeret i sikrede værelser.

Da vi spørger Søren, om det har betydning for ham, om han har behov for hjælp af en frivillig eller professionel, udtrykker han sig således: *"Altså det tror jeg faktisk kan være begge dele. Det primære er jo egentlig bare, at det er en person, der er venlig og smilende. Det er utrolig vigtigt." (ibid.:6).* Han uddyber og siger, at frivillige

ofte kan relatere til problemerne på en anden måde end professionelle, da han mener, at man godt kan mærke på professionelle, at de har lært det hele gennem bøger, hvor frivillige har lært det gennem livet (ibid.:7). Det lader til, Søren har forskellige forventninger til professionelle og frivillige. Dette hænger måske sammen med at Søren har forskellige erfaringer med netop professionelle og frivillige. Søren blev hjulpet videre af frivillige fra Livslinien, mens han gentagende gange, op til selvmordsforsøget, blev skuffet af professionelle psykologer. Søren fortæller at han har måtte skifte psykolog flere gange, fordi de skulle på ferie (ibid.), men han fortæller også en historie, om en psykolog, som havde svært ved at anerkende de fremskridt, Søren selv mente, han havde. Søren fortæller, at psykologen fokuserede på, at han skulle tilbage til træningen, men pga. angsten kunne Søren ikke dukke op, og han forsøgte derfor at få angsten væk med andre metoder:

*"Men i stedet for at tage til træning, så tog mig og min far i Fisketorvet, altså bare for at komme ud, altså det lyder mærkeligt at sige at få trænet at komme ud, men det er jo sådan set det det er ik? Det synes hun ikke var godt nok, så efter et halvt år, så stoppede hun det og sagde at jeg ikke gad at komme videre og at jeg ikke tog det seriøst nok." (ibid.:2).*

Det kan altså tænkes at Sørens egne erfaringer med hhv. frivillige og professionelle, gør at han mener at de kan noget forskelligt.

Søren var, som bekendt, forbi egen læge, inden han begyndte diverse forløb med forskellige psykologer. Vi spørger Søren, om han havde det okay med at snakke med sin egen læge først:

*"På ingen måde. [...] Jamen, når du går med dine egne problemer i rigtig, rigtig lang tid, så har du simpelthen ikke lyst til at snakke om det, for du går jo, at jamen jeg har da klaret det fint nok indtil nu, så jeg kan da ligeså godt fortsætte. Så du får bygget rigtig hårde mure op omkring dig selv og det er ikke super sjovt at bryde dem ned igen." (ibid.:8).*

Det virker på Søren som, at det problematiske ved at skulle snakke med egen læge, ligger i, at Søren ikke havde lyst til at snakke om tingene i første omgang. Dog kan det også hænge sammen med, at Søren har haft den samme læge, siden han var lille (ibid.), og det kan derfor være følsomt for ham at åbne op overfor egen læge.

På trods af Søren flere gange gennem interviewet nævner sine dårlige erfaringer med psykologer, har han svært ved at formulere, hvilke ønsker han har til den ideelle psykolog. Efter lidt tid fortæller han dog, hvordan man i starten har brug for en psykolog, der stiller spørgsmål, men efterfølgende har behov for en, der er mere lyttende: "[...] i starten er det spørgsmål, men så på et eller andet tidspunkt så kommer det til at vælte ud med alt muligt, som man har gået med i rigtig lang tid, så der er man selvfølgelig også nødt til at være en god lytter." (ibid.:9). Det lader til, at psykologen skal have en evne for at kunne fornemme, hvad der er behov for og løbende justere dette for at virke så imødekommende som muligt. Spørgsmålet er, om det ikke netop er det, der allerede praktiseres.

Søren har ingen præferencer ift. køn, men udtrykker, at en yngre psykolog til tider kan være en fordel: *"Altså der er jo alle de her idealer om at man er nødt til at være med på de sociale medier og det ved jeg ikke om en ældre vil kunne sætte sig ind i."* (ibid.). Søren har altså en forventning om, at en yngre psykolog bedre vil kunne sætte sig ind i, hvad det vil sige at være ung, og hvilke udfordringer unge mennesker står overfor i dag. Med udgangspunkt i det, Søren fortæller her, bør den sociale interventionen indeholde både yngre og ældre psykologer, så de, som benytter interventionen, kan have samtaler med nogen, de føler, de kan relatere til – og som kan relatere til dem.

Ift. hvad den sociale intervention skal tilbyde, fortæller han med det samme: *"Ro!"* (ibid.:10). Det er interessant, at Søren efterspørger ro. Kan det evt. skyldes, at han selv har oplevet tankemylder, og i den forbindelse har manglet et sted at gå hen for at få ro, både fra sine omgivelser og fra sine tanker? Vi formoder, at Søren har behov for mere mental ro i hverdagen. Derudover foreslår Søren, at der skal være et rum med bordtennis eller PlayStation, som man kan benytte sammen med andre eller alene: *"Det der med, at man bare sidder og sumper alene, altså ens hjerne kører bare ned i sådan en spiral, man begynder at tænke ret sort. Så det er helt klart en god ting at komme ud."* (ibid.:6). Det virker til, at det, at kunne skabe fællesskaber, er vigtigt, da det gør, at han ikke er alene med sine tanker. Netop fællesskaber virker til at betyde meget for ham. Det kan evt. hænge sammen med, at han fik udpræget social angst og derfor var meget alene i den tid.

Søren foreslår derudover, at der skal være forskellige fysiske aktiviteter, som ligeledes kan skabe fællesskab (ibid.:10). Det kan tænkes, at Sørens ønske om fysiske aktiviteter hænger sammen med, at han selv har haft stor glæde af fysisk aktivitet. Forskning peger på, at fysisk aktivitet skaber gode muligheder for social kontakt, samt øger det almene velvære, skaber bedre humør samt psykisk stabilitet (Svensson et.al 2006:7). Det kan derfor give god mening at inkorporere fysiske aktiviteter som en del af den sociale intervention.

Sørens sidste forslag til, hvad interventionen skal kunne tilbyde, er igen noget, der tager sit udgangspunkt i fællesskaber, nemlig støttegrupper: *"Det hjælper! Det hjælper rigtig meget, det gør det."* (bilag 3:10). Søren mener, at støttegrupperne skal være sammensat, så man sidder sammen med andre, der er samme alder som en selv. Sørens ønske om jævnaldrende i støttegruppen skyldes muligvis, at han har en forestilling om, at det vil bidrage til større forståelse personerne imellem. Det samme så vi med Sørens ønske om en yngre psykolog, hvor han gav udtryk for, at en yngre psykolog bedre kunne forstå problematikker med f.eks. de sociale medier, og vi forestiller os, at det er muligt, at samme antagelse ligger til grund for Sørens ønske om jævnaldrende i støttegruppen. Ønsket om støttegrupper stammer sandsynligvis fra Sørens egne erfaringer med dem. Trods egne erfaringer uddyber han dog ikke yderligere ift., hvordan disse grupper skal være sammensat f.eks. ift. køn, antal personer, og hvor ofte de skal mødes. Årsagen til dette kan være, fordi det ikke har betydning for Søren, hvordan grupperne er sammensat, så længe han føler, at der er gensidig forståelse.

Vi spørger Søren, om han har oplevet, at selvmord er et tabu, og det har han. Der, hvor han oplever det mest, er med kæresten og hendes familie. Søren fortæller om hvordan kærestens familie reagerede, da én fra

morens arbejde begik selvmord: "[...] *"hvad fanden er det, at den person tænkt sig. At efterlade pårørende og hun har jo givet hele arbejdet et chok af at slå sig selv ihjel", og jeg kunne virkelig mærke, at det blev der sgu set ned på, og om "hvorfor fanden hun ikke bare fik noget hjælp".*" (ibid.:11). Noget tyder på, at Søren er forsigtig med at fortælle kærestens familie om sin historie, da han kan være bange for at blive stigmatiseret. Dog virker det ligeledes til, at Søren selv anser selvmord som et tabu, da han ikke fortæller sin kæreste hele sin historie. Dette kan skyldes hendes familie, eller at Søren føler, det er for meget at dele. Det pudsige er dog, at Sørens løsning på, at selvmord bliver mindre tabuiseret i Danmark, er at tale om det:

*"Den skole, jeg gik på, der havde jeg en tysklærer, og der fandt jeg ud af... og jeg endte faktisk i samme bus med hende på vej hjem, og jeg gik hen til hende og sagde "du arbejder inden for Livslinien ikke?", og hun sagde "jo", og jeg sagde "tak. I har faktisk reddet mit liv". Altså jeg sad i en bus, og jeg kunne da godt se, at jeg fik nogle øjne, men altså for helvede mand, snak nu åbent om det, det er noget der er nødt til at blive snakket om."* (ibid.).

Det at Søren vælger at tale med sin lære om det, kan skyldes, at man kan antage at læren ikke anser selvmord som et tabu, da hun arbejder på Livslinien. Det at Søren ved at hun ikke vil se ned på ham eller stigmatisere ham, gør måske at det er nemmere at tale med hende, fremfor f.eks. kæresten og hendes familie, som virker til at have en anden forståelse af selvmord.

Da vi spørger Søren, om han kan snakke med sin familie om selvmordstanker, fortæller han, at det kan han, men han har ikke lyst, for han ikke gider at skabe problemer eller bekymringer (ibid.:12). Søren har altså ikke lyst til at være en byrde for sin familie. Vi forestiller os, at dette kan have rødder i, at Søren formentlig oplevede, hvor hårdt ramt hele hans familie var, da han havde det allersværest. Forskning viser nemlig, at det er hele familien, også forældre og søskende, der rammes, når en ung forsøger at begå selvmord (Fleischer og Secher 2009:16). Ergo kan det tænkes, at Søren ikke har lyst til at tale med sin familie om evt. opståede selvmordstanker, fordi han erfarede, at hans familie blev påvirket heraf.

Sørens forslag til, hvordan vi bedst muligt spreder budskabet om den sociale intervention, og om selvmord generelt, bærer ligeledes præg af at snakke og fortælle åbent om det: *"Jeg har lyst til at sige en reklame i tv'et, men jeg ved også, at der er rigtig mange mennesker, der ikke gider høre om det, fordi det er for trist, så der zapper de bare væk."* (bilag 3:13). Denne antagelse kunne tyde på, at Søren selv har oplevet at folk ikke gad høre om selvmord, eller at folk undgik emnet. Selvom der, gennem de senere år, er skabt større åbenhed omkring selvmord og selvmordsforsøg, så er det stadig meget tabubelagt. Vi spørger Søren, om det kunne være en fordel, hvis man underviste i forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg, f.eks. i folkeskolen: *"Ja, ja det er faktisk en utrolig god ide. Man har jo seksualundervisning i en uge i skolen. Men jo, så have en uge om psyken. Der sidder jo helt sikkert nogle elever i folkeskolen, der har det ad helvede til, og måske sådan en uge kan få dem til at tænke, at "jeg skulle måske fortælle det her til nogen"."* (ibid.).

## Målgruppe: pårørende

### Delanalyse 3: Louise

Louise er 21 og læser en bachelor på Aalborg Universitet. Louise er pårørende til hendes lillebror Søren, som for knap tre år siden forsøgte at begå selvmord. På daværende tidspunkt var Søren 16 år. Ifølge Louise er der en længere historie, der ligger forud for lillebrorens selvmordsforsøg. Hun peger bl.a. på Sørens diagnose, Aspergers Syndrom<sup>7</sup>, som han fik konstateret i vinterhalvåret for 3 år siden. Aspergers Syndrom er en form for autisme og betragtes som en mellemform mellem autisme og normalitet. Personer med Aspergers Syndrom er normalt begavede, nogle er endda højt begavede, men de kan have svært ved at udnytte deres begavelse pga. deres sociale handicap (Aspergerforeningen 2019). Efterfølgende blev Søren ligeledes diagnosticeret med depression og social angst.

Eftersom vi præsenterede Sørens historie i ovenstående, vil vi i dette afsnit præsentere Louises oplevelse af selvsamme periode. Louise forklarer, hvordan det hele udviklede sig henover sommeren for tre år siden. Hun fortæller, at Søren havde en aftale med forældrene om, at han skulle sige til, hvis han var ked af det: “[...] *hvis min bror bliver ked af det, eller angsten går i gang, så kan han, hvis det er om natten, så kan han sende en tom besked til min far, og så vågner min far, fordi den er på lyd, og så går han ned og snakker sammen.*” (bilag 4:1). Trods de klare aftaler med forældrene, vælger Søren i august måned for 3 år siden at hoppe ud ad sit vindue på værelset og løbe op til toget, hvor planen er at springe ud foran det første tog, der kører forbi. Louise forklarer, at Søren ikke var bekendt med togplanerne den aften, hvorfor selvmordsforsøget ikke lykkedes. Søren valgte i stedet at ringe til Livslinien, hvor en af rådgiverne fik ringet til en politibil, som kørte ud og hentede Søren og kørte ham hjem. Da Søren kom hjem, besluttede han, i fællesskab med sine forældre, at han skulle indlægges på Glostrups Psykiatriske Afdeling. Det faktum, at forældrene havde lavet aftaler med Søren om at skrive beskeder om natten, hvis han blev ked af det, tyder på, at de har været bevidste om, at der kunne være en risiko for, at Søren ville forsøge selvmord, eller i hvert fald udføre en eller anden form for selvskadende eller selvdestruktiv handling. Da vi spørger Louise, om selvmordsforsøget kom bag på familien, forklarer hun, at de nok skulle have reageret på hans adfærd dagene op til: “*Men dagen før han forsøgte at begå selvmord, der har han, har jo været deprimeret og ked af det i mange dage op til og har ikke rigtig ville spise og ikke rigtig ville snakke med os. Det var egentlig meget almindeligt, men når man ser tilbage på det nu, så var det var ud over det almindelige.*” (ibid.:2). Louises refleksion over Sørens adfærd i dagene op til selvmordsforsøget vidner om en form for skyldfølelse med tanke på, at hun fortæller, de nok burde have reageret på ændringerne i Sørens adfærd. Vi formoder, at en skyldfølelse som denne, kan have medført selvhad, i en mild grad, samt psykisk smerte. I dette tilfælde kan den psykiske smerte være udtrykt som en slags psykisk tortur. Dette udleder vi, da vi forestiller os, da en generel psykisk smerte kombineret med skyldfølelse, må resultere i selvbebrejdelse og derfor i dårlig samvittighed. I dette tilfælde må den dårlige samvittighed referere til, Louises

<sup>7</sup> Louise refererer til Sørens diagnose som Asperger Syndrom, hvor Søren selv refererer til autisme. I dette afsnit anvender vi det udtryk, Louise brugte under interviewet.

moralske kompas, som netop fortæller hende, at familien burde have reageret. Det kan således tænkes, at Louise bebrejder sig selv og sine forældre for ikke at have reageret på Søren's adfærd, eftersom han opførte sig ualmindeligt i dagene op til selvmordsforsøget. Den selvindsigt Louise, har om situationen, og som har medført selvbefredelse, kan have medført indadvendt aggression, hvilket peger tilbage på følelsen af skyld.

Efter et par overnatninger på Glostrups lukkede afdeling, overføres Søren til den åbne afdeling på Bispebjerg Hospital, og der er han, ifølge Louise, i en måneds tid. Efter en måned ønsker personalet på Bispebjerg Hospital at udskrive Søren, men kommunen kan ikke finde et alternativ. Dette bekymrer forældrene, og lægerne forlænger derfor hans indlæggelse. Søren er den dag i dag i gang med en uddannelse og har, ifølge Louise, *"ikke de tanker og handlinger længere"*. Her er det interessant at trække paralleller til analysen af Søren, hvor han netop fortæller, at han stadigvæk har selvmordstanker – han deler dem bare ikke med familien, hvilket Louises fortælling vidner om.

### *Den sociale intervention*

Da vi spørger ind til de fysiske rammer for den sociale intervention, fortæller Louise, at de gerne må være lidt anonyme. Det kan nemlig være *"tabuagtigt"* at gå ind og ud af et f.eks. et hospital, hvorfor interventionen ikke må ligne et: *"[...] så måske kunne man lave en bygning, der ikke stak så meget ud, men mere bare lignede de andre bygninger på stedet. Så den ligesom passer ind, så man ikke går forbi det og bare siger "Ej, nu går personen ind i den der bygning"."* (ibid.:3). Interventionens placering er mest ideel i Storkøbenhavn, da den på den måde vil være lettilgængelig for flest mulig. Selvom den sociale intervention placeres i Storkøbenhavn, skal der stadigvæk være natur, da dette vil skabe noget ro for både selvmordstruede og pårørende (ibid.).

Selve indretningen af interventionen har Louise også klare forestillinger om. Et nøgleord for hende er hjemligt: *"[...] nogle hyggelige stole, så man føler sig komfortabel ved at være der, så man ikke bare føler, det er helt klinisk hvidt som et hospital, men føler at det er lidt mere hjemligt, men nogle få farver med nogle små søde lokaler, hvor man ligesom kan komme helt igennem, og ligesom slappe helt af, og få det hele ud."* (ibid.). Derudover italesætter Louise et ønske om samtalerum, som både skal være for enkeltpersoner og familier. I forbindelse med samtalerummene nævner Louise hendes egne erfaringer med sådanne rum: *"[...] men der sad vi mig og mine forældre med en psykolog og en psykiater. Og det var lidt sådan, at man bare havde et bord og nogle plastikstole, og så sad man bare og snakkede. Der kunne det godt have godt af at have en sofa."* (ibid.). Det virker på Louise som, at trygge rammer formes gennem rummets indretning, og at en tryk stemning vil gøre det lettere at tale om sådanne situationer med fremmede mennesker. Udover samtalerummene forestiller Louise sig desuden, at interventionen har en form for venteværelse. Venteværelset skal have blade og lign., man kan kigge i. Dette er, ifølge Louise, en situation, man kender fra f.eks. tandlægen og kan måske skabe noget ro og tryghed, fordi man *"kender"* situationen. Venteværelset skal være åbent, men Louise understreger, at der skal være mulighed for privatliv, *"[...] fordi man er også meget påvirket af situationerne,*

så måske ikke særlig rart at stå og være ked af det, hvis der er 20 andre mennesker i rummet og kigger på dig. Men evt. åbne rum man kan skærme af." (ibid.:4).

Interventionens udendørsarealer skal være præget af natur, men der skal også være plads til en lille legeplads til mindre børn, samt bænke og borde og måske en "hængekøje eller to". Udendørsarealerne kan bruges til at have samtaler i, da hun mener, at nogen ville have nemmere ved at snakke om tingene på en gåtur i en hyggelig have. Her vægter Louise ligeledes hygge højt, hvilket muligvis skyldes hendes egne erfaringer med de steder, Søren befandt sig under sine indlæggelser, og Louise forsøger måske derfor at skabe et helt nyt sted for at lægge de ting, hun har oplevet i forbindelse med Sørens selvmordsforsøg, bag sig. Dette kan ligeledes være udtryk for at ønske om at undslippe den psykiske smerte, hun føler i forlængelse heraf. Ifølge Psykiatrifonden kan det desuden være en voldsom oplevelse at være pårørende til en person, som har forsøgt at begå selvmord, specielt når det sker meget uventet. Mange pårørende føler, at de har svigtet, eller at systemet har svigtet (Psykiatrifonden u.å). Dvs. at Louises følelse af skyld, er en naturlig reaktion på Sørens selvmordsforsøg.

Da vi spørger ind til Louises holdning til frivillige og professionelle, svarer hun, at det ikke har betydning for en pårørende, da "man ikke rigtig har behov for behandling som pårørende" og forklarer, at en selvmordstruet måske ville være mere tryk ved en professionel. Louise taler egne behov ned, og Sørens op. Hvis denne tankegang deles af flere pårørende, selvom et selvmordsforsøg også kan være en voldsom oplevelse for dem, kan der måske være en grund til, at forskning i højere grad centrerer sig om den selvmordstruede. Denne analyse peger efterhånden på, at Louise har en eller anden form for psykiske mén efter oplevelsen, hvorfor hun måske har behov for ligeså meget hjælp og støtte, som Søren har. Denne underminering af egne behov, kan imidlertid være udtryk for, at Louise således skal forholde sig til sig selv og sine egne reaktioner i mindre grad, evt. fordi hun er plaget af skyldfølelse.

Louise runder sin refleksion af ved at fortælle, at en frivillig, med erfaring inden for emnet, måske kan have nemmere ved at sætte sig ind i ens sted, hvilket hun ser som en fordel. Louise er generelt positiv over for frivillige, der arbejder med komplekse problemer som selvmord, og hun udtrykker i den forbindelse sin tilfredshed med Livslinien, som var dem, der hjalp Søren i sin tid (bilag 4:1).

Da vi spørger Louise om hendes holdning til henvisninger fra lægen, fortæller hun, at henvisninger er en hæmsko for at modtage behandling: "Så det med, at man skal have en lægeerklæring, mister dem, så jeg syntes at man skal tage alle, der har sådan nogle tanker ind til en samtale for at høre, "er du så langt ude at du gerne vil have hjælp?". Men det er jo penge fra staten af, så det er jo derfor man afviser dem, så jeg synes man burde lægge flere penge i." (ibid.:6). Det lader til, Louise er af den holdning, at alle skal hjælpes, hvis de ønsker det, også uden henvisning fra egen læge.

Når Louise fortæller om sine ønsker til en psykolog, trækker hun på egne erfaringer med krisepsykologer, som hun snakkede med, da Søren havde forsøgt selvmord: "Nu var jeg ikke særlig positiv overrasket over den krisepsykologsamtale jeg havde. De blev ved med at vade rundt i på en eller anden måde. Blev ved at få os til

at gentage hvad der var sket, og man sad bare og tænkte "vil du ikke bare godt komme videre?" (ibid.:7). Derudover fortæller hun, at psykologen fokuserede meget på, hvad der var sket, hvor det virker til, at Louise i højere grad ønskede en psykolog, der tænkte fremadrettet. Vi må dog gå ud fra, at krisepsykologen, som professionel, må have haft en grund til at fokusere på nutiden fremfor fremtiden, hvormed vi stiller os kritisk over for Louises fortælling. Som det danske ordsprog siger, skal det gøre ondt, før det gør godt. Måske krisepsykologen arbejdede ud fra den præmis, at det ville gavne Louise mest i det lange løb, hvis fokus var på, hvad der var sket, frem for hvad der skulle ske.

Louise havde samtalen med krisepsykologen sammen med sine forældre og giver udtryk for, at hun gerne ville have haft mulighed for en individuel samtale (ibid.:8). Det må således have været en begrænsning for Louise, at hun ikke havde mulighed for at tale med en psykolog på egen hånd, hvilket måske kan have sat en begrænsning for, at hun kunne få lettet en del af den skyld, hun bar rundt på efter Søren's selvmordsforsøg. Interventionens ansatte bør af denne grund være opmærksomme på, om familier har behov for samtaler sammen eller individuelt, da der kan være "ting, man ikke har lyst til at sige foran andre." Udover, at Louise kunne have brugt en individuel samtale, nævner hun også, at hun nemt følte sig udenfor, når forældrene og Søren tog til samtaler på det Familiecenter, de var tilknyttet: "De aftaler jo noget de tre, og så glemmer de at formidle det videre til mig, så jeg kunne hurtigt føle mig glemt, og så kunne jeg komme til at træde på noget de havde sagt de ikke måtte snakke om, så jeg kunne være med til at skabe diskussioner derhjemme, og gøre det værre for min bror, fordi jeg ikke havde været med." (ibid.). Det virker som, at Louise havde behov for at være med til samtalerne, og interventionen bør derfor forsøge at have netop dette dilemma for øje.

Den ideelle psykolog eller psykiater er en, som kan lytte. Dette stammer formentlig fra hendes erfaringer med en krisepsykolog, der ønskede at terpe alt igennem lige efter, det var sket. Den ideelle psykolog er derudover en, som er ung. Vi kunne derfor overveje, om interventionen skal kunne anvende ung-til-ung-metoden, som er en metode, hvor andre unge formidler deres erfaringsgrundlag videre til unge. Et krav er dog, at den unge formidler skal opleves som troværdig. Ung-til-ung-metoden bygger på den teoretiske forståelse, at unge lytter mere til andre unge fremfor voksne, da unge tit har en bedre forståelse for det, der rører sig i ungdomskulturen (Hølge-Hazelton 2003:3). Dette giver Louise udtryk for, da hun fortæller, at hendes forventning til en ung psykolog er " [...] en person, der måske, inden for en tidsgrænse, har haft de følelser og sidder og deler lidt egne erfaringer og husker tilbage på, hvordan man havde det som 16-17-årig, så man kunne være på samme bølgelængde." (bilag 4:9). Det lader til, at Louise forventer, at en ung psykolog bedre kan skabe en relation til hende og de ting, hun gennemgår. Psykologens køn har ingen betydning for Louise, og hun uddyber således: "Jeg er ligeglad med, om det var en mand eller kvinde, det har ingen stor betydning. Dem, vi snakkede med, var en ældre kvinde og en yngre mand. Og der kunne jeg bedst lide at snakke med ham, når han sagde noget. Jeg tror, det har været aldersmæssigt og ikke kønsmæssigt." (ibid.).



ift. hvad, interventionen skal tilbyde, er Louise hurtig til at nævne gruppesamtaler for pårørende, da hun mener, at det kan være rart som pårørende at vide, at man ikke er alene. Gruppesamtalerne skal være inddelt efter alder: *“Det kan godt være skræmmende at sidde der som 17-årig i sådan en stor gruppe og så sidder der folk på plus 20.”* (ibid.:11). Gruppen kan med fordel mødes hver anden eller tredje uge, og hun understreger i den forbindelse, at det ville være for meget for hende at mødes hver uge, da hun har nemmere ved at snakke om tingene, når de er kommet lidt på afstand, hvilket også var tilfældet med psykologen. Derudover skal gruppen maks. bestå af 10 personer, så man ikke skal *“snakke foran en hel forsamling”*, og samtalen skal desuden styres af en psykolog, som ligeledes kan svare på de spørgsmål, som andre pårørende heller ikke kan svare på.

Louise fortæller, at folk bliver overrasket, når hun fortæller sin historie, og hun oplevede i sin tid, at nogen klassekammerater trak sig efter alt det med Søren, hvilket kan have medført psykisk smerte. Louise tror, at det var fordi, de ikke vidste, hvordan de skulle opføre sig omkring hende. Men hun havde og har stadigvæk gode veninder, som selv har prøvet at have selvmordstanker, *“[...] hvor de andre mere var sådan “det er synd for dig, agtigt”, men de sad ikke med tankerne på, hvordan det har været at være pårørende eller selvmordstruet.”* (ibid.:13). Derudover har hun en fornemmelse af, at hun skal *“passe på”*, når hun fortæller sin historie, så hun ikke kommer til at overskride andre folks grænser. Selvom hun gerne deler sin historie med andre, er hun meget opmærksom på, at hun ikke får fortalt så meget, at folk dømmes hende, hendes familie og ikke mindst hendes lillebror. Det tyder på, Louise har en form for beskyttertrang over for sin familie, men måske i særlig grad overfor Søren.

Louise oplever ikke, at selvmord er et tabu i familien, men Sørens valg om, at det kun er den nærmeste familie, der skal vide, hvad der skete, har medført, at selvmord på en måde er blevet tabubelagt for Louise (ibid.:12). Det faktum, at Louise vælger at ære Sørens ønske om, at det ikke er hele familien, der skal vide, hvad der er sket, har således skabt en begrænsning for Louise og de ting, hun kan og ikke kan italesætte til resten af familien. Det kan tænkes, at det at skulle bære på så stor en hemmelighed fra sin familie, kan medføre psykisk smerte. Derudover formoder vi, at det ligeledes kan medføre en form for selvhad, som netop er blevet til selvhad og ikke til aggression mod Søren, da hun, som tidligere beskrevet, giver udtryk for at døje lidt med dårlig samvittighed og måske føler, at aggression mod Søren derfor ikke er berettiget.

Når vi spørger ind til, hvordan vi kan gøre selvmord mindre tabubelagt, fortæller Louise, at vi skal snakke meget mere om selvmord, og at vi skal få formidlet det sådan, at folk ved, at selvmord og selvmordstanker er *“normalt”*, og at det er okay at snakke om. Dette kunne med fordel gøres gennem diverse medier.

ift. hvordan vi bedst muligt får spredt budskabet om interventionen, foreslår Louise, at vi får lavet reklamer med anonyme personer, der fortæller deres historie. Reklamen skal ligeledes fokusere på, hvordan interventionen kan hjælpe, og hvad den tilbyder. Louise forklarer, at den skal fungere lidt ligesom et Bilka-blad: *“[...] det skal være lystdrevet, ligesom man ser i Bilka og tænker “orgh, fedt, den skal jeg have”.*” (ibid.:15).

Louise svarer desuden ja, når vi spørger, om hun kunne finde på at benytte interventionen, hvis den fandtes i virkeligheden. Hun mener, at det nok bunder lidt i, at hun ønskede mere hjælp efter hændelsen, hvilket blot understøtter vores valg om at udvide fokus fra selvmordstruede til ligeledes at inkludere pårørende og efterladte.

#### Delanalyse 4: Maria

Maria er 20 år gammel og bor i Valby. Hun læser til daglig Bæredygtig Design på AAU i København. Maria er oprindeligt fra Vipperød, som ligger i nærheden af Holbæk. Der boede hun med sine forældre, som er fraskilte, hvor hun boede én uge ad gangen hos hhv. sin far og mor. Derudover er hun storesøster til Mie, "[...] som er hende, der har haft... har det svært. Og som prøvede at begå selvmord." (ibid.:1). Maria var 15 år og gik i 9. klasse, da søsteren forsøgte at begå selvmord. Mie selv var 13 år og gik i 7. klasse.

Maria beskriver sin søster som en, der altid har været anderledes og taget ting meget tungt, formentlig som følge af udpræget psykisk smerte, som vi senere skal se. En dag, i tiden op til selvmordsforsøget, kommer Maria hjem fra skole og ser tilfældigvis, at Mie har snit på sit inderlår. I Mies tilfælde, hvor vi senere skal se, at hun bliver diagnosticeret med skizofreni og personlighedsforstyrrelse, er selvskaden, i form af at skære i sig selv, måske nærmere et symptom på skizofreni, end et udtryk for selvhad. På den anden side har vi, som tidligere beskrevet, valgt at gradbøje selvhad, hvormed der selvsagt kan være tale om, at Mie skar i sig selv for at få afløb for en aggression, enten mod verden eller sig selv. Årsagen til skizofreni kan være en kombination mellem arv og miljø. Arbejder vi ud fra den præmis, at opvækstmiljøet kan anses som en slags mini-samfund, kan vi således udlede, at dette samfund, bestående af Mies primære relationer, kan have produceret nogle problematiske forhold, som kan have haft betydning for Mies udvikling af skizofreni.

Maria vælger at konfrontere sin søster, hvilket hun gjorde, da hun bl.a. lige havde haft emneuge om selvskade, spiseforstyrrelse og lign. Mie bliver rigtig ked af det og fortæller, at hun har det svært og ikke har sagt det til nogen. Det faktum, at Mie har gået med tingene selv, kan ligeledes være kommet til udtryk ved selvskade som en måde at få afløb for psykisk smerte. Derudover kan der være et stort tabu forbundet med selvskade og selvmordstanker, og rigtig mange går med problemet selv, da de ikke vil være en belastning for familie og venner (Kastberg 2015). Maria og Mie sætter deres forældre ned senere den dag og fortæller dem, hvordan Mie går og har det. Dét beskriver Maria som starten på det hele (bilag 5:1). Mie blev efterfølgende henvist til en psykolog af sin læge. Psykologen snakkede hun med én gang om ugen, men des mere psykologen "gravede" i hende, jo værre fandt de ud af, det stod det til. Familien fik hurtigt øjnene op for, at der ikke var tale om en "teenager, der var lidt ked af det". Mie havde behov for professionel hjælp, hurtigst muligt. En dag, hos deres far, beslutter Mie sig for at tage en masse Panodiler, formentlig som følge af et udpræget negativt syn på verden og den fremtid, hun havde i vente. Maria var alene med hende, og det var en helt normal dag, hvor de stod op, gjorde sig klar og cyklede i skole. Maria havde ingen idé om, at hendes liv ville ændre sig gevaldigt dén dag. De mødtes med Marias veninde, Emilie, som også var deres nabo, udenfor, hvorefter de cyklede i skole alle tre. Selvmordsforskeren, Erwin Ringel, har opdelt udviklingen mod selvmord i tre faser, kaldet det

*præsuicidale syndrom*. I anden fase træffer nogen mennesker beslutningen om at tage deres liv. Den energi, der frigøres, når valget er truffet, kan give den selvmordstruede en følelse af indre ro og kontrol, som fejlagtigt kan fortolkes som en forbedring i personens tilstand (Ringel 1976). Det lader til, at Mie evt. har befundet sig i denne fase, eftersom hun opførte sig helt normalt efter at have taget så mange piller.

I frikvarteret ser Maria, at Mie ser ud til at være ked af det. Hun ringer til sin mor og forklarer, at *"Mie har en dårlig dag"*, hvorfor det ville være en god idé, hvis Mie blev hentet. Det lader til, at familien var vant til, at Mie havde dårlige dage og havde en aftale om, at Maria skulle ringe, hvis det blev nødvendigt. Det kan diskuteres, om Mie evt. var ked af det, fordi hun indså, at hun ikke havde taget nok piller og dermed ikke var døende. For mange selvmordstruede er målet dog ikke det at dø. De fleste føler sig fanget i en uudholdelig situation, evt. en uudholdelig psykisk smerte, som Shneidman ville kalde det, som de har mistet troen på at kunne undslippe på anden vis, hvormed selvmordet ses som eneste udvej (Møller og Stephensen 2004:9). Ifølge Shneidman er denne smerte uundgåeligt resultatet af ikke-imødekomne behov, som opleves som signifikant traumatiserende. Det kan tænkes, at Mies selvmordsforsøg var resultatet af, at hun ikke fik behandling for skizofreni og personlighedsforstyrrelse, som hun ellers havde behov for. Den manglende behandling kan have udviklet sig til et bredt spektrum af mentale tilstande, herunder håbløshed, modløshed og generel psykisk smerte. Det skal dog nævnes, at Mie på den anden kan have været ked af det den pågældende dag, fordi pillerne ikke virkede, som hun ønskede. Med tanke på Mies mentale tilstand, kan det være en mulighed, men det kan ligeledes tænkes, at Mie var ked af det, fordi hun havde fortrudt, at hun havde taget pillerne. Mies intention med selvmordsforsøget kommer Maria ikke nærmere ind på.

Maria møder tilfældigvis sin mor på parkeringspladsen på vej til idræt. Mie var i bilen, og der var lidt *"kaotisk stemning"*. Marias mor siger, at *"[...] Mie har det fint, hun har det bare lidt dårligt."* (bilag 5:1). Da Maria kom hjem fra skole, fortalte hendes forældre imidlertid, at Mie langt fra havde det fint, fordi hun havde taget en masse piller og var indlagt på Holbæk Sygehus. *"Det var et meget voldsomt chok, også fordi jeg havde været alene med hende hele dagen. Så man var bare sådan lidt "hvordan så jeg ikke det?"."* (ibid.:2). Her kan vi udlede, at Mie giver udtryk for selvhad i form af skyld over ikke at have set noget tegn på, at Mie havde taget en masse piller. Den form for selvhad, som skyld er, må være psykisk tortur i form af selvbekjendelse, som fordrer mere selvhad. Det er således en ond cirkel, som sandsynligvis kan resultere i en svær grad af psykisk smerte. Mies psykiske smerte og selvhad kredser således om skyld, der, som vi senere skal se, giver rum for en endeløs række af tanker.

Familien kørte på Holbæk Sygehus, hvor Mie var indlagt på børneafdelingen, og hvor hun var i én uge. *"Hun skulle egentlig kun have været der i et døgn observation, men min mor, hun fik snakket med overlægen på børneafdelingen, mener jeg, det var, om de kunne beholde hende i et par dage ekstra, for hun havde ingen idé om, hvad hun skulle, fordi hun havde et barn, der var selvmordstruet."* (ibid.). Efter selvmordsforsøget blev Maria hjemme et par dage fra skole, formentlig som følge af den psykiske smerte, søsterens selvmordsforsøg

må have medført. Hun fortæller, at der var mange tanker, der fyldte hendes hoved: *"Hvorfor vil hun dø? [...] Hun kunne ligeså godt have valgt at springe ud foran et tog [...] Eller hængt sig selv. Tænk nu, hvis jeg var gået ned på hendes værelse, og hun hang der i lampen. Tænk, hvis hun havde skåret pulsåren over og lå og forblødte på badeværelset. [...] Det er lidt nogle sindssyge tanker at have."* (ibid.). Det er denne endeløse række af tanker, vi hentydede til i ovenstående. Det fremgår, hvordan Mies selvmordsforsøg satte en række tanker og følelser i gang hos Maria, og det lader til, Maria havde behov for at forstå og finde forklaring.

Derudover beskriver hun tiden som sløret, samt at hendes hjerne *"slog fra"*. *"Så det var virkelig en mørk tid. Eller når jeg tænker tilbage på den, så er det hele meget sløret, og det er meget mørkt, og man er meget bange."* (bilag 5:3). Hun tænker selv, at det evt. kan have været en forsvarsmekanisme (ibid.).

I den første tid efter søsterens selvmordsforsøg, var Maria meget hjemme hos veninden, Emilie, som hun havde cyklet sammen med den dag. Hun fortæller, at det var fordi, hendes forældre havde meget at se til, hvorfor hun gerne ville gøre sig så ubemærket som muligt, selvom situationen også påvirkede hende meget. Maria fortæller dog, at hendes forældre gik meget op i, at hun ikke skulle påtage sig noget ansvar. Det ville hun imidlertid gerne, fordi hun vidste, at det gik *"ad helvedes"* derhjemme (ibid.:7). Hun fortæller desuden, at hun også var hjemme hos Emilie, fordi hun blev konfronteret med sin søster, når hun var hjemme: *"Fordi så sidder hun i sofaen, og det var så før, hun blev indlagt, og sådan ser egentlig glad nok ud, og man tænker [...]. Du har lige slugt alle de her piller for ikke så lang tid siden, og så sidder du der og smiler". Det var sådan det med at acceptere, at der var gode dage og dårlige dage, og der var gode perioder og dårlige perioder.*" (ibid.:5). Det lader til, at Maria havde det ambivalent med sine følelser omkring søsteren, som på den ene side var præget af skyld, men på den anden side var præget af aggression. Dette må have skabt en tilstand af håbløshed pga. de modstridende følelser omkring søsteren. Det kan ydermere tænkes, at Marias behov for at være væk fra hjemmet, hvor søsteren netop befandt sig, kan pege på et ønske om at lægge hele oplevelsen bag sig. Dette ønske kan stamme fra Marias skyldfølelse over ikke at have vidst, at Mie havde taget en masse piller, men det kan på den anden side referere til et ønske om at flygte fra den realitet, Mies sygdomme satte betingelserne for.

Familien fandt senere ud af, at Mie lider af skizofreni og har en personlighedsforstyrrelse og er en af de *"helt tunge patienter i psykiatrien"*.

*"I starten så troede vi, hun var deprimeret, for det var lidt lettere at forholde sig til. Det er lidt som, at folk bedre kan acceptere den diagnose. 2-3 måneder efter det med pillerne, fik hun det super dårligt igen, hvor hun også virkelig var selvmordstruet. Eller, hun er virkelig selvmordstruet hver gang, hun bliver indlagt. Men det var så første gang, hun skulle indlægges dér. [...] Hver dag var der nye cuts i hendes lår og hendes arme. Og... Hun spiste ikke på det tidspunkt, så vi troede i starten, at det var anoreksi, og vi var til nogle samtaler på den der spiseforstyrrelsesafdeling. Så*

*begyndte hun at kaste maden op, så vi troede, det var bulimi. Men det er så symptomer på det her skizofreni.” (ibid.:3)*

Mies udredning var således langtrukket, før hun fik stillet den korrekte diagnose. Trygfonden og Mandag Morgen har gennemført den hidtil bredeste og mest grundige undersøgelse af danskernes forhold til det samlede sundhedsvæsen, *”Sundhedsvæsenet – ifølge danskerne”* (2016). Mere end 6.000 danskere deltog, og undersøgelsen konkluderer, at der er en kritisk lav tillid til, at sundhedsvæsenet leverer sine kerneydelser: de rette undersøgelser og behandlinger (Skovgaard et.al. 2016:8f). Her kan vi udlede, at der må være tale om problematiske forhold i det danske sundhedsvæsen, som var en begrænsning for Mies behandling, indtil hun fik den korrekte diagnose.

Efter søsterens selvmordsforsøg, blev Maria tilbudt at snakke med en skolepsykolog, som fortalte, at deres samtale var *”anonym”*. Vi antager, at Maria her hentyder til, at skolepsykologen havde tavshedspligt, hvormed Maria trygt kunne åbne op. Maria forklarer, hvordan hun *”hældte over på hende”* og fortalte, hvordan hun gik og havde det. Efterfølgende fandt hun ud af, at skolepsykologen havde fortalt Marias mor, hvad Maria havde sagt, hvorefter hun ikke ønskede at snakke med hende mere, fordi det var for *”mærkeligt”*. *Jeg tror også, det var fordi, jeg kunne se, at mine forældre ikke rigtig vidste, hvad de skulle gøre. De forsøgte at finde en specialskole til Mie... og så det der med, at psykologen fortalte, hvor dårligt jeg havde det til mine forældre, det var bare for meget. Det ville jeg gerne have for mig selv. Så der blev jeg faktisk rigtig sur... virkelig, virkelig sur.”* (bilag 5:3). Oplevelsen med skolepsykologen kan have skabt grundlag for yderligere psykisk smerte, da Mia, som ovenstående citat vidner om, tydeligvis havde et ønske om, at hendes forældre ikke skulle have indsigt i, hvordan hun havde det, når de havde et psykisk sygt barn at tage højde for og hensyn til i forvejen. Det kan have sat en begrænsning for Marias ønske om at få hjælp andetsteds og således få hjælp til de problemer, hun selv kæmper med. Maria har til den dag i dag endnu ikke fået professionel hjælp, hvormed det tyder på, at den uheldige oplevelse med skolepsykologen har skabt en form for tunnelsyn for Louise ift. at søge hjælp. På baggrund af, at Louise endnu ikke har fået yderligere hjælp, må vi gå ud fra, at nogle af de følelser og tanker, hun kæmpede med i den periode, hun beskriver, i en vis udstrækning stadigvæk må være et problem dem dag i dag.

Maria beskriver, at hun havde meget let til tårer i den periode, fordi hun var *”fyldt op”*. Det kan tænkes, at hun bl.a. var fyldt op, fordi hun ikke gav sig selv lov til at få afløb for de følelser, hun selv bar rundt på. En lang række undersøgelser fra Danske Patienters medlemsforeninger, bl.a. *”Fakta: Pårørende under pres”* (2019), viser, at pårørende oplever at blive fysisk og psykisk belastede i en sådan grad, at de selv er i risiko for at blive patienter (Danske Patienter 2019). Det er bl.a. mere end hver anden pårørende i psykiatrien, der føler sig psykisk belastet (Bedre Psykiatri 2018). Maria beskriver også, at hun nok var endt som sin søsters nabo på den skærmede afdeling, hvis hun var blevet mobbet med situationen, da der ikke skulle meget til, før bægeret flød over (bilag 5:4). Det faktum, at Maria var *”fyldt op”*, blev ikke bedre af, at hun ikke turde at gå ind på Mies

værelse, "[...] for tænk nu, hvis hun hænger i lampen." (ibid.:3). Situationen blev generelt altoverskyggende og påvirkede Maria i en sådan grad, at det påvirkede hendes eller gode karakterer og generelle overskud. Vi forestiller os, at dette kan have medført psykisk smerte, samt at Maria må have følt, at det ingen udsigter havde om at blive bedre, altså en form for modløshed – ikke nødvendigvis i forlængelse af at ville begå selvmord, men ift. at det hele må have virket uoverskueligt, de lange fremtidsudsigter taget i betragtning.

Da vi spørger Maria, om hun kan uddybe, hvordan det var at være hende i den periode, fortæller hun, at hun bl.a. havde mange eksistentielle spørgsmål, f.eks. hvor meget, der skulle til for, at hun ikke selv ville leve mere (ibid.:4). Det bekræfter os i, at Maria må have befundet sig i en eller anden form for tilstand af psykisk smerte, der har været så udpræget, at hun selv begyndte at overveje, hvad der egentlig skulle til for, hun skulle miste lysten til at leve.

### *Den sociale intervention*

Maria fortæller, at den sociale intervention ikke må ligne et hospital og slet ikke en psykiatrisk afdeling. "Og heller ikke de der store, tunge hvide døre, der åbner, når man trykker på en knap. Sådan ser de i hvert fald ud på den skærmede." (ibid.:6). Hun fortæller desuden, at der ikke må være hvidt, for når hun "[...] tænker tilbage, at det hele bare var hvidt, hvidt, hvidt. Hendes værelse var hvidt, inde hos psykologen var der hvidt, måske med et eller andet mærkeligt billede på væggen. Så sådan lidt glade farver, tror jeg." (ibid.). Hun beskriver grøn som en glad farve og forklarer derudover, at det gerne må minde om at gå en tur i en skov, hvilket måske kan være en metafor for, at stedet skal være roligt og give plads til at kunne tænke, formentlig hvis man lider af en eller anden form for psykisk smerte. Derudover er omgivelserne ikke vigtige for Maria, men det er en bonus, hvis de er smukke. Det vigtigste er, at det er nemt at komme til, for overskuddet kan ofte være svært at finde, hvilket netop vidner om en form for opgivende tilstand. I den ideelle verden stopper der, ifølge Maria, en bus lige ude foran (ibid.:7). Det er således den sociale interventions tilgængelighed, Maria finder vigtigst.

*"C: Hvordan skulle stedet se ud indenfor?"*

*I: ... Det ved jeg ikke, det skulle være sådan lidt... det skulle ikke være for glad, men heller ikke....*

*Det må godt udtrykke, at her taler vi altså om tunge emner, men i nogle flotte omgivelser." (ibid.).*

Maria ønsker, at stedet udtrykker seriøsitet, og derudover er det vigtigt for hende, at der er ryddeligt og hyggeligt, "[...] så man føler sig tryk." (ibid.). Som tidligere beskrevet kan helende arkitektur være bidragende til, at den enkelte føler sig tryk. Marias italesættelse af begrebet tryk, understreger derfor vores grundlæggende tanker om helende arkitekturs anvendelighed ift. den sociale intervention, vi ønsker at udvikle. Da vi spørger Maria, om hun har behov for, at bygningen er anonym, forklarer hun, at hun ikke ville have noget problem med det nu, men at hun, under "den mørke periode", ville have haft svært ved at gå ind et sted, som åbenlyst var for selvmordsforebyggelse. Hun beskriver, at folk nok ville tænke "[...] hun har lyst til at slå sig selv

ihjel.” (ibid.:15). Maria forklarer, at grunden til, hun ikke ville have noget problem med det nu, er, fordi det er blevet en del af hendes identitet.

Maria beskriver desuden at en bogreol, gerne med bøger om diagnoser kunne være en god ide at placere i venteværelset. Det kan tænkes, at Marias ønske om bogreoler med bøger om diagnoser, kan have rødder i hendes ønske om at forstå og finde forklaring på sin søsters lidelser. På den anden side kan det tænkes, at hun ligeledes har behov for at forstå, hvor hun, som pårørende, hører hjemme i det hele. Hun forestiller sig desuden sofaer, hvor man kan sidde. Hun retter sig dog selv og fortæller, at det nok er bedre med lænestole, “[...] så folk ikke kan sidde og kigge, hvad man læser om.” (ibid.:8).

*”C: Skal det her sted have en have?*

*I: Det kunne faktisk være ret fedt. Bare en lille en med nogle blomster eller sådan noget. Og bænke og et bord. Det kunne være meget fedt, hvis man kunne sidde og spise udenfor. Men det behøver ikke være så stort, i hvert fald ikke for mit vedkommende. Bare et sted, hvor man kan sidde og kigge lidt.” (ibid.).*

Maria forklarer desuden, at hun ville have det bedst med at få hjælp og støtte fra en professionel, dog med den undtagelse, at det godt må være en frivillig, hvis han eller hun har en professionel baggrund. Hun foreslår selv en fra den tunge ende af psykiatrien. Vi kan således drage paralleller til den del af psykiatrien, Mie har modtaget hjælp. Vi antager, at det faktum, at Maria selv foreslår en fra den tunge ende af psykiatrien, må betyde, at det er personer, hun har tiltro til, og som hun har erfaring med gør et godt stykke arbejde (ibid.:9). Ift. erfaring forklarer hun ligeledes, at hun er mere tryk ved en, der har for meget erfaring, end en, der har for lidt erfaring. Dertil fortæller hun, at hun ville have svært ved at åbne sig helt op for en frivillig, samt at hun foretrækker en professionel qua emnets kompleksitet.

Da vi spørger Maria, hvad hendes holdning til henvisning er, svarer hun, at de er en *”kæmpe ulempe”*, og at det er bedre, hvis man bare kan møde op. Da vi spørger Maria, hvem den ideelle psykolog er, svarer hun i forlængelse af sin oplevelse med skolepsykologen. Hun forklarer, at hun har behov for en, som er meget inde i stoffet og i systemet generelt.

*”Fordi så snakkede jeg med hende skolepsykologen, men lige så snart det kom til, hun var på den lukkede, så kunne man godt mærke på hende, at det ikke var hendes felt. Jeg tror virkelig, jeg havde brug for at snakke med en, som kendte til det, når et ungt menneske har forsøgt at begå selvmord flere gange. Hun var slet ikke nok inde i stoffet til at kunne hjælpe mig med det i hvert fald. Så jeg tror, jeg havde brug for en, der også vidste, hvad der skulle ske fremadrettet.” (ibid.:5)*

Maria uddyber og fortæller, at hun ofte spekulerede over, hvad der skulle ske med Mie. Det peger på, Maria ønsker hjælp til at få svar på de spørgsmål, der vedrører Mie og familiens fremtidsudsigter. Maria har ergo et begrænset fokus på sig selv, og det lader til, hun påtager sig ansvaret for sin families velbefindende. Maria

giver løbende udtryk for, mere eller mindre direkte, at det er et stort ansvar at være pårørende, og at hun kæmper med følelser som frygt, afmagt, skyld, sorg, skam, frustration og dårlig samvittighed. Disse følelser er dog helt normale for pårørende (Lind u.å). Marias fokus på sin søster bekræftes af nedstående citat:

*"Jeg kan huske, en af mine lærere spurgte mig "hvordan går det?", og så begyndte jeg jo bare automatisk at snakke om Mie "ej men, hun har det bedre, hun er på den lukkede". Og så var hun sådan "jamen, hvordan har DU det". Det spørgsmål fik mig helt ned med nakken, og så pludselig lå jeg og tudede igen. Det var lidt vildt, hvor meget hun fyldte." (bilag 5:5).*

Marias ønske om at snakke med en, der kan hjælpe med at finde forklaring, kan ligeledes været opstået i forbindelse med, at Maria aldrig var med til de møder, Mie og forældrene havde med psykiatere, psykologer, læger, sagsbehandlere og lign. Den information, hun fik, var videregivet fra hendes forældre (ibid.:6). Forskning peger på, at søskende til den selvmordstruede er i fare for at blive overset (Fleischer og Secher 2009:21). I dag er der kun krav til, at sundhedspersonalet undersøger, om der er søskende til den selvmordstruet, men der er ikke krav om, at der skal være tilbud til disse, og det er derfor først, når disse søskende viser tegn på selv at få problemer, at der opstår hjælp til dem (NEFOS u.å).

Maria fortæller desuden, at der, under en samtale med f.eks. en psykolog, skal være plads til, at man kan "brække sig i ord" indtil, man er "fuldstændig tom". Derudover skal personen spørge indadgående til situationen, men samtidig se frem ad og give redskaber til at kunne håndtere det hele. "Nogle gange har man bare brug for, at de siger, hvad man skal gøre i stedet for "det kan jeg godt forstå". [...] Og man googler jo bare derud af, også hvis man selv har det lidt dårligt, [...] men der kommer ikke rigtig noget op om pårørende. Det var bare sådan lidt "okay, hun har det dårligt, men hvordan finder jeg mig selv i alt det her?". (bilag 5:11). Maria har således førstehåndserfaring med, at der ikke findes nok forskning om samt hjælp og støtte til pårørende. Maria runder sin fortælling af med, at personen skal kunne hjælpe med at sætte tingene i perspektiv samt at få brikkerne til at falde på plads, så de giver mening. Derudover skal personen have godt kendskab til feltet, diagnoser og lign. (ibid.:12).

De tilbud, den sociale intervention skal danne ramme om, skal bl.a. være støtte- og sorggrupper, udredning og behandling. Derudover nævner Maria, at det kunne være ideelt, hvis man kan tage sine venner og veninder med, "[...] for man føler lidt, man lever et parallelt liv. Man har skole, man har venner, men man har også det andet. Så et eller andet sted, der kan få tingene til at mødes." (ibid.:8). Maria nævner løbende i løbet af interviewet, at hun ønsker, at den sociale intervention skal være omdrejningspunktet for, at verdener kan mødes (ibid.:10). Vi antager, at Maria italesætter dette flere gange, fordi det er ekstra vigtigt for hende, da hun har svært ved at få sit liv som en normal, ung kvinde til at mødes med livet som pårørende til sin psykisk syge søster. Maria føler formentlig, at hun lever i skæringsfeltet mellem to parallelle verdener, som til tider kolliderer. Det tyder på, Maria ønsker, at den sociale intervention kan danne rammer om, at de to forskelligartede verdener kan eksistere samtidig, uden at være i konflikt med hinanden.



ift. støtte- og sorggrupper fortæller Maria, at der skal være milde farver på væggene, evt. grøn. Behagelige stole, borde samt mulighed for at drikke en kop te. Maria forestiller sig en gruppe på 8-10 personer. Det må ikke være flere end det, da hun tror, det bliver *"for meget"*. Det må gerne være lidt intimt, da det, man deler, er meget intimt (ibid.:8f). Derudover synes hun ikke, det er en god idé at blande pårørende med selvmordstruede. Vi forestiller os, det kan være fordi, hun har behov for at udveksle erfaringer med personer i samme situation som hende selv samt ikke at blive mindet yderligere om hendes søster, som hun flere gange italesætter som *roden til alt ondt*. Hun nævner ydermere, at det er en god idé med terapi/samtale for hele familien, også med bonusforældre. *"Det tror jeg faktisk kunne hjælpe lidt, for vi har aldrig snakket sammen som familie med en professionel. Også fordi min forældre er fraskilte, og min mor har helt klart taget det tunge læs med min søster."* (ibid.:15). Maria fortsætter og fortæller, at hun stadigvæk synes, familien har brug for at tale sammen. Hun synes dog, *terapi* er et *"hårdt label"*: *"Man tænker bare "shit mand, de kan ikke lide hinanden". Men jo, hvis man kunne kalde det noget andet, det tror jeg faktisk ville hjælpe på det. For man er allerede inde i systemet, og man vil helst ikke mere ind i det. Det er rigeligt."* (ibid.).

ift. hvad interventionen skal tilbyde, nævner Maria ligeledes, at der gerne må være et slags kreativt hjørne, hvor man f.eks. kan male, strikke eller lign. Her har Maria ikke noget imod, at pårørende sidder sammen med selvmordstruede. *"Og så ved man godt, at man sidder sammen med folk, som også har det rigtig dårligt, men man behøver ikke at snakke om det, det er nok bare at være i det. Det havde jeg brug for, bare at kunne være i det."* (ibid.:10). Vi formoder, at Maria ikke har noget behov for at snakke om det, fordi det evt. kan være nok at vide, at hun ikke er alene. Hun beskriver også, at hun følte sig meget ensom og alene under *"den mørke periode"* (ibid.:14), hvorfor vi antager, at det er vigtigt for hende at vide, at hun ikke er den eneste, som kæmper med de ting, hun gør.

Maria har, udover at føle sig meget alene, ligeledes følt, at emnet er meget tabuiseret. Hun fortæller bl.a., at folk troede, hendes mor var en dårlig mor, fordi hendes barn *"ville dø"*, samt at eleverne fra Mies klasse ikke ville hjem til hende. *"De må jo have det forfærdeligt derhjemme. Hun må jo være alkoholiker eller slå dem."* (ibid.:9). I den forbindelse nævner hun, at det måske kunne være en god idé med støttegruppe målrettet forældre. Ift. tabuisering fortæller Maria også, at hun flere gange har tænkt *"[...] hvis bare hun havde kræft i stedet for."* (ibid.:3). Ifølge Maria ville det have været væsentligt nemmere lige ift. tabuisering. Det kan virke som en voldsom udmelding, men Maria forklarer, at hun selv føler, at kræft er bedre accepteret i vores samfund, end psykiske sygdomme er. En undersøgelse foretaget af Userneeds på vegne af medicinalvirksomheden, Lundbeck, peger på, at 8/10 psykisk syge og pårørende mener, at psykiske lidelser ikke bliver accepteret på lige fod med andre sygdomme (Luth 2010). Det lader ergo til, at Marias tanker om søsterens diagnoser ikke er nogle, hun står alene med, men tværtimod stemmer overens med et allerede eksisterende paradigme.

*L: Er det et tabu i resten af din familie mht. din søster?*

*I: Helt klart. Også min far der.... Det er lidt sygt, selvom der er gået så mange år efterhånden. Min far har det svært ved det, og det gør jo også, at man selv får det svært ved det. Og min søster har det super hårdt med, at min far har det svært ved det. For det er jo hende, det hele handler om i princippet.” (bilag 5:12ff).*

Maria fortæller om en ferie, hun var på med sin far og søster under en periode, hvor Mie havde det rigtig dårligt. De boede på 4. sal og havde en altan, hvor Maria brugte størstedelen af tiden i frygt for, søsteren ville hoppe ud. Hendes far beskriver hun som værende fuldstændig afslappet. *”Han havde slet ikke tænkt, at det kunne hun finde på. ”Det var slet ikke så slemt, og det kunne ikke være rigtigt, at hans datter havde det så dårligt”. Meget tabu omkring det i hans familie, meget gammeldags. Jeg tror, der er mange af dem, som ikke ved, hvordan hun har det.”* (ibid.:14). En dag sker der dog det, at Mie får et *”sygt udtryk”* i sine øjne og forsøger at springe ud fra altanen. Maria forklarer, at hun kastede sig over hende og afværgede selvmordsforsøget. Maria tror selv, at en af grundene til, søsteren forsøgte at begå selvmord den dag, var for at få deres far til at indse, at hun virkelig ikke har det godt (ibid.). Maria beskriver, at hun stadigvæk har problemer med ham ift. sin søster. Hun har forsøgt at tage ham med til foredrag, hængt foldere på køleskabet og lign., men hun har svært ved at trænge igennem til ham. Marias forsøg på at trænge igennem til sin far peger på, at den konklusion, vi lavede tidligere ift. Marias ansvarsbevidste tilgang til situationen, holder stik. Maria fortæller desuden, at resten af familien på hendes fars side ikke ved, hvad der sker med Mie, og hun har svært ved, at han ikke anerkender, hvor dårligt hun har det (ibid.:15). Det står klart, at selvmord er et problem i Marias familie pga. den manglende åbenhed. Hvis vi skal mindske tabuisering af selvmord i Danmark, foreslår Maria, at vi skal være mere åbne omkring det, dele succeshistorier og dårlige historier (ibid.:12). Maria ønsker altså, at mere viden skal føre til mere åbenhed, og vi skal ydermere blive bedre til at snakke om psykiske lidelser. Der skal generelt være mere bevidsthed om emnet, hvilket vi formoder, kan betyde, at Maria ønsker en holdningsændring i samfundet.

Hvis den sociale intervention bliver en realitet, forslår Maria, at radioen kunne være en mulighed, da hun har en fornemmelse af, at folk hører meget radio, når de kører i bil (ibid.:14). Maria ville desuden benytte interventionen, hvis den fandtes i virkeligheden. *”100%. Specielt når man har været med til at opfinde det. [...] Dét håber jeg virkelig bliver til noget.”* (ibid.).

## Målgruppe: efterladte

### Delanalyse 5: Anna

Anna er 59 år og mor til 4, hhv. to døtre og to sønner. Det er Annas næstældste barn, sønnen Nicklas, som begik selvmord lørdag d. 21. april 2018. Da vi snakker med Anna, er det næsten på årsdagen for Nicklas' selvmord. Nicklas begik selvmord i Paris, hvor han hængte sig selv i en park og blev fundet den efterfølgende morgen af en løber. Anna var på arbejde lørdag og søndag og havde ingen anelse om, hvad der var sket. Hun havde snakket med ham tirsdag eftermiddag, hvor Nicklas havde sagt, at han ville komme hjem og se tingene

i øjnene (bilag 6:6). Da Anna kommer hjem fra arbejde om søndagen, gør en nabo hende opmærksom på, at politiet havde været der flere gange, og at hun nok burde ringe til dem. Det gør Anna, og der kommer efterfølgende to politibetjente ud til hende (bilag 6:1), hvor de fortæller hende, at Nicklas har begået selvmord. Politiet gav Anna telefonnumre til det franske politi samt den danske ambassade i Paris. Samme dag ringer hun til Udenrigsministeriet, og de kan kun fortælle, at han muligvis er fundet i en park. I løbet af kort tid er Annas børn samlet hos deres mor, og de prøver at finde ud af, hvad der er sket. De forsøger at ringe til ambassaden i Paris, men uden held, da ambassaden først åbner mandag morgen. Hun beskriver natten mellem søndag og mandag som frygtelig (ibid.:2).

Mandag morgen får familien fat på ambassaden. *"Så ringer vi til ambassaden, og så begynder hun at læse op ad de papirer her, og så siger hun "og han er død ved hængning, men man ved ikke om det er en forbrydelse eller ej" og vi skreg jo bare alle sammen, for det vidste vi jo ikke."* (ibid.). Anna fortæller, at det slet ikke var faldet hende ind, at det ville være selvmord, selvom sønnen havde snakket om selvmord før. Det kan tænkes, at det ikke var faldet Anna ind pga. den samtale, hun havde med Nicklas tidligere på ugen, hvor han virkede håbefuldt og optimistisk. Denne håbefuldhed og optimisme, Anna nævner, har måske nærmere dækket over en udpræget form for modløshed og svær psykisk smerte. Dette udleder vi på baggrund af, at der, som tidligere nævnt, kan opstå en følelse af indre ro og kontrol, når den selvmordstruede har besluttet sig om at begå selvmord. Det kan tænkes, at Nicklas allerede havde besluttet sig om at begå selvmord på det tidspunkt, han snakkede med sin mor og derfor virkede håbefuldt. Denne håbefuldhed må dog, med tanke på, at Nicklas begik selvmord få dage senere, være fejlfortolket af Anna. På den anden side kan vi selvsagt ikke udelukke den mulighed, at Nicklas oprigtigt var optimistisk og håbefuldt, men at der efterfølgende er sket en begivenhed, som har været udslagsgivende for, at Nicklas besluttede sig for at hænge sig selv.

Med den manglende information om Nicklas' selvmord, begynder familien at overveje, om det i det hele taget er Nicklas, man har fundet i Paris. *"Der begynder at komme sådan et lillebitte "tænk nu, hvis det ikke er ham. Hvordan kan de være så sikre på, at det er ham?"*" (ibid.). Anna og hendes ældste datter beslutter, at de vil flyve til Paris, hvor Annas to resterende børn bliver i Danmark og forsøger at samle penge ind til at kunne få Nicklas hjem i en kiste, da han ikke havde nogle midler. Anna og datteren bliver tilbudt at mødes med en dansk præst i Paris, af den franske ambassade (ibid.), hvilket de takker ja til. Onsdag morgen tager de hen til lighuset i Paris, hvor de ventede i lang tid, før de kunne se Nicklas. Da tiden var inde, blev de ført ind i et lille lokale med dæmpet belysning, hvor Nicklas lå bag en glasvæg. Man kunne kun se hans ansigt, og ifølge Anna så han fredfyldt ud, hvilket var en stor lettelse for hende: *"Han har bare været så forgrimmert eller lousy de sidste par år mere og mere, fordi han blev mere og mere deprimeret. Så det var virkelig en lettelse at se ham sådan."* (ibid.:3). Nicklas led altså af en depression. Den lettelse, Anna således oplever, da hun ser Nicklas, kan stamme fra at have været vidne til sønnens *"langt fra fredfyldte liv"*, men det kan ligeledes dække over en tilstand af håbefuldhed ift., at Nicklas nu havde fundet fred. Nicklas havde et langt fra fredfyldt liv, da han, udover at lide af en depression, også havde ADHD, og Anna beskriver ham som én med *"virkelig knald på"* og én, som altid

havde gang i en masse projekter på én og samme tid. I artiklen *"Komorbiditet: Tillægsdiagnoser sammen med ADHD"* af ADHD-foreningen står, at undersøgelser peger på, at 85% af alle med ADHD har mindst én anden diagnose eller en form for tillægsvanskelighed (ADHD-foreningen u.å). I Nicklas' tilfælde var dette depression. Ifølge ADHD-foreningen slås mange med ADHD med lav selvfølelse, et negativt selvbillede og ensomhed, hvilket er nogle af de udslagsgivende begreber, vi bl.a. beskrev i de teoretiske perspektiver. Hos unge og voksne med ADHD er der desuden risiko for bl.a. misbrug, som vi senere skal se, at Nicklas ligeledes sloges med. *"Det hænger sammen med at leve et mere marginaliseret liv end andre i samme aldersgruppe, med at være impulsiv og måske have behov for at dulme en indre uro og rastløshed."* (ADHD-foreningen u.å).

I 2014 dør Nicklas' far, og det rammer ham hårdt. Anna fortæller, at Nicklas lignede sin far meget, både udseendemæssigt samt i sin væremåde: *"[...] det var fuldstændig hans far op ad dage. Så det var virkelig et stort tab for ham, og der var han også indlagt til overnatning på psykiatrisk, hvor han var helt nede i kulkælderen."* (bilag 6:3). Et tab af et nært familiemedlem opleves af mange som en stor belastning. Den reaktion, der ses hos Nicklas, er naturlig, da man, i den første tid efter et tab, er meget fokuseret på selve tabet. Efterfølgende vil fokus komme tilbage på livet, der skal leves. Dog vil der typisk ses vekselvirkning mellem de to processer (O'Connor u.å:2). Freud beskriver ligeledes sorg som en naturlig reaktion som følge af et eksternt tab af et objekt. Denne sorg er karakteriseret ved, at den kan bearbejdes. Spørgsmålet er, om Nicklas' sorg nærmere var den melankolske sorg, som netop kan komme til udtryk ved selvdestruktiv adfærd, bl.a. misbrug og selvmord. Nicklas begyndte nemlig at eksperimentere en del med forskellige slags stoffer. *"MDA, LSD og alle dem der."* (bilag 6:3). Det kan ligeledes tænkes, at faderens død kombineret med depression og ADHD, kan have medført en form for håbløshed og modløshed, der netop medførte, at Søren begyndte at eksperimentere med stoffer, evt. som en form for selvmedicinering.

Året op til, Nicklas tog sit eget liv, var turbulent. Hans ene søster fik brystkræft, og dette påvirkede ham meget: *"Nicklas sagde med det samme, da Line fik kræft "det kan jeg ikke overskue" men til slut i forløbet bakkede han hende alligevel fuldstændig op og besøgte hende hver morgen og "min seje søster" og alt muligt."* (ibid.:4). Dette kan forstås som en indirekte, mundtlig selvmordsmeddelelse, som oftest er præget af håbløshed og opgivende udsagn (Møller & Stephensen 2006:10). Vi forestiller os, at det opgivende udsagn bl.a. udspringer af tanken om at miste endnu et familiemedlem, og Nicklas står således endnu en gang i en svær situation, præget af udpræget psykisk smerte med hhv. tilstande af håbløshed og modløshed. Søsteren overlever, men Nicklas oplever stadigvæk at miste yderligere to personer i sit liv, inden han begår selvmord: to kammerater - den ene til en overdosis, og den anden forsvandt på en rejse til udlandet (bilag 6:4). Dette er det tredje tab, Nicklas møder inden for en kort periode. Der findes flere modeller i forståelsen af sorg, bl.a. fasemodellen (Freud; Bowlby 1980); opgavemodellen (Worden 1983); traume-fasemodellen (Horowitz 1991) og den nye opgavemodel (Davidsen-Nielsen & Leick 1987) (O'Connor u.å:19). Karakteristisk for disse modeller, er, at livet, i sidste ende, går videre. Det viser sig dog at være en vanskelig opgave at placere Nicklas ift. disse modeller, da han genoplever sorg flere gange i årene op til selvmordet. For de fleste mennesker aftager sorgen efter 6

– 12 måneder ifølge Mai-Britt Guldin, postdoc, ph.d., Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet (Guldin 2018). Godtager vi denne præmis, kan vi udlede, at Nicklas aldrig rigtig fik mulighed for at bearbejde sorgen helt, før et nyt dødsfald indtraf. Ifølge Guldin er det centralt at bearbejde sorgen, da den ellers kan blive altoverskyggende og invaliderende – dét, man kalder kompliceret sorg (ibid.). Vi forestiller os, at tabet af tre nærtstående personer, søsterens kræftdiagnose, ADHD, depression samt narkotikamisbrug bl.a. kan have været udslagsgivende faktorer ift. Nicklas' selvmord. Dvs., at Nicklas oplevede alvorlige og gentagne stressfaktorer i årene op til selvmordet, som på sin vis må have resulteret i en udpræget tilstand af modløshed og dermed tunnelsyn. Dette har formentlig medført, at Nicklas i sidste ende ikke så anden udvej end at tage sit eget liv.

Et af de helt store projekter, Nicklas' arbejdede med i tiden op til selvmordet, var en musik- og kunsthøjtid, som han ville lave på Flakfortet, som er en kunstigt skabt ø. Dette ville han stable på benene sammen med andre unge mennesker. Anna beskriver, hvordan det var typisk Nicklas at finde på impulsive projekter, for ikke at færdiggøre dem: "[...] *men så er det jo så, at han skal aflevere et eller andet, og det får han jo aldrig gjort, fordi han altid har gang i så mange projekter. Så dem, der også var med i den Flakfort-gruppe, de sagde "nej nu gider vi ikke mere", og så var han ude af den. Så der bliver han mere og mere deprimeret.*" (bilag 6:4). Ud fra Annas fortælling, får vi indtryk af, at Nicklas altid startede en masse op, men aldrig fik det afsluttet, simpelthen fordi, han var hoppet videre til det næste projekt. Da vennerne smider ham af projektet, bliver han endnu mere deprimeret og føler ikke, at han dur til noget. Nicklas oplever i samme periode, at kæresten går fra ham, og det får ham til at føle, at livet er løbet fra ham, da han i en alder af 30 hverken har kæreste eller børn.

Anna fortæller, hvordan det i hele går meget op og ned i 2017: "[...] *han bliver så smidt ud af sin lejlighed der i slutningen af januar 2018, så han er lidt hos et par forskellige og ender nede hos mig 4. februar og bor hos mig med en rygsæk og intet andet.*" (ibid.). Nicklas virker meget rodløs og som en, der har svært ved at finde ro. I samme periode fortæller Anna, hvordan Nicklas isolerer sig mere og mere fra omverden og således bliver mere og mere ensom. Inden Nicklas' selvmord har han faktisk forsøgt selvmord hjemme i Danmark, "[...] *nede ved Stevns Fortet, hvor han havde taget en masse piller, men var så vågnet op igen, og det fortalte han mig jo så, og så sagde han "men du siger det ikke til nogen", og det gjorde jeg ikke.*" (ibid.).

I februar 2018 finder Nicklas en knude i sin testikelpung. Familien frygter, at det er kræft og får arrangeret, at Nicklas skal til undersøgelse på Rigshospitalet. Nicklas møder op, dog ikke til tiden. Anna fortæller, at de efterfølgende har fundet ud af, at Nicklas har stået på et højt tag hele natten og overvejet at hoppe ud derfra. Vi forestiller os, at tanken om at have fået kræft, kan have været udslagsgivende i denne situation med tanke på den række af gentagne stressfaktorer, Nicklas oplevede i den periode i sit liv. Efter undersøgelsen tager Anna og Nicklas hjem til hans to søstre. Her fortæller familien, at Nicklas skal søge hjælp, men det nægter han, hvorefter søsteren smider ham ud. Det er sidste gang, Nicklas' søskende ser ham. Nicklas blev aldrig sig selv

igen efter denne oplevelse og rammes af en dyb depressiv tilstand, hvor det eneste, han laver, er at gå fra sengen til køleskabet og tilbage. Vi forestiller os, at det kan have noget at gøre med, at Nicklas formentlig følte sig misforstået, svigtet og alene. Det tyder på, Nicklas befandt sig i den sidste del af selvmordsprocessen, som netop er karakteriseret ved depression, desperation og håbløshed. *"Årsagen til håbløsheden kan være dyb depression, men også vanskelige livssituationer, f.eks. som følge af skuffelser i nære relationer."* (Møller & Stephensen 2006:9).

I perioden efter at være blevet smidt ud fra sin søster, bor Nicklas hos Anna. Her giver han flere gange, via direkte selvmordsmeddelelser, udtryk for, at han ikke vil leve mere. *"Når han sagde, at han ikke ville leve mere, jamen så blev man mere vred "hvorfor siger du dog sådan noget? Det gider jeg da ikke høre på"."* (bilag 6:5). Ifølge Center for Selvmordsforskning (2015) er det vigtigt, at den selvmordstruede ikke efterlades med en følelse af, at ingen vil tale om det svære og smertefulde. Det kan tænkes, at Nicklas har følt, at hans de direkte selvmordsmeddelelser, som må have været oprigtige udtryk for et ønske om at ville dø, ikke blev taget seriøst nok. Fra Annas synsvinkel forestiller vi os, at hun blev mere vred end bekymret, fordi Nicklas gentagne gange har givet udtryk for at ville begå selvmord, uden at gøre det.

En af Nicklas' veninder får arrangeret, at han kan komme med ud at sejle, hvor én af destinationerne på turen er Paris. Nicklas tager med men ringer allerede grædende dagen efter og vil hjem. Her når Anna sit bristepunkt: *"[...] jeg magter ikke mere. Jeg siger "hvis du skal hjem, så må du gå. Jeg sender ikke flere penge, du må gå hjem", og det siger jeg hver gang, han ringer."* (ibid.:6). Hun beskriver også, at han var ved at køre hende helt i sænk (ibid.:10). Tirsdag formiddag, hvor han begår selvmord om lørdagen, stiger Nicklas af båden og ringer til Anna. Det er sidste gang, Anna taler med ham. Anna og familien har senere fundet ud af, at Nicklas ofte fortalte om sine selvmordstanker til dem, han sejlede med, hvor han bl.a. beskrev, at han ville hænge sig selv (ibid.:6).

### *Den sociale intervention*

Da vi spørger Anna, hvad hun forestiller sig ift. den sociale interventions fysiske rammer, svarer hun, at vi med fordel kan hente inspiration fra Audonicon i Skanderborg, som er kendetegnet ved, at bygningerne har forskellige, oftest lidt skøre, former. Hun forestiller sig desuden, at interventionen skal være præget af *"naturfarver", der "blander sig ind i hinanden"* (ibid.:7). *"En bygning, der ligesom omslutter dig med bløde former. Så er der heller ikke nogen firkanter, kun runde hjørner."* (ibid.). Hun forestiller sig ligeledes, at interventionen ligger isoleret, som et hus omsluttet af en have, *"[...] hvor det ikke sådan lige umiddelbart ser det. Altså det kan jo være grænseoverskridende at alle kan se hvor man går ind, hvis det nu lige er ud til en stor vej eller sådan noget."* (ibid.:6). Det interessante er her, at Anna føler, at det kan være grænseoverskridende, hvis folk ser, hvor man går hen. Det indtryk, vi fik af Anna, var, at hun ikke skammede sig over sin historie og, derfor undres vi over, at hun italesætter dette. Dog taler Anna ofte på vegne af Nicklas i forlængelse af, hvad

hun tror, han kunne have haft behov for, hvilket vi skal se senere, og det kan derfor skyldes, at hun mener, at Nicklas ikke ville bryde sig om, hvis andre så, hvor han gik ind henne.

Anna ser gerne, at den sociale intervention ikke ligner et klassisk behandlingssted f.eks. et hospital. Da vi spørger, hvordan man bedst gør det, svarer hun, at det måske kunne være en gammel fabriksbygning, gerne noget, der er lidt "skævt", qua Audonicon (ibid.:7). Ift. den indvendige indretning, fortæller Anna: "*Jamen der tror jeg, det skal være nogle farver, men måske skulle der også være et sort rum. Altså jamen helt ærligt ikke, hvis det også skal være for selvmordstruede, så kan det også blive for pænt.*" (ibid.). Vi briefede Anna forud for interviewet, og gjorde det bl.a. klart, at vi var interesserede i hendes subjektive ønsker. På dette tidspunkt mindede vi Anna om netop dette, og hun ændrede sit svar til: "*Altså hvis det skulle være et sted for efterladte også, der synes jeg jo at det kunne være rart at blive mødt [...] af pæne ting.*" (ibid.). Anna runder spørgsmålet om den indvendige indretning af med at fortælle, at der er blomster og blide farver, og vi får generelt et indtryk af, at Anna prioriterer det skønne, det skæve og det imødekommende højt. Senere, da snakken går på vand i haven, fortæller Anna, at der desuden kunne være et akvarium med fisk i venteværelset: "*Fisk er der jo også noget beroligende over og det kunne man jo også forestille sig kunne være inden for med en masse forskellige farvede fisk, altså måske i det rum hvor man bliver modtaget [...]*" (ibid.:8).

Anna forestiller sig, at der er en tilhørende have. Denne skal indeholde både terapihave, drivhuse og bålplads (ibid.:7). Vi får generelt et indtryk af, at Anna har behov for ro, evt. et sted til at meditere. Hun uddyber tankerne bag terapihaven således: "*Min ældste søn der, han har været i Afghanistan og har PTSD og været i meget langt terapiforløb. [...] Så altså hvis ikke det kan være i nærheden af vand, så bare det, at der er en rislende lyd af vand i nærheden, sådan nogen vandtrapper eller sådan noget.*" (ibid.:8).

Da vi spørger ind til Annas holdning til frivillige og professionelle, fortæller hun, at bare den frivillige er professionel, så er det fint: "*Ja, i NEFOS hvor jeg har været, der er de jo frivillige, men de er fandeme professionelle, og de ved, hvad det drejer sig om, og de ved, hvad de snakker om.*" (ibid.). Hun uddyber med: "*Når jeg siger professionelle, så er det jo ikke nødvendigvis, at de har en eller anden høj faglig uddannelse, men at de bare ved, hvad stoffet handler om. Så kan de være terapeuter, sygeplejersker, men de kunne også være noget helt andet.*" (ibid.:9). Den professionalisme, Anna italesætter, handler altså mest af alt om at blive mødt af en person, der har viden om feltet. Herefter spørger vi Anna, om hun har nogle forestillinger omkring den ideelle psykolog, og hvad denne skal fokusere på i samtalen. Hun svarer kort: redskaber. Disse fik hun især hos NEFOS, og hun roser de frivillige for at være lyttende, men samtidig observerende:

*"De siger det, de ser. De er utrolige dygtige til at ikke at gentage, men når man har snakket i et stykke tid, så siger de: "Jeg kan se bla bla". Så kommer alt det, man selv lige er kommet med, og så ser man det lidt ovenfra. Så tegner de også en tidslinje. Det er også utrolig godt og laver et billede af den. Den hjalp mig til ligesom at få ro på [...]"* (ibid.:11).

Det lader til, Anna har behov for konkrete redskaber, hvis hun skal føle, at hun får bedst mulig hjælp og støtte. Anna fik flere brugbare redskaber hos den psykolog, hun gik hos, og fortæller, at hun lavede mange øvelser, som handlede om at kunne mærke sig selv og sin krop (ibid.:12). Dette trækker tråde til den konklusion, vi lavede tidligere ift., at Anna lader til at have behov for at finde indre ro. Netop det at kunne mærke sin krop, mener Anna også, at andre ville have gavn af, og hun forestiller sig derfor, at der skal være et område, hvor man kan sidde og mærke sin egen krop gennem massage. Anna prioriterer således en mere holistisk hjælp højt. Dette bragte os til en snak om, hvad interventionen skal tilbyde. Hertil svarer Anna med det samme: *"Massagestole."* (ibid.). Det handler, for Anna, meget om, at man kommer ned og mærker sin egen krop, og vi forestiller os derfor, at det er noget, hun har kæmpet med, hvorfor hun vægter det så højt. Udover massagestolene, mener Anna, at støtte- og sorggrupper kunne være godt: *"Ja, jeg har været i samtalegruppe, det er en form for sorggruppe, der syntes jeg også, det var genialt, for det var alle forældre, der havde mistet et barn, så vi kunne spejle os i hinanden. Det gav så meget."* (ibid.). For Anna handler det om at mødes med andre, som man kan spejle sig i, og Anna finder på den måde en ro i, at dem, hun snakker med ved, hvad hun går igennem. Empati er således et centralt begreb at fremmane i denne forbindelse. Det kunne ligeledes tyde på, at Anna måske har manglet netop denne form for empati, og vi spørger hende derfor, om hun har oplevet, at hendes historie var tabubelagt:

*"I: Ja, tænk nu på, hvis jeg blev ked af det, når man siger noget, så det er bedst ikke at berører det.*

*L: Så folk undgår emnet, eller hvordan?*

*I: Ja, eller hvis jeg nævner Nicklas, så bliver der ikke fulgt op på tråden eller sådan noget. Jeg vil gerne have at folk sagde "han var også bare, eller kæft hvor satte han meget gang i den" eller et eller andet." (ibid.:13).*

Her ser vi det, vi tolkede tidligere, nemlig at Anna oplever, at folk undgår at tale om Nicklas. Det er nok derfor, Anna har behov for at snakke om ham med mennesker, som kan sætte sig ind i det, hun har oplevet. I forlængelse heraf spørger vi Anna, om hun har nogle idéer til, hvordan selvmord kan gøres mindre tabuiseret i Danmark. Her fortæller hun, at hun plejede at være åben, men er blevet mere lukket omkring sin historie. Hun svarer således ikke direkte på vores spørgsmål, men vi forestiller os, at meningen bag denne udtalelse kan være, at vi skal være bedre til at tale mere åbent om emner som selvmord. I den forbindelse fortæller Anna, at hun ikke snakker så åbent om det mere, fordi hun tror, folk bliver trætte af at høre på hende. Hun føler også, at folk ikke kan forstå, at det stadigvæk gør ondt, selvom der er gået et år (ibid.:10).

Vi spørger Anna, hvordan vi bedst muligt kan sprede budskabet om interventionen, og her svarer hun, at man skal sørge for, at interventionens hjemmeside dukker op, når man søger på ord som f.eks. "selvmord" (ibid.:15). Derudover tænker Anna, at flyers, reklamer og radio kunne være brugbare midler til at skabe opmærksomhed omkring interventionen og dens formål. Afslutningsvis spørger vi Anna, om hun synes, der er behov for mere selvmordsforebyggende arbejde i Danmark:



*”Ja helt klart. De forældre eller pårørende, jeg møder til walk and talk og café-aftener og ditten og datten, der er rigtig mange af deres pårørende, som var på psykiatrisk lige inden eller har været i forbindelse med psykiatrien, og psykiatrien har vidst, at det var selvmordstruet og har sendt dem hjem, så der er virkelig et stort hul der, hvor folk bare ryger lige igennem.” (ibid.:16).*

Anna ville desuden gøre brug af interventionen, hvis den fandtes i virkeligheden (ibid.).

#### Delanalyse 6: Mette

Mette bor i Sorø sammen med sine to små børn på hhv. 3 og 5 år, og sin mand. Hun studerer Ernæring og Sundhed til daglig. Da vi snakker med Mette, er det blot 6 måneder siden, hendes mor døde. Mettes mor døde som følge af en *”[...] overdosis af en cocktail af alt muligt.”* (bilag 7:1). Hun lå i respirator i tre uger på intensiv afdeling, men lægerne måtte konkludere, at hendes lunger havde taget så meget skade, at de måtte slukke for respiratoren, hvorefter hun sov ind. Mette betragter dette som et selvmord, selvom moderen først døde tre uger efter. Ifølge Mette er det til den dag i dag stadigvæk et mysterium, hvor moderen havde fået fat i pillerne, og hvad hun præcist havde taget. De tog en stofprøve på hende, da hun lå på den intensive afdeling, der var positiv i metadon, forskellige morfinpræparater og lign. Den side af sin mor, var ikke en side, Mette kendte. Den mor, hun kendte, kunne ikke finde på at tage sådan noget. Det lader til, at Mette må have oplevet selvmordet som uventet, voldsomt og unaturligt, hvilket kan have medført, at selvmordet formentligt har virket uforståeligt og meningsløst. Det chok, Mette må have følt, kan formentlig have resulteret i psykisk smerte. Derudover kan det, med tanke på ovenstående, tænkes, at Mette kan sidde tilbage med et uafklaret og problematisk forhold til sin mor. Som vi senere skal se, er Mette vred og har et ambivalent forhold til situationen.

Mettes mor havde diagnosen bipolar affektiv lidelse. Statistik viser, at 10% af alle selvmord i Danmark begås af personer med den lidelse. I Danmark vil 50.000 – 100.000 mennesker få sygdommen i løbet af deres liv, hvormed der således er 1 - 2% af befolkningen i øget risiko for at begå eller forsøge at begå selvmord som følge af denne lidelse (Psykiatrifonden 2019). Derudover har børn, som er førstegradsfamiliemedlemmer, væsentlig øget risiko for at få både bipolar affektiv lidelse og andre psykiske sygdomme (ibid.). Derfor kan det tyde på, at vi skal styrke indsatsen på dette område, hvis vi vil forebygge, at bl.a. børn af personer med lidelsen, selv udvikle psykiske sygdomme. Derudover vokser der generelt op mod 310.000 børn og unge i Danmark op i familier med psykisk sygdom, hvilket øger risikoen for selv at udvikle psykiske problemer og dermed risikoen for at begå selvmord. En ny undersøgelse foretaget af Psykiatrifonden viser ydermere, at op mod 70% af disse børn og unge ingen hjælp får (ibid.). Hertil kan vi udlede, at det er et problematisk samfundsforhold, at så stor en del af disse børn og unge ingen hjælp får, når de er i forhøjet risiko for at udvikle psykisk sygdom. Dvs., at vores samfund ikke sætter de mest ideelle betingelser for disse børn og unge og må således ses som et hæmmende forhold, der underminerer forebyggelse.

Mette var blot 12 år gammel, da hendes mor fik diagnosen. Derefter røg moderen ind og ud af psykiatriske afdelinger frem til den dag, hun døde. *"Ja, og så hvis i kender lidt til den sygdom, så ved i også, at den... den kører sådan meget op og ned. Så enten er du helt manisk og kan finde på at gøre alle de mærkeligste ting og tror, at du kan klare alt i verden. Og ellers er du helt nede i kulkælderens. Og det var en af de perioder, hun havde haft. Det havde hun haft i lang tid."* (bilag 7:1). Dvs., at Mettes mor begik selvmord i en af de depressive faser, der kendetegner lidelsen. Dette stemmer desuden overens med slutstadiet i *selvmordsprocessen*, som netop er karakteriseret ved udpræget depression og håbløshed. Vi forestiller os, at Mettes mor, på dette stadie, må have følt udpræget tunnelsyn og set selvmordet som en sidste udvej for at slippe for den psykiske smerte, hendes psykiske sygdom må have medført. Dette understreges af, at Mette forklarer, at hendes mor stoppede med at snakke 1 år op til selvmordet, som var en meget stor og radikal ændring, da moderen altid havde været snakkesalig.

*"C: Sådan fuldstændig?"*

*I: Nej ikke fuldstændig, men hun snakkede rigtig meget før, fordi hun jo var meget alene, så hun havde et rigtig stort behov for at fortælle, når hun så var sammen med os, hvilket jo er helt normalt. Det har alle mennesker jo."* (ibid.:2).

Mette fortæller derudover, at moderen flyttede til Svendborg 1 år inden selvmordet og isolerede sig meget. Det kan diskuteres, om det faktum, at Mettes mor var meget alene, kan have været medvirkende til selvmordet, da ensomhed, som tidligere beskrevet, øger risikoen for at begå selvmord. I den første fase af Ringels tre præ-suicidale faser, isolerer personen sig fra omverdenen og går ind i sig selv (Ringel 1976). Det lader til, at Mettes mor befandt sig i første fase, da hun valgte at flytte til Svendborg. Derudover kan det tænkes, at Mettes mor valgte at flytte som følge af håbløshed, da hendes liv ikke gav anledning til håb om en forbedring i hendes livskvalitet, hvormed hun ligeså godt kunne isolere sig fra sin familie.

Da vi spørger Mette, om hendes mor nogensinde gav udtryk for, at hun ikke ville livet mere, eller om det var en uventet handling, forklarer hun, at hendes mor altid følte, at hun ikke kunne klare *det*. Hvis vi formoder, at *det* dækker over livet, kan det tolkes som, at Mettes mor havde svært ved at acceptere betingelserne for den menneskelige væren. Betingelserne for Mettes mors menneskelige væren må være sat af bipolar affektiv lidelse. Det kan tænkes, at disse betingelser har været vanskelige at acceptere med tanke på den psykiske smerte, den psykiske sygdom må have medført. Selvmordet kan således have været et ønske om at ende psykisk smerte. Det opgivende udsagn om ikke at kunne klare *det*, kan desuden anses som en indirekte mundtlig kommunikation præget af håbløshed.

Mettes mor kunne godt finde på at sige, at hun "snart gik psykisk ned", men det var ikke uvant, at moderen kom med sådanne udmeldinger. Noget af det sidste, Mettes mor sagde til hende, var, at hun havde en masse problemer med nogen, og hun troede, at nogen ville slå hende ihjel. Dette peger i høj grad på udpræget tunnelsyn og måske en retfærdiggørelse af at begå selvmord. Disse udmeldinger peger desuden i retning af,

at Mettes mor led af angst, hvormed hun var nervøs, bange og bekymret. I sidste ende er Mette slet ikke i tvivl om, at det var den psykiske sygdom, der var årsagen til, hendes mor begik selvmord. Hun kender dog ikke til alle detaljerne, da "[...] *det er også svært for den nærmeste familie at gå ind i sådan noget, for man kan jo ikke gøre noget ved det, man kan ikke tage det væk. Altså, det hjælper jo heller ikke noget at sige "jamen der kommer ikke nogen".*" (bilag 7:2). Dette citat tyder på, at Mette til tider følte, at situationen var håbløs, fordi hun netop ikke kunne sige eller gøre noget for at forbedre den.

Mette fortæller, at hun har svært ved at få mennesker omkring hende til at forstå, hvordan hun egentlig har det, hvilket får hende til at føle sig alene (ibid.:5) og formentlig kan resultere i psykisk smerte. Mette fortæller, at hendes mand har svært ved at forstå situationen, da han selv kommer fra en "lykkelig, velfungerende familie". Han kan ikke sætte sig ind i, hvordan hun har det, siger hun. "*Selvom man står op om morgenen og klarer det hele, så er det altså ikke sikkert, at man har det godt. Fordi det har min mand sådan været meget hurtigt til at tænke, fordi sådan "jamen hun har det fint, hun opfører sig helt normalt". Men det betyder bare ikke, at man har det godt indeni.*" (ibid.:5f). Det lader til, at Mette oplevede, at støtten aftog relativt hurtigt efter moderens død. Mette italesætter ikke selv dette behov, men vi formoder, at Mette ønsker, at hendes omgivelser forstår og accepterer, at sorgbearbejdelsen tager tid.

Mette befinder sig uden tvivl i en sorgproces, hvilket er naturligt. Men den måde, hun beskriver sin sorg på, får sorgen til at virke kompliceret og "svær". I sommeren 2018 blev diagnosen *prolonged grief disorder* (PGD) optaget på WHO's lister over diagnoser og således inkluderet i den 11. udgave af *International Classification of Diseases* (ICD-11). Freud beskriver, at en nærtstående person har elementær betydning for opretholdelsen af ens identitet og overordnede lykke. Moderens død kan således have påvirket Mettes identifikation med sig selv, som kan have medført et tab af den, hun er. Det kan tænkes, at dette har resulteret i psykisk smerte samt indadvendt aggression. Det kan derudover tænkes, at det, Mette beskriver, er den tosporede proces, som sorg udgør, hvor man på den ene side er ked af det, ensom og modløs, men på den anden side opretholder en normal hverdag og forsøger at komme videre (Dannemand & Westermann 2010). Det kan evt. betyde, at familie og venner ikke altid ved, hvordan den sørgende har det. Det står således klart, at selvmord ikke blot er et komplekst fænomen, men det efterlader ligeså komplekse følelser og psykiske tilstande hos de efterladte. Sorg er dog, ifølge Freud, heldigvis kendetegnet ved, at den kan bearbejdes og potentielt set ende, og Mette beskriver da også, at det ville være en god idé at gå i en sorggruppe for at bearbejde tabet. "*Men jeg tror også bare, at nu hvor det kun er et halvt år siden, så er der bare alt for mange ting, der lige skal styr på, så jeg er ikke sådan helt klar til det. Det kommer lidt for tæt på.*" (bilag 7:4). Mette tænker dog, at en sorggruppe kunne være rigtig god ift. at føle, at man ikke er alene med det. "*Og det er jo meget sådan den følelse, man kan få, når ens mor vælger at tage sit eget liv.*" (ibid.:7). Vi antager, at det ønske, Mette egentlig italesætter her, er muligheden for at skabe netværk og være fælles om sin smerte med andre, som har oplevet det samme og ergo er bekendte med Mettes situation.

Da vi spørger Mette, om hun og hendes søster bruger hinanden til at komme igennem sorgen, svarer hun, at det gør de ikke så meget, fordi de er meget forskellige steder i sorgprocessen. *"Ja... Jeg tror nok bare, at jeg har lidt accepteret det, fordi jeg er af den opfattelse, at livet er ens eget, og hvis man ikke er glad, så er det ikke det værd. Så ja, når man ikke har små børn og ikke har så meget i sit liv generelt, så synes jeg, det er okay."* (ibid.:8). Mettes accept af moderens valg om at tage sit eget liv kan være en essentiel del af sorgarbejdet, da det kan være med til at aflaste den meningsløshed, Mette oplever ift. selvmordet. Grunden, til dette, er, at det kan være en hjælp for den efterladte at tænke på, at beslutningen om at begå selvmord gav mening for den afdøde selv (Bjergsø 2008:12). Denne tankegang deler Mettes søster dog ikke, hvilket gør det svært for dem at hjælpe hinanden igennem sorgen, og som formentlig underbygger den ensomhed, Mette italesætter flere gange under interviewet. Mette og hendes søster bearbejder således traumet meget forskelligt. Efter et selvmord er familien og dens medlemmer ikke længere den samme, f.eks. fordi et selvmord ofte stiller spørgsmålstegn ved den efterladte families styrke og sammenhold (Dyregrov 2004). Disse ting kombineret med den særdeles sårbare situation, familien er sat i, gør, at kommunikationsproblemer let kan opstå, hvilket vi antager, at Mette oplever med både sin søster og mand.

Hun beskriver ligeledes, at hun nok mistede sin mor lang tid før, hun egentlig døde. Mette befinder sig altså i en sorgproces, som personer omkring hende har svært ved at forstå. Hendes mand tror, hun er okay, fordi hun formår at opretholde en nogenlunde normal hverdag, og hendes søster forstår hende ikke, fordi hun er uenig i moderens ret til at tage sit eget liv. Dette efterlader Mette ret alene, og det kan således diskuteres, om der generelt er behov for mere tolerance og forståelse i vores samfund, både for selvmordstruede, pårørende og efterladte – eller i hvert fald at kunne sætte sig ind i et andet menneskes sted og blive bekendt med den situation, de er i. På baggrund af interviewet med Mette virker det til, at det, hun mangler, er empati fra sin familie og nærmeste omgangskreds. Vi argumenterer for, at der generelt er behov for mere empati i vores samfund, hvis vi vil reducere antallet af selvmord og selvmordsforsøg samt hæve niveauet af livskvalitet. Hvis Mettes familie og nærmeste omgangskreds havde bedre evner til at indleve sig i hendes situation og opleve hendes situation som deres egen, ville Mette formentlig have følelsen af at blive hørt, set og forstået. Empati må således uden tvivl være et vilkår, der skal være til stede, hvis vi vil danne meningsfulde relationer til hinanden. Det eneste, der næsten er værre end ikke at blive forstået, er, når folk ikke spørger ind til situationen, forklarer Mette, hvilket hun har oplevet flere gange. Det får hende til at føle, at folk er ligeglade (bilag 7:6).

### *Den sociale intervention*

Da vi spørger Mette, hvilke ønsker hun har, har hun svært ved at give sine holdninger til kende og svarer kortfattet sammenlignet med de resterende informanter. Hun siger desuden meget *"det ved jeg ikke"* og *"det er svært"*. Det kan diskuteres, om de lettere forsigtige svar har noget at gøre med, at det kommer lidt for tæt på. Hun beskriver selv, som tidligere nævnt, at grunden til, hun ikke er begyndt i en sorggruppe endnu, er fordi, det kommer for tæt på. Vi føler derfor, der er belæg for at fortolke, at Mette havde svært ved at leve sig ind i

vores spørgsmål, fordi de simpelthen kom for tæt på. Det kan dog ligeledes tænkes, at Mette, som efterladt, ikke selv har overskud til at bede om støtte og opsøge hjælp. Det overordnede indtryk, vi får under interviewet, er, at Mette mangler energi og har hæmmende følelser omkring selvmordet, f.eks. vrede, samt svært ved at sætte ord på sine behov.

Ser vi på den fysiske udformning af interventionen, har Mette et ønske om, at det ikke ligner et hospital. *"Men det skal nok heller ikke udstråle for meget glæde, for det vil jo ikke afspejle det humør, man normalt er i."* (ibid.:3). Derudover har omgivelserne ingen betydning for hende, altså om interventionen er omgivet af f.eks. by eller natur:

*"[...] men jeg tænker, det skal være tilgængelig for alle... for ellers kan det godt... nu har vi i en lang periode ikke selv haft bil, og derfor kan det godt virke lidt... hvis det ligger langt ude. Så kan man hurtigt tænke "nej, der kan jeg alligevel ikke komme til", det virker uoverskueligt. Og så gør man det ikke. Så på den måde... det synes jeg nok, er det vigtigste."* (ibid.).

Hun tilføjer dog efterfølgende, at smukke omgivelser selvfølgelig er et plus. Indvendig må der gerne være kunst på væggene, som godt må have et tema, der handler om selvmord. Mette ønsker ikke, at selvmord føles som et tabu, *"[...] for det er jo også netop det, vi skal bryde."* (ibid.). Hun forestiller sig derudover, at der er åbne rum men med plads til, at man kan gå ind at lukke døren et sted. Mette er selv rigtig glad for at gå lange ture for at rense tankerne, så derfor nævner hun, at det er vigtigt, at man kan komme ud i noget natur, gerne en have med store, smukke træer og blomster. Hun synes selv, det kan være nemmere at snakke med nogen om noget svært, hvis man går en tur med vedkommende fremfor at sidde over for hinanden (ibid.). Af den grund konkluderer vi, at Mette ønsker, at der skal være mulighed for at rykke sværere samtaler udenfor. Set i bakspejlet kan det således ligeledes have været en af grundene til, Mette havde svært ved at fordybe sig i spørgsmålene, eftersom vi sad indenfor og havde ansigt-til-ansigt-samtale.

Når det kommer til spørgsmålet om frivillighed og professionalisme, ønsker Mette, at det er professionelle, der hjælper hende. Den professionelle er mere *"[...] kompetent til at hjælpe mig."* (ibid.). Men hvis de frivillige er ligeså kompetente som de professionelle, er det ikke af betydning efter lidt tid. *"Men lige sådan først, hvis man skal tage kontakt til en frivillig organisation... Det ville jeg nok ikke gøre som det første."* Mette fortæller desuden, at hun endnu ikke har fået hjælp udefra. Det kan diskuteres, om årsagen, til dette, er, at en stor del af den hjælp, man kan få herhjemme som efterladt efter selvmord, er baseret på frivillighed. Som ovenstående citat giver udtryk for, er frivilligorganisationer ikke de første, hun ville kontakte. Derudover nævner Mette gerne sin søster, når vi spørger, om hun har fået hjælp udefra.

*"Nej, vi ved jo som sagt ikke helt, hvem vi skal kontakte. Men jeg har sagt, at... det må være op til min søster, for hun har det rigtig svært, og hun er ikke klar til at snakke om det endnu, og jeg har sagt til hende, at jeg gerne vil støtte hende i det, når hun er klar. Fordi lige nu reagerer hun bare*

*ved at være den der, der skal klare det hele, ikke? Og... Jeg ved, hvor ked af det, hun egentlig er, og hvor svært hun har det.” (ibid.:7).*

Det lader til, at Mette har problemer med at fokusere på sine egne behov så længe, søsteren har det svært. Derudover står det klart, at Mette og sin søster er forskellige steder i sorgforløbet.

Mette har personligt ikke noget problem med at skulle forbi egen læge for at få en henvisning, men hun tilkendegiver, at det nok kunne være en hindring for de personer, som virkelig mangler overskud i hverdagen og har akut behov for hjælp (ibid.:4). Hvis Mette skal tale med en psykolog eller psykiater, ønsker hun, at personen er lyttende men samtidig formår at spørge ind, da det *”[...] jo ikke er alle ting, man bare sådan siger.”* (ibid.). Her taler Mette sig ind i en praksis, der allerede eksisterer på netop dén præmis. Derudover ønsker hun at blive mødt med forståelse og empati, hvilket underbygger den konklusion, vi lavede tidligere ift., at hun mangler forståelse og empati fra sin familie og nærmeste omgangskreds. Hun fortæller, at det kan være meget ambivalent at være efterladt, så derfor skal der være plads til, at man kan være *”vred”*. Vi antager, at det faktisk, at dødsårsagen er selvmord, vanskeliggør Mettes sorgproces. Mette beskriver sig selv som vred, hvormed det kan diskuteres, om denne vrede evt. udspringer af skyld, da efterladte efter selvmord i højere grad føler skyld og skam sammenlignet med efterladte til f.eks. sygdom (Hauser 1987).

De fysiske rammer for samtalen ville hun ikke tænke så meget på, hvis hun skulle anvende den sociale intervention. Hun nævner, at der måske kunne være nogle planter *”eller et eller andet”*, men mere specifik bliver hun ikke. Vi tænker, igen, at det kan føres tilbage til, at situationen er meget ny, og man helst ikke vil rippe for meget op i en allerede ambivalent situation. For Mette betyder psykologen eller psykiaterens alder eller køn ikke noget. Det handler mere om at *connecte* og føle, at man forstår hinanden. Her kommer forståelse igen ind i billedet. Det bliver mere og mere klart, at Mette i høj grad mangler at føle sig forstået.

Da vi spørger Mette, på hvilken måde, hun har behov for at få vurderet sin situation og sindstilstand, gør hun det klart, at hun i hvert fald ikke har behov for at skulle udfylde spørgeskemaer og lign. *”Og altså så, så bliver man klassificeret som sådan moderat depressiv eller sådan noget. sådan kan man nok ikke putte folk i kasser, tænker jeg.”* (bilag 7:5). Professor Svend Brinkmann beskriver, at et diagnostisk sprog har vundet indpas i samfundet, som er karakteriseret ved at forstå menneskelig lidelse i form af symptomer og diagnoser. Ud fra dette er der opstået en eklatant ændring i den kulturelle forståelse af menneskelig lidelse og ubehag (Brinkmann, 2014:634). Brinkmann argumenterer for, at der er sket *”[...] en samfundsmæssig udvikling, der har gjort, at vi stort set er endt med kun at have ét sprog til at beskrive menneskelig lidelse og ubehag med - nemlig et sprog, der taler om sådanne fænomener som diagnosticerbare sygdomme.”* (Brinkmann 2010:8). Det kan være denne *diagnosekultur*, som Mette taler sig ind i.

Ift. hvad interventionen skal tilbyde, fortæller Mette, at der er vigtigt, at det er *”bredt”*, så det kan hjælpe flest mulige mennesker. Derudover havde hun, i den første tid efter sin mors død, behov for vejledning ift. sit studie, som *”jo ikke stoppede, fordi hendes mor var død”*. I den sammenhæng nævner hun, at det ligeledes kunne

være rart med hjælp til, hvordan man snakker med sine børn omkring sådanne emner, for "[...] *man kan ikke bare sige "jamen hun tog sit liv", det kan man jo ikke sige til små børn. Man bliver nødt til at lyve på en eller anden måde.*" (bilag 7:5). Vi antager, at det, Mette ønsker, er en form for familierapi, hvor Mettes familie får mulighed for at få dybere indsigt i, hvordan hun egentlig går og har det. Det ville ikke blot afhjælpe den manglende forståelse og empati men ligeledes gøre hende mindre alene med sine følelser og tanker. Mette fortæller dog, at der har været én, som har vidst, hvordan man taler om det: En mor oppe i børnehaven, som er bedemand, "[...] *så hun har jo været den eneste. [...] Så jeg ville da ønske, at der var flere, som kunne det der.*" (ibid.:6). I den forbindelse spørger vi Mette, om hun har oplevet, at det var tabu, at hendes mor begik selvmord. Det har hun ikke, fordi hun selv synes, hun har været meget åben omkring det, men hun har godt kunne mærke, at folk har meget berøringsangst omkring selvmord. Mette synes, vi skal tale mere åbent om emnet og få mere forståelse, ikke kun i forbindelse med selvmord men ligeledes med psykisk sygdom. Mette tror, at grunden til, vi har så svært ved at tale om selvmord, er, at det er noget, vi gør mod os selv – at fralægge sig et ansvar (ibid.:7).

I forlængelse af at sprede budskabet om den sociale intervention, skulle den en dag realiseres, synes Mette, det er en god idé med foldere, f.eks. på intensiv afdeling og hos lægen (ibid.).

*"L: Hvis det her sted eksisterede, ville du så gøre brug af det?"*

*I: Ja, det tror jeg godt, jeg kunne finde på." (ibid.:8).*

## Tværgående analyse: Den sociale interventions udformning

Dette afsnit har til formål at undersøge, hvilken social intervention, der opstår i tværsnittet mellem informanternes ønsker. Formålet med afsnittet er desuden at afdække de forskelle og ligheder, der er i informanternes ønsker ift. den sociale intervention. Slutteligt vil afsnittet overordnet tage afsæt i, hvordan vi kan forsøge at imødekomme de ønsker, informanterne italesætter i forlængelse af at forbedre deres vilkår og muligheder for et bedre liv.

Ved en tværgående analyse af informanternes forestillinger om den sociale interventions fysiske udformning, ser vi en gennemgående tendens: Interventionen må ikke ligne et hospital. Informanternes forestillinger om, hvordan den sociale intervention så skal se ud, er dog vidtrækkende. Mia og Anna forestiller sig jordfarver (bilag 2: 7; bilag 6: 7), hvor Søren og Maria imidlertid ser farver som pastelblå og pastelgrøn for sig (bilag 3: 4; bilag 5: 6). Der er ergo tale om et gennemgående ønske om, at bygningen ikke er hvid. Som beskrevet tidligere i specialet er disse udtalelser vigtige, da vi udvikler den sociale intervention med inspiration fra helende arkitektur. Af den grund er det centralt at imødekomme informanternes ønsker om, at den fysiske udformning af interventionen ikke ligner et klassisk hospital med hvide vægge. Anvendelsen af helende arkitektur i psykiatrien er dog ikke et nyt fænomen, da det første nyopførte psykiatrisygehus i Danmark i 100 år bl.a. er inspireret af helende arkitektur. Hos Psykiatrisygehus Slagelse bliver man mødt med glasvægge, lys og farver,

og sygehuset forsøger herved at skille sig ud fra andre danske sygehuse. Så selvom idéen med helende arkitektur ikke er ny, er den dog stadig relevant at anvende i denne sammenhæng, da forskning netop peger på, at arkitektur og indretning kan være med til at hele patienter fysisk og psykisk (Region Hovedstaden 2010:3).

Den sociale intervention bør, ifølge flere af informanterne, placeres i en større by. Ønsker om at placere interventionen i en by, fremfor f.eks. ude på landet, kommer sig af en forventning om, at det øger muligheden for at benytte interventionen, samt gør interventionen mere tilgængelig ift. transport. Mette giver f.eks. udtryk for, at det kan virke uoverskueligt, hvis den sociale intervention ligger "for langt ude" (bilag 7: 3). Til trods for, informanterne italesætter, at interventionen skal være placeret et sted, der er overskueligt at komme til, må den ikke skille sig for meget ud eller udtrykke hvilken målgruppe, den centrerer sig om. Ifølge Louise kan det skabe yderligere tabuisering og stigmatisering (bilag 4: 3). Anna foreslår, at interventionen kan "gemmes væk" ved at være omsluttet af en have, som skærmer for brugerne heraf (bilag 6: 6). Det er interessant, at informanterne gennemgående har et ønske om diskret intervention, når selvsamme informanter italesætter selvmordsproblematikken som tabubelagt, samt at vi skal bryde dette tabu ved netop ikke at være diskrete i vores måde at tale om emnet på.

If. bygningens indretning, er der generelt enighed om, at den skal føles tryk, hjemlig og hyggelig. Louise italesætter bl.a., at det er centralt for hende at føle sig komfortabel, hvilket f.eks. kan gøres ved at have rare stole (bilag 4: 3). Netop dette behov deles af Maria, som synes, at rare stole kan bidrage til at skabe mere privatliv, så andre personer ikke kan se en over skulderen, i tilfælde af der læses en bog eller folder om emnet (bilag 5: 8). Det er interessant, at privatliv italesættes som en vigtig del af interventionen, eftersom brugerne heraf netop, i større eller mindre grad, deler, at de har personlig erfaring med emnet. Dette kan være endnu et eksempel på i hvor høj grad, selvmord er et tabubelagt emne i Danmark, at selv de, der har erfaring med emnet, har behov for, at andre ikke ved, at de har erfaring hermed. Dog er efterspørgslen om privatliv ikke helt uforståelig. I Psykiatrisygehus Slagelse skaber de mange glasvinduer i samtalerummene, ifølge en ansat, forvirring for både ansatte og patienter, og de oplever til tider, at patienterne har svært ved at tale fortroligt og åbne op, når alle kan kigge ind i rummene (Due 2016:25). Noget tyder altså på, at der skal findes en anden måde at skabe åbne rum på, samtidig med at informanternes ønsker om privatliv imødekommes.

Størstedelen af informanterne forestiller sig desuden en form for venteværelse. Mette forestiller sig, at der med fordel kan være kunst på væggene, som omhandler selvmord, da hun tror, det kan medvirke til at mindske tabuet omkring selvmord (bilag 7: 3). Det er interessant, hvordan informanternes ønsker til den indvendige indretning af interventionen, står i kontrast til ønskerne til en mere diskret intervention set udefra. Vi forestiller os, det kan have noget at gøre med, at de personer, der befinder sig indenfor, er bekendte med selvmord på en anden måde, end folk udefra. Det lader til, at informanterne ønsker, at indretningen af den sociale intervention skal medvirke til tryk, bryde med tabu samt danne grundlag for at få en mental pause fra de



tanker, der ellers plager. Skulle den sociale intervention en dag virkeliggøres, er vores erfaring, med afsæt i interviewene, at vi i høj grad skal bestræbe os på at inddrage så mange brugere som muligt, da det tyder på, at indretningen har betydning for informanterne. Søren er f.eks. en af de informanter, der har meget klare forestillinger herom, hvor han bl.a. fortæller, at der skal være forskellige rum "efter behov" (bilag 3: 14). Med dette mener Søren, at personer, som ikke er selvskadende, ikke skal placeres i et værelse lavet af gummi, som netop er designet til selvskadende personer, da dette kan skabe unødvendigt stigma om f.eks. selvmordstruede personer. Sørens perspektiv taget i betragtning, giver det anledning til at overveje, om den sociale intervention, på et eller flere områder, skal være opdelt i målgrupper. Vi tænker dog, at en skarp opdeling kan skabe en "os og dem"-kultur og yderligere tabuisering og stigmatisering.

Alle informanterne er enige om, at udendørsarealer er essentielt at prioritere. De er ligeledes enige om, at disse arealer skal være smukke, men anvendelige, f.eks. ved at indeholde bord, bænke og lign. For flere af informanterne kan udendørsarealer ligeledes med fordel anvendes under en samtale med f.eks. en psykolog. Mette og Anna fortæller begge, at det kan være mere overskueligt at tale om svære emner, når man ikke sidder overfor hinanden, ligesom man gør under mere traditionelle samtaler med en psykolog (bilag 7: 3; bilag 6: 8). Det er således centralt for informanterne, at udendørsarealerne kan bruges som en del af udredningen. Vi kan derfor overveje, om det skal være et valg, brugerne får, når de henvender sig til interventionen. Derved bliver det ikke op til den enkelte psykolog at vurdere, hvad der er bedst for brugeren men op til brugeren selv, hvor samtalen skal foregå.

Ift. om interventionen skal være båret af frivillighed, professionalisme eller begge dele, er informanterne en smule uenige. For de fleste af informanterne må der gerne være frivillige, så længe at disse er i gang med en relevant uddannelse, som giver dem indadgående viden om emnet. Særligt Louise giver udtryk for, at frivillige, der har personlig erfaring med emnet, bedre kan sætte sig i brugerens sted, fremfor en professionel, som har erfaring baseret på bl.a. teori (bilag 4: 1). For Maria og Mette forholder det sig dog anderledes, da de begge er af den holdning, at professionelle vil kunne yde den bedste hjælp. Mette udtrykker i den forbindelse, at professionelle er "mere kompetente" (bilag 7: 3). Størstedelen af informanterne italesætter, at frivillige, i en vis udstrækning, gerne må indgå som en del af interventionen, hvis blot de har viden om emnet, enten gennem uddannelse eller personlig erfaring. To af informanterne giver dog klart udtryk for, at interventionen bør bæres af professionalisme, hvilket giver anledning til overvejelser herom: Frivillige er ofte kendetegnet ved lyst og overskud (Selvmordsforskning u.å). Vi kan derfor overveje, om nogle af opgaverne kan varetages af frivillige, f.eks. at byde velkommen, hvor samtaler med brugerne af interventionen bliver overlagt til de professionelle.

Ved en tværgående analyse ift. henvisning, fremgår det, at alle informanterne ser henvisning som en hindring i en ellers uoverskuelig hverdag (bilag 2: 10; bilag 7: 4). Vi bør derfor undersøge mulighederne for at lave en intervention, hvor det ikke er et krav at have henvisning fra egen læge, før man kan modtage hjælp. Det er muligt, at henvisningerne er til for at sikre, at de rette personer får den rette hjælp, men vi er af den

overbevisning, at hvis det kan holde selvmordstruede, pårørende og efterladte tilbage fra at bede om hjælp, så må det være en klar fordel at udvikle en intervention, hvor dette ikke er nødvendigt.

Den ideelle psykolog, er informanterne enige om, skal være lyttende men også spørgende. Det lader desuden til, at psykologen skal have god føling ift., hvad den enkelte har behov for, og så tilpasse samtalen herefter. Det er interessant, at det er de kvaliteter, informanterne italesætter, og vi kan derfor undre os over, om det skyldes, at disse kvaliteter netop er fraværende i det eksisterende selvmordsforebyggende arbejde, da vores forståelse af f.eks. den psykologiske praksis, er, at den netop hviler på vekselvirkningen mellem at lytte og spørge. Det kan dog tænkes, at det er et gennemgående træk for alle mennesker at synes, det er rart at have en at snakke med, som både er lyttende men aktivt deltagende. Af den grund kan det være en fordel af undersøge problemstillingen nærmere ift., om der således er behov for nyere måder at gribe samtaler an på. For Louise og Søren er det desuden vigtigt, at psykologen er ung, da de tror, at psykologen nemmere kan relatere til deres liv (bilag 3: 9; bilag 4: 9). Med udgangspunkt i dette bør interventionen muligvis have både yngre og ældre psykologer. I den forbindelse kan vi overveje, om det skal være muligt for den enkelte selv at vurdere, hvem de har lyst til at tale med. På den anden side er det et gennemgående træk i dette speciale, at vi møder informanterne i øjenhøjde, men ligeledes forholder os kritisk til, om de ved, hvad der er bedst for dem selv.

For Louise og Maria, som begge er pårørende, er det desuden vigtigt, at der lægges mere vægt på søskende, da begge har oplevet at føle sig overset (bilag 4: 9; bilag 5: 11). I dag er der, som vi beskrev tidligere, kun krav til, at sundhedspersonalet undersøger, om der er søskende til den selvmordstruede, men der er ikke krav om, at der skal være tilbud til disse. Det er derfor først, når disse søskende viser tegn på selv at få problemer, at der opstår en mulighed for hjælp til dem (NEFOS u.å). Det ville derfor være en fordel, hvis den sociale intervention havde et endnu større fokus på søskende, sammenlignet med det fokus, der eksisterer i dag.

Et af de hyppigste ønsker om, hvad interventionen skal tilbyde, er støtte- og sorggrupper. Søren og Anna forklarer, at det har hjulpet dem at deltage i gruppesamtaler, da de personer, der indgår i selvsamme gruppe, kan relatere til ens egen historie (bilag 3: 10, bilag 6: 12). Støtte- og sorggrupper bør derfor tilbydes som en del af interventionen. Dog har vi for øje, at det blot er et lille udsnit af den fulde population i målgrupperne, vi har interviewet, men det er interessant, at de, uafhængigt af hinanden, italesætter støtte- og sorggrupper. Søren og Maria italesætter desuden aktiviteter, der kan laves i fællesskab med andre, f.eks. et kreativt hjørne eller bordtennis og PlayStation. For Søren handler det om at skabe netværk (bilag 3: 6), mens Maria synes, det kunne være fordelagtigt, hvis der er mulighed for at tage venner med (bilag 5: 10). Ift. Marias forslag til at medbringe venner, virker det i første omgang som en god mulighed for at nedbringe tabu og stigma. Ved nærmere eftertanke, må brugerne af den sociale intervention, i større eller mindre grad, ses som marginaliserede og udsatte, hvorfor det kan være en ulempe, hvis interventionen går hen og bliver dén slags samlingspunkt. Vi kan med fordel imødekomme Marias behov ved, at der kan holdes en slags åbent hus et par

gange om året, hvor man som bruger er velkommen til at medbringe sine venner. Her kunne ligeledes holdes bl.a. foredrag og lign., som muligvis kan skabe mere viden om emnet og samtidig mere bevidsthed og derigennem skabe mindre tabu omkring selvmord og selvmordsforsøg.

Afslutningsvis nævner flere af informanterne, at der er stærkt behov for mere selvmordsforebyggende arbejde i Danmark. Anna fortæller, at hun har mødt flere familier, som har mistet et familiemedlem, fordi han eller hun blev udskrevet for tidligt. Hun mener, der er et "kæmpe sort hul", som folk bare ryger ned i (bilag 6: 16). Mia fortæller også, at de eksisterende tilbud ikke kan hjælpe hende på den måde, hun vil hjælpes og savner derfor noget nyt. Begge udtalelser bekræfter os i, at der er behov for nytænkning på området. Måske denne nytænkning kan medvirke til at igangsætte et fald i selvmordsraten og samtidig forbedre vilkårene for de mennesker, der har selvmord inde på livet, i en eller anden udstrækning.

## Opsamling

Spørgsmålet er, om det er nytænkning, der er behov for – eller en ny standard. De ønsker, informanterne italesætter til en social intervention, lader nemlig til, i et vist omfang, at eksistere allerede. På den anden side må der være en grund til, informanterne italesatte netop disse ønsker med tanke på, at vi briefede dem om, at de gerne måtte tænke ud af boksen og ikke skulle tage hensyn til eventuelle økonomiske begrænsninger. Dvs. at de ikke behøvede at tænke realistisk. Det kan diskuteres, om informanterne italesatte elementer, der allerede eksisterer, fordi der er behov for at skrue op eller ned på diverse parametre, f.eks. at en psykolog, som allerede praktiserer en lyttende og spørgende tilgang, skal gøre dette endnu bedre – eller anderledes. På den anden side kan det diskuteres, om informanterne italesatte ønsker i forlængelse af de normer, der eksisterer i samfundet og dermed de forestillinger, de har om, hvordan en sådan intervention bør se ud. De har således måske talt sig ind i den diskurs, der eksisterer på området. Den type, social intervention, informanterne ønsker, eksisterer dog kun få steder i landet, hvormed vi kan overveje, om denne type intervention skal udbredes og blive den nye standard. Lige nu lader det nemlig til, at denne type tiltag er undtagelsen snarere end reglen, hvor der måske i højere grad er behov for, at det bliver reglen snarere end undtagelsen. Derudover tyder det på, at der skal skrues op for nogle af de parametre, som trods alt eksisterer allerede, f.eks. at inddrage brugerne endnu mere, have endnu større fokus på borgergrupper i forhøjet risiko, have endnu flere tiltag rettet mod pårørende og efterladte, udvikle flere tiltag med inspiration fra helende arkitektur osv.

## Konklusion

Selvmod er, som helhed, en problematik, der består af mange forskellige dele, enheder eller forhold, og som rækker ind i rigtig mange menneskers liv, det være sig som f.eks. selvmordstruet, pårørende eller efterladt. På baggrund heraf kan vi konkludere, at der er fire centrale konklusioner i specialet. Vi vil lægge ud med at konkludere, at selvmord er et bredt og komplekst emne at forske i, hvorfor vi kan forstå, at der, i forskningsmæssig henseende, er forhold, der endnu ikke er ligeså prioriteret at undersøge som andre. På den

anden side tyder det på, at der er behov for yderligere forskning på området, som kan belyse den særlige position, pårørende og efterladte står i efterfølgende. Vi konkluderer derfor, at der er behov for, at de eksisterende og fremtidige indsatser på tænker selvmord bredere, end det gøres i dag, så fokus er, udover selvmordsforebyggelse, at forbedre vilkårene for et bedre liv for selvmordstruede, pårørende og efterladte, når selvmordet eller selvmordsforsøget allerede er sket. Med dette mener vi, at der er behov for, at selvmordsforebyggende indsatser i højere grad fokuserer på pårørende og efterladte på lige fod med selvmordstruede. Som vi pegede på analysen, oplevede de pårørende ofte, at de var til besvær og følte sig som en mindre del af de ting, der foregik, f.eks. da de ofte ikke var med til diverse samtaler, undersøgelser og lign. sammen med den øvrige familie. Derudover er pårørende til selvmordsforsøg og efterladte til selvmord i forhøjet risiko for selv at begå selvmord eller udvise anden selvmordstruet adfærd. Af den grund kan vi konkludere, at der skal være et større og tidligere fokus på disse grupper, som således kan medvirke til at igangsætte et fald i selvmordsraten samt skabe højere livskvalitet.

I problemfeltet spørger vi, hvorfor vi slår os selv ihjel. Vi kan konkludere, at der ikke findes et entydigt svar på dette. Der tegner sig dog et billede af, at begreber som psykisk smerte (psychache), håbløshed, modløshed, selvhad samt problematiske samfundsforhold er nogle af de tendenser, der går igen i informanternes fortællinger, og vi konkluderer derfor, at der er generelle tendenser, formentlig menneskelige grundvilkår, der gør sig gældende på tværs af målgrupperne. Selvom disse begreber til en vis udstrækning kan forklare, hvorfor et menneske begår eller forsøger at begå selvmord, forklarer de ikke, hvorfor selvmordsraten fortsat befinder sig i en tilstand af plateau i Danmark.

Vi kan konkludere, at der på mange måder er behov for indsatser, der arbejder på tværs af forskellige fagdiscipliner. En tværprofessionel og -videnskabelig tilgang kan åbne op for en tværfaglig praksis, som på måske kan indfange selvmord endnu bedre, som det komplekse problem, det er. Vi konkluderer af den grund, Sociale Interventionsstudier bør få en central placering i forskningsverdenen, hvis vi ønsker at forandre udviklingen af disse udfordringer, da denne uddannelse netop har et tværvidenskabeligt blik. Med det sagt, taler vi os ind i en udvikling, der rent faktisk allerede finder sted. David Budtz Pedersen, lektor og forskningsleder, Humanomics Research Centre, Aalborg Universitet, skriver i en kronik, at fagområder, der tidligere blev betragtet som isolerede, i stigende grad samarbejder (Pedersen 2013). Pedersen tilføjer også, at vores viden om tværfaglighed er mangelfuld på mindst ét punkt: *"Som den amerikanske videnskabsteoretiker Nancy Cartwright bemærkede i 1999, og som stadig i dag er tilfældet, har vi "ingen anerkendt metodologi for tværfagligt forskningssamarbejde. Vi har ikke engang en vag forestilling om en god tværvidenskabelig metode. Dette er en stor udfordring: at udvikle nye metoder, ikke blot for hverdagen i laboratoriet, men for de redskaber, vi bruger i en rodet og kompleks verden."* (Pedersen 2013). Vi konkluderer derfor, at hvis vi ændrer den måde, vi f.eks. tilrettelægger forebyggelse på, vil det forme den måde, vi tænker, handler og indretter vores liv på. Hvis vi bibeholder kompleksiteten i tilrettelæggelsen af sociale interventioner, kan det medføre positive forandringer som f.eks. at igangsætte et fald i selvmordsraten samt at forbedre vilkårene for udsatte grupper.

Afslutningsvis kan vi konkludere, at der er behov for mere selvmordsforebyggelse i Danmark, og at de fremtidige indsatser bør gøre brug af brugerinddragelse, så man sikrer at de indsatser der udvikles, faktisk gavner. Vi så i analysen, hvordan det, f.eks. for vores informanter, blev betragtet som en hæmsko at skulle have en henvisning fra lægen, før man kunne modtage hjælp. Dette er interessant, da det netop er noget af det, der kendetegner langt de fleste selvmordsforebyggende initiativer i Danmark. Vi konkluderer af den grund, at vi med fordel kan forsøge at skabe indsatser, som ikke kræver henvisningen fra lægen. Derudover pegede vi på i analysen, at informanterne oplevede selvmord som tabu i flere aspekter af deres liv, f.eks. blandt klassekammerater og familie. For at bryde tabuet omkring selvmord, forslår vi, at man forsøger at åbne mere op for den psykiatriske verden, f.eks. med åbent hus eller særlige foredrag, som gør, at den almene befolkning kan opnå en forståelse om, hvorfor selvmord og selvmordsforsøg sker; hvor normalt, det er at have tanker herom samt, hvordan man skal reagere, hvis man stifter bekendtskab med selvmord eller selvmordsforsøg i sit liv.

## Litteraturliste

- Abrahams, Marc (2006). "Suicide isn't penniless". The Guardian, 14. november 2006  
<https://www.theguardian.com/education/2006/nov/14/highereducation.research>  
Hentet d. 22.02.2019
- ADHD-foreningen (u.å): "Komorbiditet: Tillægsdiagnoser sammen med ADHD"  
<https://adhd.dk/om-adhd/tillaegsdiagnoser-og-adhd/>  
Hentet d. 06.05.2019
- Aspergerforeningen (u.å): "Sagt om Aspergers"  
<http://www.aspergerforeningen.dk/asp.aspx?id=10&aid=1>  
Hentet d. 17.04.2019
- Beck, Aaron Temkin m.fl. (1990): "Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients", American Journal of Psychiatry: 190 – 195.
- Bedre Psykiatri (2018): "Pårørende belastning"  
<https://www.bedrepsykiatri.dk/viden/parorende-belastning>  
Hentet d. 24.04.2019
- Bille-Brahe, Unni m.fl. (1988): "Selvmord og selvmordsforsøg", Hans Reitzels Forlag
- Bjergsø, Michael Olesen (2008); "Efterladte efter selvmord" 1. udgave, 1. oplag, marts 2008  
<https://selvmordsforskning.dk/wp-content/uploads/sites/2/2015/03/Nr-23-Efterladte-efter-selvord.pdf>
- Bo, Inger Glavind (2002): "At sætte tavshed i tale- fortolkning og forståelse i det kvalitative forskningsinterview" i: Jacobsen, Michael Hviid, Søren Kristiansen og Annick Prieur, 2002: "Liv, fortælling og tekst", Aalborg Universitetsforlag, 1. Udgave, 2. Oplag
- Boolsen, Merete Watt & Jacobsen, Michael Hviid (2012): "Positivism" i: Jacobsen, Michael Hviid m.fl.: "Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning". 2. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag
- Brinkmann, Svend (2010): "Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser". 1. udgave, Århus, Forlaget Klim, ISBN: 978-87-7955-740-6
- Brinkmann, Svend (2014): "Languages of suffering". Theory & Psychology, Vol. 24(5), p. 630-648, DOI: 10.1177/095935431453152
- Brinkmann, Svend & Tanggaard, Lene (2010): "Kvalitative metoder – en grundbog". Hans Reitzels Forlag. 1. udgave 5. oplag
- Bratbo, Johanne (u.å): "Psykisk sygdom smitter ikke – det gør tabu, men det kan brydes!"  
<https://www.dpsnet.dk/psykisk-sygdom-smitter-ikke-det-goer-tabu-men-det-kan-brydes/>  
Hentet d. 01.05.2019
- Carlsen, Charlotte Nordell (2002): "Ensomhed giver selvmordstanker", udgivet d. 7. november 2002

<https://www.folkeskolen.dk/15375/ensomhed-giver-selvordstanker>

Hentet d. 28.05.2019

- Center for Selvmordsforskning (2015): *"Som pårørende"*, senest opdateret d. 08.10.2015

<https://selvmordsforskning.dk/forebyggelse/krisehjaelp/som-paaroerende/>

Hentet d. 06.05.2019

- Center for Selvmordsforskning (2018): *"Fakta om selvmord"*, udgivet d. 8. marts 2018

<https://selvmordsforskning.dk/statistikbank/fakta-om-selvord-og-selvordsforsog/>

Hentet d. 04.04.2019

- Cutcliffe, John R. & Stevenson, Chris (2007): *"Care of the suicidal person"*, Churchill Livingstone, Elsevir.
- Dannemand, Henrik & Westermann, Peter (2010): *"Hvordan håndterer vi sorgen?"*, udgivet d. 24. februar 2010

<https://www.berlingske.dk/aok/hvordan-haandterer-vi-sorgen>

Hentet d. 3.4.2019

- Danske Patienter (2019): *"Fakta: Pårørende under pres"*

[https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/A Danske%20Patienter/B Indspil cases unders%C3%B8gelser/fakta paaroerende er pressede 6.pdf](https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/A%20Danske%20Patienter/B%20Indspil%20cases%20unders%20B%20gelser/fakta_paaroerende_er_pressede_6.pdf)

- Due, Henning (2016): *"Ordmylder, glasvægge og lysbad"* Udgivet i Arkitektur nr. 05, 2016

<http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/18904.pdf>

Hentet d. 24.04.2019

- Dupret, Katja m.fl. (u.å): *"Social intervention – meningsfuld indgriben i menneskers liv"*
- Durkheim, Émile (1970): *"Suicide"* oversat til engelsk af John A. Spaulding & George Simpson. Routledge & Kegan Paul LTD.
- Durkheim, Émile (2001): *"Selvmordet"*. Udvalg og indledning ved Dag Østerberg. Oversat til norsk af Halvor Roll, foretaget efter udgaven i Libraire Félix Alcan, Paris 1960. Gyldendal Norsk Forlag, 3. udgave.
- Dyregrov, Kari (2004): *"Hvilken hjælp ønsker etterlatte efter selvmord?"* Suicidologi 9 (2), 11 – 18
- Ejdesgaard, Bo Andersen m.fl. (2009): *"Unge selvmordstanker og selvmordsadfærd"*, 1. udgave, 1. oplag. Center for Selvmordsforskning med støtte fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.
- Fleischer, Elene & Secher, Maria Holmegaard (2009): *"Selvmordsforsøg i familien"*, Psykolog Nyt, 20

<http://infolink2003.elbo.dk/PsyNyt/Dokumenter/doc/16145.pdf>

Hentet d. 29.04.2019

- Frandsen, Anne Kathrine et.al (2009): *"Helende arkitektur"*

<https://godtsygehusbyggeri.dk/media/7901/helende-arkitektur-aalborg-universitet.pdf>

Hentet d. 20.04.2019

- Freud, Sigmund (1915). Dansk oversættelse af Olsen, Ole Andkjær m.fl. (1983): *"Metapsykologi 1"* efter *"Metapsychologische Ergänzung zur Traumlehre"*. 2. udgave 1983, Hans Reitzels Forlag
- Freud, Sigmund (1917): *"Mourning and Melancholia"*, The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works, 237-258  
[http://www.english.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud\\_MourningAndMelancholia.pdf](http://www.english.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud_MourningAndMelancholia.pdf)
- Freud, Sigmund (1923). Engelsk oversættelse af Riviere, Joan (1962): *"The ego and the id"* efter *"Das Ich und das Es"*. W.W. Norton and Company.
- Geven, Moniek (2019): *"Kendetegn på autisme"*, april 2019  
<https://laeringifokus.info/kendetegn-paa-autisme/>  
Hentet d. 29.04.2019
- GoMentor (u.å): *"Om GoMentor"*  
<https://www.gomentor.dk/om>  
Hentet d. 28.01.2018
- Guldin, Mai-Britt (2018): *"Vi stopper aldrig helt med at sørge"*, udgivet d. 2. januar 2018  
<https://videnskab.dk/krop-sundhed/vi-stopper-aldrig-helt-med-at-soerge>  
Hentet d. 06.05.2019
- Guneriusen, Willy (2007): *"Émile Durkheim"* i: Andersen, Heine & Kaspersen, Lars Bo (red.): *"Klassisk og moderne samfundsteori"*. 4. udgave, Hans Reitzels Forlag.
- Hauser, Marilyn J. (1987): *"Special aspects of grief after suicide – suicide and its aftermath"*, 57 – 70.
- Helweg-Larsen, Karin m.fl. (2006): *"Selvmord i Danmark: Markant fald i selvmord men stigende antal selvmordsforsøg. Hvorfor?"*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Holmes, Ronald M. & Holmes, Stephen T. (2005): *"Suicide – theory, practice, and investigation"*, Sage Publications, Inc.
- Honneth, Axel, 2009: *"Behovet for anerkendelse"* Hans Reitzels Forlag, 1. Udgave.
- Hølge-Hazelton, Bibi (2003): *"Ung til ung som forebyggende metode indenfor feltet forebyggelse af alkohol og stofmisbrug"*, udgivet d. 20. maj 2003  
[http://www.sst.dk/publ/div/Metodekataloget/ung\\_til\\_ung\\_rapport.pdf](http://www.sst.dk/publ/div/Metodekataloget/ung_til_ung_rapport.pdf)  
Hentet d. 19.04.2019
- Jakobsen, Mette Reinhardt (2013): *"Brugbar brugerinddragelse -stil krav til den kvalitative metode"*. 1. udgave, 1. oplag. Frydenlund
- Jensen, Børge F. (2005): *"Selvmordsadfærd – sundhedsmæssige risikofaktorer"*, Faktaserien nr. 18, Center for Selvmordsforskning, 1. udgave, 1. oplag.  
<https://www.berlingske.dk/aok/stress-af-med-akvariefisk>  
Hentet d. 06.05.2019



- Jørgensen, Kathrine Aarøe (2018): *"Selvmordsadfærd blandt mænd i alderen 40-59 år"*. 1. udgave, 1. oplag, januar 2018. Forfatteren og Center for selvmordsforskning  
[https://selvmordsforskning.dk/wp-content/uploads/sites/2/2018/01/R\\_Mænd-40-59\\_2018.pdf](https://selvmordsforskning.dk/wp-content/uploads/sites/2/2018/01/R_Mænd-40-59_2018.pdf)
- Kastberg, Benjamin Immanuel (2015): *"Syv gode råd til pårørende af en selvmordstruet"*, udgivet 14. september 2015  
<https://www.dr.dk/levnu/psykologi/syv-gode-raad-til-paaroeerende-af-en-selvordstruet>  
Hentet d. 22. 04.2019
- Klinik for selvmordsforebyggelse (2013): *"Behandlingsforløb"*  
<https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/behandlingssteder/klinik-for-selvordsforebyggelse-koege/behandlingsforloeb/Sider/default.aspx>  
Hentet d. 03.02.2019
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009): *"Interview"*. 2. udgave, 5. oplag. Hans Reitzels forlag
- Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse (2014): *"Velkommen til Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse"* Psykiatrisk Center København. Juli 2014  
<https://publikationer.regionh.dk/pdf/full-7284/velkommen-til-kompetececeter-for-selvordsforebyggelse.pdf>
- Langhoff, Pia (2003): *"Signaler på selvmordsadfærd"*, Faktaserien nr. 6, Center for Selvmordsforskning, 2. udgave, 1. oplag, marts 2006
- Lester, David (1987): *"Suicide as a learned behavior"*, artikel i *Contemporary Sociology*, udgivet af Charles C. Thomas
- Lind, Katinka Bonde (u.å): *"At være pårørende til et menneske med psykisk sygdom"*  
<https://helbredsprofilen.dk/da/artikel/at-vaere-paaroeerende-til-et-menneske-med-psykisk-sygdom-0>  
Hentet d. 25.04.2019
- Livslinien (2017): *"Årsberetning 2017"*
- Luth, Andrea (2010): *"Psykisk syge lider under tabu"*, udgivet d. 8. december 2010 i Berlingske  
<https://www.berlingske.dk/samfund/psykisk-syge-lider-under-tabu>  
Hentet d. 25.04.2019
- Maris, Ronald W. (1981): *"Pathways to suicide – A Survey of Self-Destructive Behaviors"*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore & London
- Møller, Søren & Stephensen, Iben (2004): *"Arbejdsløshed og selvmordsadfærd"*, Faktaserien nr. 12, Center for Selvmordsforskning, 1. udgave, 1. oplag.
- Møller, Søren & Stephensen, Iben (2006): *"Selvmordsprocessen"*, Faktaserien nr. 11, Center for Selvmordsforskning, 2. udgave, 1. oplag, marts 2006.
- NEFOS (u.å): *"Søskende til selvmordstruede står alene"*  
<https://www.nefos.dk/formidling/artikler/30-soskende-til-selvordstruede-star-alene>

Hentet d. 12.05.2019

- Nielsen, Vibeke (2017): Depressionsforeningen: *"Hver dag begår to personer selvmord – den ene har en depression"*, udgivet d. 19. december 2017  
<https://depressionsforeningen.dk/hver-dag-begaar-to-personer-selv-mord-selv-mordsforsoeg-i-danmark/>

Hentet d. 02.06.2019

- O'Connor, Maja (u.å): *"Hvad er sorg? Topprocesmodellen for håndtering af sorg"*  
[http://psy.au.dk/fileadmin/Psykologi/Dokumenter/Naturlig\\_og\\_kompliceret\\_sorg\\_Notat\\_af\\_Maja\\_O\\_Connor.pdf](http://psy.au.dk/fileadmin/Psykologi/Dokumenter/Naturlig_og_kompliceret_sorg_Notat_af_Maja_O_Connor.pdf)

Hentet d. 04-05.2019

- Olsen, Henning (u.å): *"Kvalitative analysestrategier og kvalitetssikring Tværgående tendenser i engelsksproget og skandinavisk kvalitativ metodelitteratur sammenholdt med Steinar Kvaales Interview"*
- Pedersen, David Budtz (2013): *"Hvordan bedømmer man tværvideenskabelig forskning?"*, udgivet d. 13. november 2013  
<https://videnskab.dk/miljo-naturvidenskab/hvordan-bedommer-man-tvaervideenskabelig-forskning>

Hentet d. 29.05.2019

- Pedersen, Kaare (2015): *"Problemorienteret projektarbejde" I: "Problemorienteret projektarbejde – En værktøjsbog"* af Poul Bitsch Olsen og Kaare Pedersen. 4. udgave. Samfundslitteratur
- Psykiatrifonden (2019): *"Bipolar lidelse"*, udgivet 14. marts 2019  
<http://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/bipolar-lidelse/bipolar.aspx>

Hentet d. 01.04.2019

- Psykiatrifonden (u.å): *"Efter et selvmord – eller et selvmordsforsøg"*  
<http://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/600-liv/efter-et-selv-mord.aspx>

Hentet d. 18.04.2019

- Region Hovedstaden (2010): *"Region Hovedstadens anbefalinger for helende arkitektur"* rapport maj 2010.  
[https://www.regionh.dk/nythospitalnordsjaelland/derfor-bygger-vi/inspiration/PublishingImages/Sider/Regionens-retningslinjer-for-nybyggeri/helendearkitektur\\_marts11.pdf](https://www.regionh.dk/nythospitalnordsjaelland/derfor-bygger-vi/inspiration/PublishingImages/Sider/Regionens-retningslinjer-for-nybyggeri/helendearkitektur_marts11.pdf)

Hentet d. 29.05.2019

- Riis, Ole (2005): *"Samfundsvidenskab i praksis – Introduktion til anvendt metode"*, 1. udgave. Hans Reitzels Forlag
- Ringel, Erwin (1976): *"The Presuicidal Syndrome" I: "Suicide and life-threatening behavior"*, 6. udgave, 13. oplag. Side 131 – 192.

- Rust, Annelise (2006): *"Pæne piger bliver da ikke voldtaget"*, Dit Lægemagasin 1. januar 2006
- Selvmordsforskning (u.å): *"Frivillig i det selvmordsforebyggende arbejde"*  
<https://selvmordsforskning.dk/wp-content/uploads/sites/2/2015/03/frivilligidetselvmordsforebyggendearbejde.pdf>  
Hentet d. 20.05.2019
- Seminarer (u.å): *"Angst og autisme"*  
<https://seminarer.dk/arrangementer/angst-og-autisme/>  
Hentet d. 29.04.2019
- Shneidman, Edwin S. (1994): *"Definition of suicide"*, Jason Aronson Inc.
- Shneidman, Edwin S. (1996): *"The Suicidal Mind"*, Oxford University Press
- Shneidman, Edwin S. (1980): *"Voices of Death"*, 1. udgave, Harper & Row Publishers, New York.
- Skovgaard, Anne Kjær et.al. (2016): *"Sundhedsvæsnet – ifølge danskerne"*. ISBN: 978-87-93038-48-6
- Stefánsson, Finn (2009): *"Hjem, hjemstavn, hjemme-ude-hjem"* i: Symbolleksikon, 2009, Gyldendal.  
<http://denstoredanske.dk/index.php?sideId=426054>  
Hentet d. 02.05.2019
- Sundhedsstyrelsen (1998): *"Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark"*. 1. udgave august 1998
- Sundhedsstyrelsen (2007): *"Vurdering og visitation af selvmordstruede – Rådgivning til sundhedspersonale"*, 2. udgave, 1. oplag. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.
- Sundhedsstyrelsen (2016): *"Sygdomsbyrden i Danmark – Ulykker, selvskaede og selvmord"*, versionsdato: 23. november 2016.
- Sundhedsstyrelsen (2018): *Nationalt partnerskab for selvmordsforebyggelse"*  
<https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/psykisk-sygdom/selvmordsforebyggelse/nationalt-partnerskab-for-selvmordsforebyggelse>  
Hentet d. 28-01-2019
- Straszek, Sune (2015): *Skizofreni, prognose*, fagligt opdateret 24.08.2015  
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/skizofreni/skizofreni-prognose/>  
Hentet d. 06.02.2019
- Svalgaard, Lisbeth (2013): *"Social arv og udstødelse"*, iBureauet/Dagbladet Information. Juli 2013  
<https://faktalink.dk/titelliste/social-arv-og-udstoedelse>  
Hentet d. 01.05.2019
- Svensson, Jan et.al (2006): *"Fysisk aktivitet i psykiatrien"* Version 2.0, udgivet i november  
<https://www.sst.dk/~media/9AEA48BFC7424581BEF950ADA2B91C5B.ashx>  
Hentet d. 30.04.2019

- Sørensen, Berit (2002): *"Fra tabu til myte: Fakta om selvmordsadfærd"* Faktaserien nr. 3  
<https://selvmordsforskning.dk/wp-content/uploads/sites/2/2015/03/Nr.-3-Fra-tabu-ti-myte.-Fakta-om-selvmordsadf%C3%A6rd.pdf>  
Hentet d. 30.04.2019
- Videbech, Paul (2013): *"Psykologien bag selvmord og selvmordsforsøg"*  
[https://netdoktor.dk/sygdomme/fakta/selvmord\\_selvmordsforsog.htm](https://netdoktor.dk/sygdomme/fakta/selvmord_selvmordsforsog.htm)  
Hentet d. 01.05.2019
- Wissing, Lisbeth (2015): *"Egentligt ønskede jeg ikke at dø – jeg kunne bare ikke finde ud af livet"*. Livslinien – selvmordsforebyggelse i 20 år", 1. udgave. Informations Forlag.