



Fræðileg úttekt á sjálfsvígs forvarnaverkefnum fyrir ungmenni

Siðferðileg álitamál, algengi og áhættuþættir sjálfsvígshegðunar

Dóra Sigrún Hjálmarsdóttir og Finna Pálmadóttir

**Lokaverkefni til BS-gráðu
Sálfræðideild
Heilbrigðisvíssindasvið**



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Fræðileg úttekt á sjálfsvígs forvarnaverkefnum fyrir ungmenni

Siðferðileg álitamál, algengi og áhættuþættir sjálfsvígshegðunar

Dóra Sigrún Hjálmarsdóttir og Finna Pálmadóttir

Lokaverkefni til BS-gráðu í sálfræði

Leiðbeinandi: Urður Njarðvík

Sálfræðideild

Heilbrigðisvíssindasvið Háskóla Íslands

Júní 2011

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BS gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Dóra Sigrún Hjálmarsdóttir og Finna Pálmadóttir 2011

Prentun: Háskólaprent ehf.
Reykjavík, Ísland 2011

Ritgerðin er tileinkuð minningu systur minnar, Jórunnar Pálmadóttur (f. 7. júní 1981 og d. 3. júlí 2004) og föður míns Hjálmars R. Hjálmarssonar (f. 26. janúar 1946 og d. 19. maí 2005) sem féllu bæði fyrir eigin hendi. Einnig öllum þeim sem eiga um sárt að binda eftir slíkan harmleik.

Efnisyfirlit

Útdráttur.....	8
Abstract.....	8
Siðferðileg álitamál sem varða sjálfsvíg	11
Er sjálfsvíg sjúkdómur?.....	11
Rétturinn til að svipta sig lífi.....	12
Ákvörðunin um sjálfsvíg, er hún tekin á frjálsan og ábyrgan hátt?	12
Eiga sjálfsvígsforvarnir rétt á sér?	12
Samantekt á siðferðilegum álitamálum.....	13
Sjálfsvíg, sjálfsvígstilraunir og sjálfsvígshugsanir	14
Algengi sjálfsvíga.....	14
Algengi sjálfsvíga á Íslandi.....	15
Samanburður á algengi sjálfsvíga á meðal ungmenna í heiminum.....	16
Samanburður á algengi sjálfsvíga á meðal ungmenna á Norðurlöndum	17
Algengi sjálfsvíga hjá íslenskum ungmennum	18
Sjálfsvíg ungmenna eftir aldri.....	19
Sjálfsvíg íslenskra ungmenna eftir aldri	19
Sjálfsvígshegðun ungmenna eftir kyni.....	20
Sjálfsvíg íslenskra ungmenna eftir kyni	21
Algengi sjálfsvígstilrauna.....	22
Algengi sjálfsvígshugsana	23
Samantekt á algengi sjálfsvígshegðunar.....	23
Áhættuþættir sjálfsvígshegðunar	24
Geðraskanir	25
Lyndisraskanir.....	25
Þunglyndi.....	26
Geðhvarfasýki.....	27
Kvíðaraskanir	27
Geðklofi	28
Persónuleikaraskanir	28
Hegðunarraskanir	28
Átraskanir	29
Vímuefnavandi	30
Margar eða engar geðraskanir.....	30
Fyrri sjálfsvígstilraunir og sjálfsvígshugsanir	31

Áföll, erfiðar upplifanir og streituvaldandi atburðir	31
Fjölskylduþættir	32
Félagslegir þættir.....	32
Samkynhneigð.....	33
Fjölmíðlar og sjálfsvígskeðjur	33
Líffræðilegir þættir	34
Líffræðileg kerfi.....	34
Erfðaþættir	34
Sjúkdómar og heilsutengdir þættir	35
Persónuleika- og hugrænir þættir.....	35
Verndandi þættir	36
Líkön um sjálfsvígshegðun.....	36
Þroska-færslulíkan	36
Samantekt á áhættuþáttum sjálfsvíga	38
Forvarnir	41
Fyrsta stigs forvörn	42
Sjálfsvígsvitund.....	42
Færniþjálfun	42
Takmörkun að aðgengi banvænna aðstæðna, tóla, og efna.....	43
Annars stigs forvarnir.....	43
Skimanir	43
Hliðvarðaþjálfun	44
Fjölmíðlafræðsla	44
Priðja stigs forvarnir.....	44
Áfallateymi	44
Hjálparlínur og neyðarathvörf.....	45
Forvarnaaðgerðir í skólum	45
Sjálfsvígsvitundar-verkefni í skólum.....	46
Sjálfsvígsvitundar-verkefni í rannsókn Overholser o.fl. (1989)	47
Árangur sjálfsvígsvitundar-verkefna	48
Færniþjálfun í skólum.....	49
Námskeið um einstaklingsþroska	49
Árangur færniþjálfunar	50
Skimanir í skólum	51
The Suicide Risk Screen (SRS).	52

Árangur skimunar	52
Þjálfun hliðvarða í skólum.....	53
Spyrja, sannfæra og tilvísá – SST	54
Árangursmælingar á þjálfun hliðvarða í skólum	55
Tví- eða margþætt sjálfsvígs forvarnaverkefni í skólum.....	56
Hugur og heilsa	56
Árangur Hugar og heilsu	57
SOS-verkefnið.....	58
Árangur SOS-verkefnisins.....	59
Forvarna- og íhlutanaverkefni gegn sjálfsvígum ungmenna	60
Almenn íhlutun	61
Afmörkuð íhlutun	61
Afgerandi íhlutun.....	62
Eftirfylgni	62
Árangur verkefnis	62
Samantekt á forvarnaverkefnum.....	63
Vel gerð árangursrannsókn á sjálfsvígsforvörnum ungmenna.....	66
Rannsóknarverkefnið SEYLE.....	67
Rannsóknaráætlun.....	67
Lokaorð	69
Heimildir	74

Myndaskrá

Mynd 1.	Heildarfjöldi sjálfsvíga á Íslandi á árunum 1981-2009.....	15
Mynd 2.	Heildarfjöldi sjálfsvíga hjá íslenskum ungmennum á aldrinum 15-24 ára.....	18
Mynd 3.	Samanburður á tíðni sjálfsvíga íslenskra ungmenna eftir aldri (15-24 ára) frá 1981 til 2009.....	20
Mynd 4.	Samanburður á tíðni sjálfsvíga á meðal íslenskra ungmenna á aldrinum 15-24 ára eftir kyni.....	21
Mynd 5.	Þroska-færslulíkan.....	37

Töfluskrá

Tafla 1.	Samanburður á tíðni sjálfsvíga á meðal ungmenna (15-24 ára) á hvern 100.000 íbúa eftir völdum löndum.....	16
Tafla 2.	Samanburður á sjálfsvígstíðni frá árinu 2008 á meðal ungmenna á hvern 100.000 íbúa á Norðurlöndum.....	17

Útdráttur

Sjálfsvíg ungmenna eru alvarleg samfélagsmein og hafa margar þjóðir heimsins kappkostað við að finna leiðir til að koma í veg fyrir þau. Siðferðilegur grundvöllur virðist vera fyrir notkun sjálfsvígs forvarnaverkefna þá sérstaklega vegna tengsla sjálfsvíga við geðraskanir og þess skaða sem af þeim hlýst. Það virðist vera brýn þörf á sjálfsvígsforvörnum fyrir íslensk ungmanni, þar sem tíðni sjálfsvíga á meðal íslenskra pilta er há. Að sama skapi virðist vera há tíðni sjálfsvígstilrauna á meðal íslenskra stúlkna en þörf er á að meta algengi hennar frekar. Lyndisraskanir og vímuefnavandi eru talinn einn stærsti áhættuþáttur sjálfsvíga á meðal ungmannna ásamt fjölda annarra þátta. Mikilvægt er að einblínt sé á þessa þætti við gerð forvarnaverkefna gegn sjálfsvígum ungmannna. Mikill annmarki er á rannsóknum á sjálfsvígsforvörnum þar sem margar þeirra meta ekki árangur út frá breytingum á sjálfsvígshegðun. Þörf er á fleiri rannsóknum til að meta árangur sjálfsvígs forvarnaverkefna, en vísbindingar eru um að sum þeirra geti dregið úr sjálfsvígshegðun.

Abstract

Suicides among adolescents is a significant public health issue and many nations strive to seek out ways to prevent them. There seems to be an ethical basis for the usage of suicide prevention programs particularly because of the connection between suicides and mental disorders and also the harm they cause. There seems to be a dire need for suicide prevention programs aimed specifically at young people in Iceland, as the rate of suicide among Icelandic boys is staggering. Furthermore, the rate of suicide attempts among Icelandic girls seems to be high but some more evaluations needs to be done. Mood disorders and substance abuse are considered to be two of the main risk factors in the cause of suicides, along with many other factors. They should be closely observed by those researching and creating suicide prevention programs. Research on suicide prevention is inadequate as the assessment is not based upon the changes in suicidal behaviour but rather changes in knowledge and or attitude towards suicidal behavior. Although further research is needed, studies suggest that some of the suicide prevention programs can possibly reduce suicidal behavior.

„Guð, hjálpi mér og ykkur elsku mamma og pabbi, því ég bara gat ekki lifað lengur. Ég er virkilega sjálfsselsk, ég veit það og ég mun alltaf hata mig fyrir það. En ég hefði aldrei getað lifað svona, svona hryllilega vansæl.“

Á þennan hátt kvaddi dóttir foreldra sína í bréfi, eftir að ákvörðun um sjálfsvíg hafði verið tekin og hverfur síðan á vit feðra sinna. Sjálfsvíg eru alvarleg samfélagsmein og hafa fylgt manninum frá öröfi alda (Rosen, 1971). Samkvæmt mati Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (*WHO*) er sjálfsvígstilraun gerð á þriggja sekúndna fresti og á 40 sekúndna fresti sviptir einhver sig lífi í heiminum. Mun fleira fólk lætur lífið vegna sjálfsvíga en í striðsátökum og styriðoldum (*WHO*, 1999). Í sumum löndum er tíðni sjálfsvíga jafnvel hærri en tíðni banaslysa í umferðinni og þannig er því farið á Íslandi (Hagstofan, e.d.a; Umferðarstofa e.d.). Vandinn sem liggar að baki sjálfsvígum er aðeins toppurinn á ísjakanum, því fyrir hvert sjálfsvíg má gera ráð fyrir að 25 geri sjálfsvígstilraun og enn fleiri hafi sjálfsvígshugsanir (Grunbaum o.fl., 2004; Moscicki, 2001). Alvarleiki sjálfsvíga er ekki einungis metinn út frá þeim fjölda fólks sem fellur fyrir eigin hendi, heldur einnig út frá þeim skelfilegu afleiðingum sem sjálfsvíg hafa á þá sem eftir sitja (Knieper, 1999).

Sjálfsvíg eru þriðja algengasta dánarorsökin í aldurshópnum 15 til 34 ára í flestum löndum heimsins (*WHO*, 1999). Á Íslandi eru að meðaltali framin sex sjálfsvíg á ári hverju á meðal ungmenna á aldrinum 15 til 24 ára (Hagstofan, e.d.a). Unglingsárin eru tímabil mikilla umróta og breytinga, þar sem að unglingsurinn gengur í gegnum sálfræðilegar, félagslegar og líkamlegar breytingar. Tíðni þunglyndis eykst á unglingsárum en þunglyndi er einn stærsti áhættuþáttur sjálfsvíga hjá ungmennum (Beautrais o.fl., 1996; Conley og Rudolph, 2009). Samhliða þessari aukningu eykst tíðni sjálfsvíga. Sjálfsvíg eru mjög sjaldgæf á meðal barna yngri en 15 ára, en eftir þann aldur eykst tíðni þeirra (Brent, Baugher, Bridge, Chen og Chiappetta, 1999; Groholt, Ekeberg, Wichstrom og Haldorsen, 1998; Hagstofan, e.d.a).

Sjálfsvíg á meðal ungmenna eru alvarleg heilbrigðisvandamál sem steðja að samfélögum heimsins og hafa margar þjóðir kappkostað við að finna leiðir til að sporna við þeim (Alþingi, 1996; Beautrais o.fl., 2007; Landlæknisembættið, 2004; *WHO*, 1999). Óttar Guðmundsson geðlaeknir telur að ekki sé hægt að koma í veg fyrir öll sjálfsvíg en jafnframt telur hann að það sé raunhæft markmið að þeim fjölgji ekki (Hávar Sigurjónsson, 2011). Ef hægt er að halda tíðni sjálfsvíga í skefjum, má ætla að mögulega sé hægt að gera eitthvað meira til að sporna við

þeim. Ein leið sem er mikið notuð af þjóðum heims til að lækka tíðni sjálfsvígshegðunar, eru sjálfsvígsforvarnir (Beautrais o.fl., 2007; CDC, 1994; Landlæknisembættið, 2004; WHO, e.d.a). Þetta eru víðtækar aðgerðir sem eru framkvæmdar á ólíkum stigum (CDC, 1994; Waldvogel, Rueter og Oberg, 2008). Skólar landsins eru kjörinn vettvangur fyrir sjálfsvígsforvarnir sem beint er að börnum og unglungum. Með því móti er hægt að ná til sem flestra barna og unglings þar sem þau eyða miklum tíma innan veggja þeirra (Hagstofan, e.d.b; Menntamálaráðuneytið, 2006). Ef horft er á sjálfsvíg ungmenna út frá hagfræðilegu sjónarhorni, þá sést að mikill efnahagslegur skaði hlýst af þeim. Sýnt hefur verið fram á hagkvæmni af fjárfestingu á sjálfsvígsforvörnum fyrir ungmenni samanborið við þann kostnað sem hlýst af sjálfsvígum ungmenna (Sari, Castro, Newman og Mills, 2008).

Mikil áskorun er fyrir heilbrigðisyfirvöld að útbúa sjálfsvígs forvarna-verkefni og ákveða hvernig framkvæmd þeirra eigi að vera háttað. Áður en slíkum verkefnum er hleypt af stokkunum er nauðsynlegt að skoða þau siðferðilegu álitamál sem varða sjálfsvíg og forvarnir gegn þeim, til að fáist almenn sátt um beitingu slíkra aðgerða. Einnig er mikilvægt að sýna fram á að þörf sé fyrir sjálfsvígsforvarnir og hægt er að gera það með því að skoða umfang vandans og afleiðingar hans. Við gerð forvarnaverkefna verður þekking á áhættuþáttum sjálfsvíga að vera til staðar, því þeir veita upplýsingar um hvar mesta þörfin er á forvörnum. Gerir sú þekking það kleift að hægt sé beina forvörnum að ákveðnum hópum sem eru í hættu á að fremja sjálfsvíg. Gerð og framkvæmd forvarna-verkefna krefst mikillar vinnu og er bæði kostnaðarsöm og tímafrek. Því verður að réttlæta slíka vinnu með tilliti til ávinnings. Því er mjög mikilvægt að skoða hvaða leiðir eru færar og hvaða aðgerðir virka í raun og veru. Þar sem sýnt hefur verið fram á að sum forvarnarverkefni geta beinlínis verið skaðleg og önnur haft engin eða takmörkuð áhrif (Overholser, Hemstreet, Spirito og Vyse, 1989; Reis og Cornell, 2008; Shaffer, Vieland, Garland, Rojas, Underwood og Busner, 1990). Með tilliti til framangreindrar umræðu er mikilvægt að mæla árangur forvarnaverkefna.

Markmið þessarar rannsóknarritgerðar er að gera fræðilega samantekt á algengi og áhættuþáttum sjálfsvígshegðunar hjá ungmennum. Einnig af þeim árangursrannsóknum sem gerðar hafa verið á sjálfsvígsforvörnum sem beint er að ungmennum og framkvæmdar hafa verið í skólum. Almenn umfjöllun verður um

siðferðileg álitamál er varða sjálfsvíg, hugtök sjálfsvígshegðunar skilgreind og algengi sjálfsvígshegðunar skoðað. Síðan verður farið yfir áhættuþætti sjálfsvíga, sjálfsvíglíkan, forvarnaverkefni og árangur þeirra. Leitast verður eftir að svara eftirfarandi rannsóknarsprungum:

1. Er siðferðilegur grundvöllur fyrir beitingu sjálfsvígsforvarna?
2. Er þörf fyrir sjálfsvígsforvarnir sem beint er að íslenskum ungmennum?
3. Hverjir eru áhættuhópar sjálfsvígshegðunar á meðal ungmenna?
4. Sýna sjálfsvígsforvarnaverkefni sem framkvæmd eru í skólum árangur í að lækka tíðni sjálfsvígshegðunar hjá ungmennum og hvernig er slíkum árangursmælingum háttað?

Siðferðileg álitamál sem varða sjálfsvíg

Uppi hafa verið miklar deilur um rétt fólks til að taka sitt eigið líf, hvort það sé siðferðilega rétt eða rangt og hvort það eigi yfirlögmum að reyna sporna við sjálfsvígum (Clum 1987; Holmes, 1987; Szasz, 1986, 1999, 2004).

Er sjálfsvíg sjúkdómur?

Ungverski geðlæknirinn og heimspekingurinn Thomas Szasz (1999) heldur því fram að sjálfsvíg sé ekki sjúkdómur. Sem er ef til vill rétt, þar sem að sjálfsvíg er athöfn, leið til að ná fram ákveðnu endanlegu markmiði, dauða. Áþekkt dæmi væri geðrōskunin lystarstol (*anorexia nervosa*), þar sem eitt af meginmarkmiðum lystarstolssjúklings er að grennast, ein af þeim aðferðum til að ná þessu tiltekna markmiði er svelti (Garner og Garfinkel, 1980). Svelti er athöfn en ekki sjúkdómur, afleiðingar þess ástands geta leitt til dauða. Báðar þessar athafnir sjálfsvíg og svelti eru tól til að ná fram tilsettum markmiðum. Sjúkleikinn eða meinafræðin liggar að baki verknaðinum, eins og rannsóknir hafa leitt í ljós eru sterkt tengsl á milli sjálfsvígshegðunar og geðsjúkdóma (Beautrais o.fl., 1996; Beautrais, 2003b; Fleischmann, Bertolote, Belfer og Beautrais, 2005; Ösby, Correia, Brandt, Ekbom, Sparen, 2000; Ösby, Brandt, Correia, Ekbom og Sparen, 2001). Er mikilvægi þessara tengsla undirstrikað með því að í nærrí 90 % tilfella hafa fórnarlömb sjálfsvíga að minnsta kosti einn greinanlegan geðrænan kvilla (Fleischmann o.fl., 2005), jafnvel er talið að sú tíðni sé hærri (Ernst o.fl., 2004).

Rétturinn til að svipta sig lífi

Szasz (2004) heldur því fram að meginregla sjálfræðissinna (*libertarian principle*), um rétt einstaklinga til umráða yfir eigin líkama (*self-ownership*), gefi til kynna að allir eigi rétt á að fremja sjálfsvíg. Holmes (1987) skoðaði þennan rétt út frá tjáningarfrelsi. En meginregla þess er að réttur til málfrelsис takmarkast af rétti annarra til að hljóta ekki skaða eða tjón af honum. Réttur til að svipta sig lífi brýtur hins vegar á réttindum eftirlifenda, þar sem slíkt athæfi hefur í för með sér mikinn skaða (Knieper, 1999). Eins og Shneidman (1969) orðaði réttilega „að sá sem sviptir sig lífi skilur eftir sig beinagrindina í skápi eftirlifanda“ (Holmes, 1987). Eða með öðrum orðum að sá sem fremur sjálfsvíg arfleiðir ástvinum að sársauka og erfiðleika sem hann flúði frá (Holmes, 1987). Sitja aðstandendur eftir með sorg sem er álitin mun flóknari en önnur sorgarúrvinnsla, vegna samblands af skyndilegu áfalli, ósvöruðum spurningum eins og „af hverju“ og því að hafa mögulega komið að sjálfsvígi eða orðið vitni af því (Knieper, 1999). Hefur fólk rétt á að fremja sjálfsvíg ef afleiðingar þess á eftirlifendur eru jafn alvarlegar og raun ber vitni?

Ákvörðunin um sjálfsvíg, er hún tekin á frjálsan og ábyrgan hátt?

Szasz (1986) gefur til kynna að ákvörðun um sjálfsvíg sé í flestum tilvikum tekin á frjálsan og ábyrgan hátt. Aftur á móti hefur verið sýnt fram á að þeir sem eru í sjálfsvígshugleiðingum hafi skerta úrræðahæfni (*problem solving*). Lýsir það sér að þeir skapi sér færri valmöguleika við lausnum á vandamálum og eru ekki eins líklegir til að framkvæma þá, bornir saman við þá sem eru ekki í sjálfsvígshugleiðingum (Schotte og Clum, 1987). Felur þetta í sér frelsisskerðingu, þar sem ekki er hægt að velta fyrir sér öllum mögulegum valmöguleikum við vandamáli. Samhliða frelsisskerðingu þá takmarkast ábyrgð, þar sem að þetta tvennt helst í hendur, með auknu frelsi fylgir aukin ábyrgð og svo öfugt. Þannig að sjálfsvíg er afleiðing vandamáls sem gæti verið mögulegt að leysa, en á ákveðnum tímapunkti heldur sá sem er í sjálfsvígshugleiðingum að það sé engin önnur lausn á vandamálinu en sjálfsvíg (Clum, 1987).

Eiga sjálfsvígsforvarnir rétt á sér?

Szasz (2004) telur að sjálfsvígsforvarnir séu brot á borgaralegum réttindum fólks. Með því sé verið að svipta fólk frelsi, vegna möguleika á að það muni fremja

sjálfsvíg einhvern tímann í ókominni framtíð. Hér er átt við meðferðarúrræði eins og til dæmis neyðarvistun á geðdeildum. Eins og fjallað var um hér að ofan, þá hefur fólk í sjálfsvígshugleiðingum takmarkaða úrræðahæfni (Schotte og Clum, 1987), þar af leiðandi getur fólk ekki verið fullkomlega fært um að taka jafn endanlega ákvörðun um að enda líf sitt. Einnig er mikilvægt í þessu samhengi að hægt er að færa rök fyrir að sjálfsvígshegðun sé í flestum tilvikum skammvinnt ástand (Holmes, 1987). Er það meðal annars byggt á því að tengsl eru á milli sjálfsvígshegðunar og streituvaldandi aðstæðna, sem eru takmarkaðar í tíma og að sama eigi við um þunglyndi og vonleysi (Borges o.fl., 2008; Holmes, 1987). Þeir sem gera sjálfsvígstilraunir eru fjórum sinnum líklegrir til að skýra frá neikvæðum lífsatburðum sex mánuðum fyrir sjálfsvígstilraunina, samanborið við þá sem eru heilbrigðir (Paykel, Prusoff og Myers, 1975). Áföll og neikvædir lífsatburðir sem koma á undan sjálfsvígshegðun bera vanalega brátt að. Því er hægt að gera ráð fyrir að í flestum tilvikum muni áhrif þeirra dvína er fram líða stundir. Þar af leiðandi er þetta ekki spurning um brot á borgaralegum rétti, þar sem fólk er ekki fullfært um að taka jafn endanlega ákvörðun við fræðilega skammvinnu ástandi. Því er réttlætanlegt að grípa inn í ferli þegar einstaklingur er í sjálfsvígshættu og beita úrræðum eins og neyðarvistun á geðdeildum (Holmes, 1987).

Samantekt á siðferðilegum álitamálum

Miðað við fyrrgreinda umræðu virðist vera siðferðilegur grundvöllur fyrir sjálfsvígsforvörnum. Þrátt fyrir að sjálfsvíg séu ekki geðsjúkdómur, þá liggr sjúkleikinn að baki verknaðinum, þar sem sterkt tengsl eru á milli sjálfsvíga og geðraskana (Fleischmann o.fl., 2005). Ekki er heldur hægt að tala um rétt til sjálfsvígs, því með slíku athæfi er brotið á rétti aðstandenda (Holmes, 1987). Á þann hátt hljóta þeir mikinn skaða af því (Knieper, 1999). Að sama skapi er ákvörðunin um sjálfsvíg í fæstum tilvikum tekin á frjálsan og ábyrgan hátt, því þeir sem eru í sjálfsvígshugleiðingum sýna skerta úrræðahæfni (Schotte og Clum, 1987). Við það takmarkast valmöguleikar, sem leiða af sér frelsisskerðingu og takmörkun á ábyrgð (Clum, 1987). Þrátt fyrir að sjálfsvígsforvarnir geti brotið á borgaralegum rétti fólks er samt sem áður talið réttlætanlegt að beita þeim. Í ljósi þess að sjálfsvígshegðun er í flestum tilvikum skammvinnt ástand og tengist oft áföllum sem bera brátt að. Því er líklegt að áhrif þeirra muni dvína er fram líða stundir (Holmes, 1987). Út frá þessu virðist vera grundvöllur fyrir að beita

sjálfsvígsforvörnum til að reyna að koma í veg fyrir sjálfsvígshegðun, þar sem fólk er ekki fullkomlega fært um að taka jafn endanlega ákvörðun við fræðilega skammvinnu ástandi.

Sjálfsvíg, sjálfsvígstilraunir og sjálfsvígshugsanir

Í sjálfsvígsfræðum er engin ein viðurkennd skilgreining, flokkunaraðferð eða eitt ákveðið hugtak sem nær yfir alla þá hegðun sem talin er sjálfsvígstengd (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, og Joiner, 2007a). Hugtökin eru nokkur og þar má helst nefna sjálfsvíg (*suicide*), sjálfsvígstilraunir (*suicide attempts*), sjálfsvígshugsanir (*suicide ideations*), sjálfsvígshótanir (*suicide threats*), sjálfsvígshegðun (*suicidal behavior*) og sjálffssaðandi hegðun (*self-injurious behavior*) (O'Carroll o.fl., 1996; Posner, Oquendo, Gould, Stanley og Davies, 2007; Silverman o.fl., 2007a; Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, og Joiner, 2007b). Hugtakið sjálfsvígshegðun vísar ekki til einstakrar hegðunar, heldur er hún afleiðing af löngu ferli sem tengist vanalega geðrökun (Brent o.fl., 1999; Shaffer o.fl., 1996). Í mörgum tilfellum hefur geðrökun verið vangreind og þar af leiðandi engin meðferð veitt (Shaffer o.fl., 2004). Mikilvægustu hugtökin hér eru sjálfsvíg, sjálfsvígstilraunir og sjálfsvígshugsanir. Ekki verður einblínt á önnur hugtök sem notuð eru um sjálfsvígstengda hegðun í sjálfsvígsfræðum. Það eru aðallega hugtök sem ná yfir sjálffssaðandi hegðun, þar sem löngun til að deyja er ekki til staðar, sem getur verið allt frá því að innbyrða mikið magn af áfengi yfir í það að skera sig alvarlega (O'Carroll o.fl., 1996; Posner o.fl., 2007; Silverman o.fl., 2007a, 2007b). Farið verður yfir skilgreiningar á sjálfsvígum, sjálfsvígstilraunum og sjálfsvíghugsunum og algengi þeirra skoðuð.

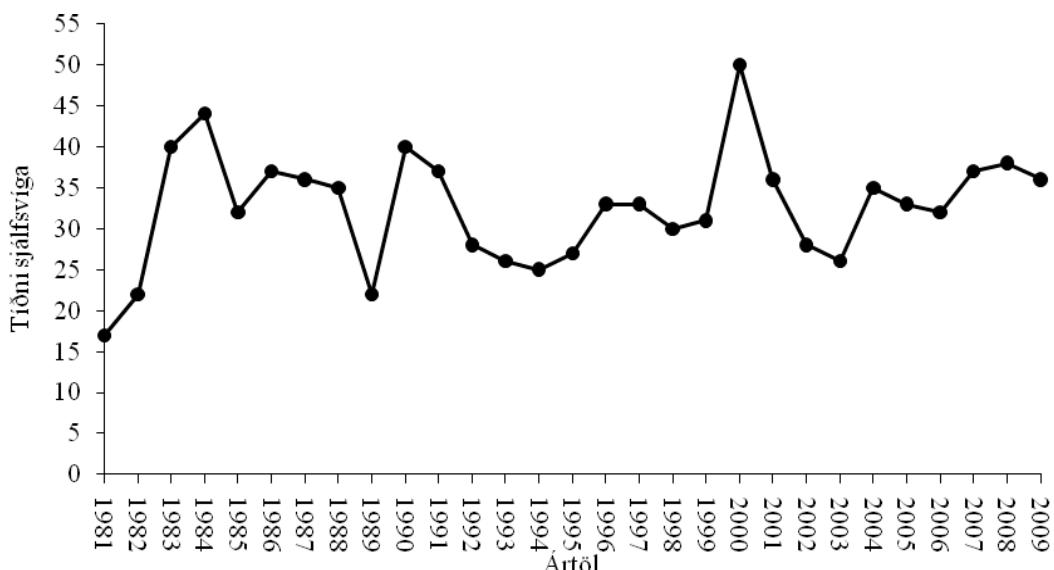
Algengi sjálfsvíga

Sjálfsvíg er sá verknaður að binda enda á líf sitt viljandi. Mikilvægt er að ganga úr skugga um að viðkomandi hafi sjálfur verið valdur að sínum dauða og hafi haft löngun til að deyja til að útiloka aðrar dánarorsakir (O'Carroll o.fl., 1996; Posner o.fl., 2007; Silverman o.fl., 2007a, 2007b). Greining á tíðni sjálfsvíga á Íslandi er gerð út frá opinberum gögnum byggðum á dánarvottorðum sem fengin eru frá Hagstofu Íslands (Hagstofan, e.d.a). Vandkvæði fylgir skráningu á algengi sjálfsvíga og er talið að þau séu vanskráð, þar sem oft er erfitt að skera úr um hvort

um sjálfsvíg er að ræða. Talið er til dæmis að sum banaslys í umferðinni séu í raun sjálfsvíg (Miller, Azrael og Hemenway, 2004; Phillips, 1979). Fleiri þættir valda enn frekari vandræðum, þá sérstaklega vontun á samþykktri skilgreiningu á sjálfsvígshegðun og undirþáttum hennar (Silverman o.fl., 2007a). Frá 1950 til 2000 hefur tíðni sjálfsvíga í heiminum aukist um tæplega helming, eða frá 10 sjálfsvígum á hverja 100.000 íbúa yfir í 14,5. Þó ber að túlka þessa aukningu með aðgætni, því meðal annars var fjöldi landa í þessum samanburði mismikill á milli ára (WHO, 1999, 2000). Sjálfsvígstíðni á Íslandi árið 2000 var heldur hærri en meðaltíðni fyrir heiminn, þá voru 17,8 sjálfsvíg framin á hverja 100.000 íbúa (WHO, e.d.b).

Algengi sjálfsvíga á Íslandi

Á árunum 1981 til 2009 voru að meðaltali 32 sjálfsvíg framin ár hvert á Íslandi.



Mynd 2. Heildarfjöldi sjálfsvíga á Íslandi á árunum 1981-2009 (Hagstofan, e.d.a).

Flest sjálfsvíg voru framin árið 2000, alls 50 en fæst árið 1981, 17 talsins (Hagstofan, e.d.a). Tíðni sjálfsvíga á Íslandi sveiflast mikið á milli ára eins og sjá má á mynd 1. Hægt er að skýra þessar sveiflur að einhverju leyti vegna breytinga á fólksfjölda og sjaldgæfi sjálfsvíga, þar sem að hvert sjálfsvíg vegur hlutfallslega þyngra en ella. Ekki er þó hægt að skýra þær að fullu vegna fyrrgreindra þátta (Alþingi, 1996). Samkvæmt Þóroddi Bjarnasyni og Þórólfi Þórlindssyni (1994) eru

sveiflur í tíðni sjálfsvíga á Íslandi ekki bara tilviljunum háðar. Heldur má greina í þeim ákveðið mynstur sem þær fylgja eftir, að sjálfsvígstíðnin nái hámarki á þriggja til sex ára fresti. Ekki er þó vitað hvað liggur að baki þessu.

Samanburður á algengi sjálfsvíga á meðal ungmenna í heiminum

Á tímabilinu 1951 til 2000 frömdu 15 piltar sjálfsvíg að jafnaði ár hvert fyrir hverja 100.000 pilta og fimm stúlkur fyrir hverja 100.000 stúlkur á Vesturlöndum (sjá í Þóroddur Bjarnason, Bryndís Björk Ásgeirs dóttir og Inga Dóra Sigfúsdóttir, 2002). Samanburður á sjálfsvígstíðni á meðal ungmenna eftir völdum löndum víðsvegar um heim má sjá í töflu 1 (WHO, e.d.b).

Tafla 1. Samanburður á tíðni sjálfsvíga á meðal ungmenna (15-24 ára) á hvern 100.000 íbúa eftir völdum löndum.

Lönd	15-24 ára			
	Ártöl	Heild	Piltar	Stúlkur
Afríka				
Máritíus	2007	14,1	16,5	11,7
Simbabve	1990	12,5	13	12,1
Ameríka				
Kanada	2004	13,5	21,5	23,2
Argentína	2005	12,1	19,3	4,6
Bandaríkin	2005	10	16,1	3,5
Kólumbía	2005	9,2	12,6	5,6
Mexíkó	2006	5,8	10,3	1,5
Brasilía	2005	4,7	7	2,3
Miðausturlönd				
Kúveit	2002	0,6	1,2	0
Íran	1991	0,3	0,4	0,2
Evrópa				
Rússland	2006	25,8	43,7	7,4
Litháen	2007	20,8	37,1	3,8
Ísland	2007	17,7	30,1	4,5
Írland	2007	13,4	22,8	3,8
Pýskaland	2006	5,9	9,2	2,4
Danmörk	2006	5,4	7,7	3,0
Búlgaría	2004	4,9	7,3	2,3
Bretland og N-Írland	2007	4,6	7,4	1,8
Spánn	2005	3,9	6,1	1,5
Armenía	2006	1,6	3,1	0
S-Austur Asía				
Tæland	2002	8,9	13,8	3,8
Vestur Kyrrahafsríki				
Nýja Sjáland	2005	18,2	28	8,2
Japan	2008	15,4	20,2	10,4
Ástralía	2004	9,8	14,4	4,9

Gögnin fengin frá alþjóðamálaheilbrigðisstofnuninni (WHO, e.d.b).

Þar kemur fram að sjálfsvígstíðnin er hæst á meðal landa frá fyrrum Sovétríkjunum, Rússlandi og Litháen, ásamt Nýja-Sjálandi og Íslandi. Eru þessi lönd með sjálfsvígstíðni sem er tvisvar til þrisvar sinnum hærri en til dæmis er í Bandaríkjunum og fjórum til fimm sinnum hærri en er í Danmörku og Þýskalandi. Ísland er með þriðju hæstu tíðnina á meðal 15-24 ára drengja, þar fyrir ofan eru Rússland og Litháen. Á meðal 15-24 ára stúlkna er sjálfsvígstíðnin hæst í Kanada og er hún 5 sinnum hærri en á Íslandi. Sjálfsvígstíðni á meðal íslenskra stúlkna virðist vera í meðallagi hvað varðar heimssamanburð. Miðausturlöndin skera sig úr hvað varðar lága tíðni sjálfsvíga (WHO, e.d.b), gæti möguleg skýring verið vanskráning, þar sem að slík hegðun er ólögleg. Þrátt fyrir það virðist sjálfsvígstíðni í múslimaríkjum vera mun lægri en gengur og gerist í öðrum ríkjum (Lester, 2006). Varhugavert er að bera saman tíðni á milli ríkja út frá einu ári og ekki sama árið, því er nauðsynlegt að slá varnagla við þær ályktanir sem dregnar eru af þessum gögnum.

Samanburður á algengi sjálfsvíga á meðal ungmenna á Norðurlöndum

Gerður var samanburður á sjálfsvígstíðni ungmenna á Norðurlöndum árið 2008, til að athuga hver sjálfsvígstíðni á meðal íslenskra ungmenna væri miðað við ungmenni frá nágrannaríkjum.

Tafla 2. Samanburður á sjálfsvígstíðni frá árinu 2008 á meðal ungmenna á hvern 100.000 íbúa á Norðurlöndum.

Norðurlönd	Karlmann			Kvenmenn		
	10-19 ára	20-24 ára	Fjöldi (yfir öll aldursbil)	10-19 ára	20-24 ára	Fjöldi (yfir öll aldursbil)
Grænland	104,7	380,2	100,5	64,4	49,3	22,7
Finnland	7,3	35,3	30,7	5,4	6,9	8,6
Svíþjóð	6,3	19,9	18,7	4,2	7,2	6,8
Ísland	4,2	25,0	16,5	-	-	7,0
Danmörk	2,8	13,4	15,3	1,5	3,3	6,6
Noregur	5,5	21,0	14,6	3,9	6,3	6,6
Færeyjar	-	-	7,9	-	-	-

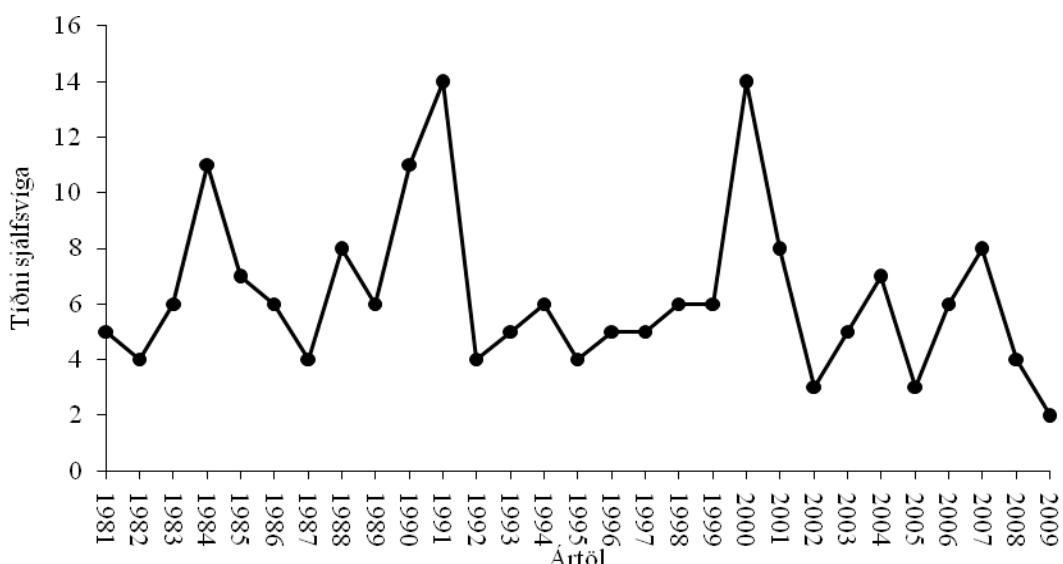
Gögnin fengin frá Nordic Medico-Statistical Committee (2010).

Þegar sjálfsvígstíðni íslenskra ungmenna árið 2008 er borin saman við aðrar Norðurlandaþjóðir, kemur fram að hún er í meðallagi. Grænland er sér á báti, þar er algengi sjálfsvíga 14 sinnum hærri en á Íslandi miðað við hverja 100.000 íbúa. Finnar skera sig einnig úr. Tíðni þeirra er sérstaklega há hjá karlmönnum á

aldrinum 20 til 24 ára. Þar á eftir koma íslenskir karlmenn en þeir eru með þriðju hæstu tíðnina á meðal karlmannna á aldrinum 20 til 24 ára. Engar íslenskar konur svíptu sig lífi árið 2008. Danmörk er á meðal Norðurlandaþjóða sem hefur lægstu tíðni sjálfsvíga á meðal ungmenna árið 2008, áhugavert væri að skoða frekar hvað liggur þar að baki. Færeysar hafa þó lægstu tíðnina, en þar sem íbúafjöldi í Færøyum er um 50 þúsund, skerðir það samanburðarhæfni þeirra (sjá töflu 2) (Nordic Medico-Statistical Committee, 2010; Hagstova Foroya, e.d.). Þó ber að hafa í huga þá takmörkun sem felst í að bera saman sjálfsvígstíðni á einu ákveðnu ári, þar sem að tíðni sjálfsvíga getur sveiflast á milli ára (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2002).

Algengi sjálfsvíga hjá íslenskum ungmennum

Alls voru 183 sjálfsvíg framin á meðal 15 til 24 ára íslenskra ungmenna á árunum 1981-2009. Að meðaltali svípta sex ungmenni sig lífi á ári hverju á Íslandi.



Mynd 2. Heildarfjöldi sjálfsvíga hjá íslenskum ungmennum á aldrinum 15-24 ára (Hagstofan, e.d.a.).

Tíðni sjálfsvíga var hæst árið 1991 og 2000, alls 14 sjálfsvíg. Heildarfjöldi sjálfsvíga var mikill á þessum árum í öllum aldurshópum, 37 árið 1991 og 50 árið 2000. Hins vegar árið 2009 voru framin tvö sjálfsvíg í þessum aldurshópi (Hagstofan, e.d.a). Sveiflur í tíðni sjálfsvíga eru miklar, en þar sem að sjálfsvíg á meðal ungmenna eru fátíð, þá vegur hvert sjálfsvíg hlutfallslega meira en ella.

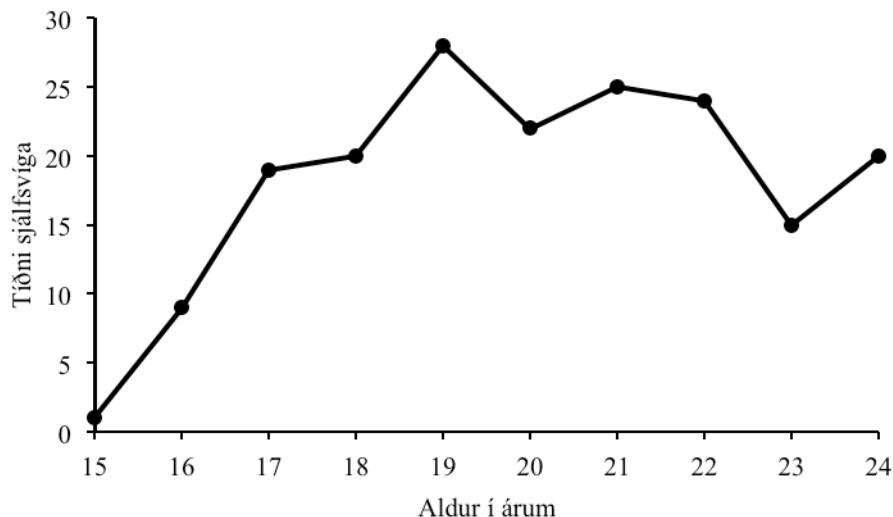
Eflaust eru fleiri þættir sem skýra þessa aukningu en erfitt er að henda reiður á það hér, væri það rannsóknarefni út af fyrir sig (sjá mynd 2).

Sjálfsvíg ungmenna eftir aldri

Sjálfsvíg í barnæsku og snemma á unglingsárum eru sjaldgæf. Greinileg aukning í tíðni sjálfsvíga á sér stað þegar líða tekur á unglingsárin. Sjálfsvígstíðnin nær hámarki um tvítugsaldurinn og helst þannig tiltölulega óbreytt út fullorðinsárin, þó eykst tíðnin á gamals aldri þá sérstaklega hjá karlmönnum (Anderson, 2002). Á meðal 10 til 14 ára barna í Bandaríkjunum árið 2000 voru framin 1,5 sjálfsvíg á hverja 100.000 íbúa, en í aldurshópnum 15 til 19 ára voru framin 8,2 sjálfsvíg á hverja 100.000 íbúa (Gould, Greenberg, Velting og Shaffer, 2003). Hér sést bersýnilega að tíðni sjálfsvíga á meðal barna yngri en 14 ára eru mjög sjaldgæf, en þegar kemur fram á kynþroskaaldur eykst tíðni þeirra (Groholt, Ekeberg, Wichstrom og Haldorsen, 1997; Gould o.fl., 2003b; Hagstofan, e.d.a). Líklega eru sjálfsvíg sjaldgæfari á meðal barna yngri en 15 ára vegna þess að algengi geðraskana er meiri hjá unglingum en hjá börnum, sérstaklega hvað varðar lyndisraskanir og vímuefnamisnotkun. Einnig er hugræn færni unglingsa betri, þar sem þeir hafa meiri hæfni í að skipuleggja sig, framkvæma banvænni sjálfsvígstilraunir og sýna meiri ásetning heldur en yngri fórnarlömb sjálfsvíga (Brent o.fl., 1999; Groholt o.fl., 1998). Aftur á móti þau börn sem svipta sig lífi eiga það til að vera bráðþroska, bæði hvað varðar greind og líkamshæð (Shaffer, 1974; Brent o.fl., 1999).

Sjálfsvíg íslenskra ungmenna eftir aldri

Íslensk ungmenni eru ekkert undanþegin þessari aukningu í tíðni sjálfsvíga á unglingsárum. Kemur það augljóslega fram á mynd 3, þegar heildarfjöldi sjálfsvíga ungmenna á árunum 1981-2009 er skoðaður. Sjálfsvíg á meðal barna yngri en 15 ára eru mjög sjaldgæf, alls voru framin sex sjálfvíg í þessum aldurshópi á árunum 1981 til 2009, sá yngsti var 12 ára. Þar af voru fimm drengir og ein stúlka (Hagstofan, e.d.a).



Mynd 3. Samanburður á tíðni sjálfsvíga íslenskra ungmenna eftir aldri (15-24 ára) frá 1981 til 2009 (Hagstofan, e.d.a).

Á mynd 3 sést hvernig tíðni sjálfsvíga eykst jafnt og þétt hjá íslenskum ungmennum frá 15 ára aldri. Nær hún hámarki um 19 ára aldur og lækkar aðeins eftir það. Eins og fyrr segir þá eru sjálfsvíg fátið á meðal ungmenna og því hefur hvert sjálfsvíg mikið hlutfallslegt vægi (Hagstofan, e.d.a).

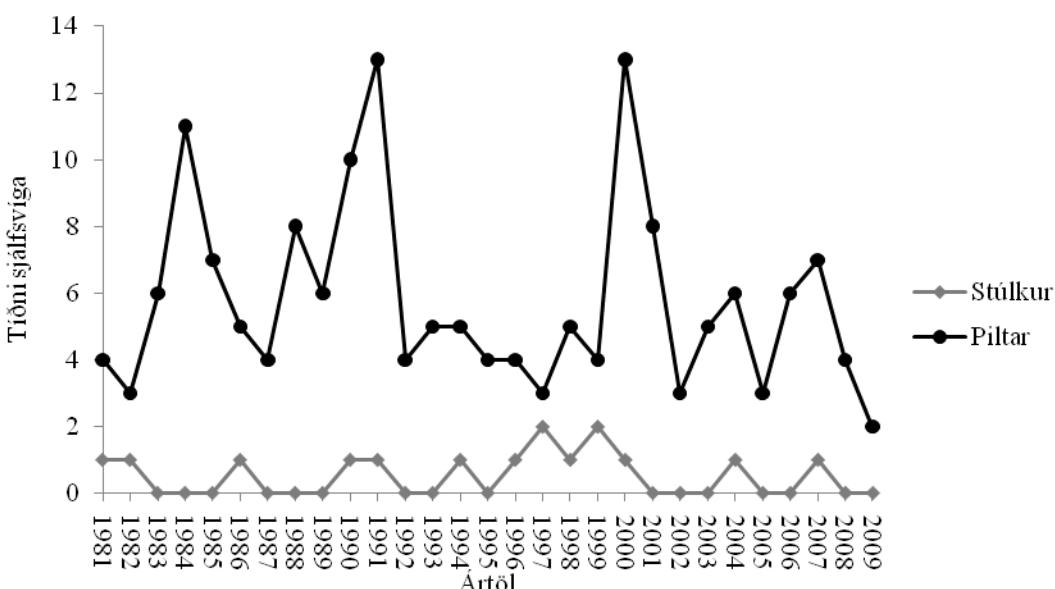
Sjálfsvígshegðun ungmenna eftir kyni

Karlmann (25 ára og yngri) eru líklegrir til að fremja sjálfsvíg en konur (25 ára og yngri) (Beautrais, 2003b), þó eru undantekningar þar á, því í Kína og Kanada eru fleiri konur sem svipta sig lífi en karlar (Phillips, Li og Zhang, 2002; WHO, e.d.b). Aftur á móti er þessu öfugt farið hvað varðar sjálfsvígshugsanir og sjálfsvígstilraunir. Þar er tíðnin hærri hjá konum (15 til 21 árs) en körlum (15 til 21 árs) (Fergusson, Woodward og Horwood, 2000). Þegar töflur 1 og 2 eru skoðaðar sést að algengi sjálfsvíga á meðal drengja er mun hærri í öllum þeim löndum sem eru tekin fyrir, að undanskildu Kanada þar er tíðnin hærri hjá stúlkum. Í þessum tilteknu löndum (sjá töflur 1 og 2) er sjálfsvígstíðni drengja allt frá því að vera tvöfalt hærri yfir í að vera tífalt hærri en hjá stúlkum (Nordic Medico-Statistical Committee, 2010; WHO, e.d.b). Það að drengir séu líklegrir til að fremja sjálfsvíg en stúlkur, er hægt að útskýra að mestu með sjálfsvígsaðferðum þeirra. Karlmann nota mun banvænni aðferðir heldur en konur. Meirihluti karlmannna sem svipta sig lífi hengja sig, nota útblástur frá bifreiðum, skotvopn eða stökkva fram af byggingum. Aftur á móti eru konur líklegrir til að innbyrgja eiturefni eða lyf. Sú

aðferð hefur tilhneigingu til að vera ekki eins banvæn og verkan hennar tekur hlutfallslega lengri tíma. Þannig að ef konur myndu nota banvænni aðferðir þá myndi tíðni sjálfsvíga á meðal kvenna ná eða jafnvel vera hærri en sjálfsvígstíðni á meðal karla. Telja má að hærri tíðni sjálfsvíga á meðal karlmanna í vestrænum samfélögum sé afleiðing menningar, þar sem ákveðið er hvaða aðferð menn eigi að nota við sjálfsvíg. Samt er möguleiki á að það séu fleiri kynbundnir þættir eins og árasargirni og misnotkun vímuefna sem geta í sumum tilvikum stuðlað að hærri tíðni sjálfsvíga á meðal karlmanna (Beautrais, 2003b).

Sjálfsvíg íslenskra ungmenna eftir kyni

Ísland er ekkert frábrugðið hvað varðar kynbundinn mun í sjálfsvígstíðni (Hagstofan, e.d.a; WHO, e.d.b).



Mynd 4. Samanburður á tíðni sjálfsvíga á meðal íslenskra ungmenna á aldrinum 15-24 ára eftir kyni (Hagstofan, e.d.a).

Eins og fram kemur á mynd 4 er algengi sjálfsvíga hjá íslenskum drengjum mun hærri en hjá íslenskum stúlkum. Að meðaltali fremja sex drengir sjálfsvíg ár hvert en ein stúlka annað hvert ár. Miklar sveiflur eru í tíðni sjálfsvíga á meðal drengja, allt frá tveimur árið 2009 upp í 13 árið 1991 og 2000. Ekki er hægt að tala um sveiflur í tíðni sjálfsvíga hjá stúlkum, þar sem að þau eru fátið (sjá mynd 4). Á árunum 1981 til 2009 á Íslandi hafa 11 sinnum fleiri drengir svipt sig lífi en stúlkur í aldurshópnum 15 til 24 ára (Hagstofan, e.d.a). Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðis-

málastofnuninni var Ísland með hæstu tíðni sjálfsvíga á meðal ungmenna árið 1991, þá félle 13 drengir fyrir eigin hendi og ein stúlka. Ef tíðni sjálfsvíga á meðal pilta á aldrinum 15 til 24 ára árið 1991 er miðað við hverja 100.000 íbúa, þá voru 61 sjálfsvíg framin á hverja 100.000 íbúa (sjá í Þóroddur Bjarnason o.fl., 2002). Eftir þessa bylgju sjálfsvíga á meðal íslenskra drengja sem náði hámarki árið 1991, hófst mikið rannsóknastarf á sjálfsvígum og sjálfsvígstilraunum (Jóhanna M. Sigurjónsdóttir, Nanna Briem, Guðrún Jónsdóttir, Sigurður P. Pálsson og Hannes Pétursson, 1993; Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson; 1994). Stofnuð var nefnd á Alþingi 1992 og hlutverk hennar var að rannsaka tíðni og orsök sjálfsvíga (Alþingi 1996; Þóroddur Bjarnason o.fl., 2002).

Algengi sjálfsvígstilrauna

Sjálfsvígstilraun er misheppnuð tilraun til að stytta sér aldur. Mismunandi er hve mikil löngun liggar að baki og jafnvel er óvissa um þá löngun. Hægt er að skipta sjálfsvígstilraunum í two flokka, annars vegar óskipulagðar og hins vegar skipulagðar sjálfsvígstilraunir. Óskipulögð sjálfsvígstilraun er frekar gerð í hvatvísi og þá eru minni líkur á að sjálfsvíg takist. Við slika tilraun er sennilega ekki mikil löngun til að deyja. Mögulega er verið að leita eftir hjálp og athygli vakin á því á þennan hátt. Skipulögð sjálfsvígstilraun bendir til mikillar löngunar til að deyja. Þá er verknaðurinn skipulagður í þeirri von um að binda enda á líf sitt (O'Carroll o.fl., 1996; Posner o.fl., 2007; Silverman o.fl., 2007a, 2007b). Sjálfsvígstilraunir eru mun algengari á meðal stúlkna en drengja. Gert er ráð fyrir að 3,8% drengja og 10,1% stúlkna geri sjálfsvígstilraun einhvern tímann á lífsleiðinni (Andrews og Lewinsohn, 1992). Gerð var könnun á algengi sjálfsvígstilrauna á meðal íslenskra ungmenna árið 1992 og 2000. Á meðal íslenskra unglings í 9. og 10. bekk höfðu 2,6% drengja og 4,7% stúlkna gert tilraun til sjálfsvígs veturinn 1992. Á meðal framhaldsskólanema var tíðnin heldur lægri og jafnari á milli kynja. Þar voru 1,2% drengja og 1,4% stúlkna sem höfðu gert sjálfsvígstilraun. Árið 2000 var könnunin aftur lögð fyrir framhaldsskólanema og þá hafði orðið aukning á fjölda sjálfsvígstilrauna, 2,0% drengja og 2,0% stúlkna höfðu gert tilraun til sjálfsvígs um veturinn 2000. Ber þó að hafa í huga að samanburðurinn á milli unglings í grunnskóla og framhaldsskóla er skekktur þar sem að hluti unglings fer ekki í framhaldsskóla (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2002).

Algengi sjálfsvígshugsana

Sjálfsvígshugsanir eru hugsanir sem snúast um löngun til að deyja og hvað sé hægt að gera til að ná því markmiði. Þær geta verið allt frá skammvinnri hugsun til alvarlegra íþyngjandi hugsana um að binda enda á líf sitt (O'Carroll o.fl., 1996; Posner o.fl., 2007; Silverman o.fl., 2007a, 2007b). Algengi sjálfsvígshugsana hjá ungmennum er talið vera 15-25% (Andrews og Lewinsohn, 1992; Grunbaum o.fl., 2004). Af þeim ungmennum sem gera sjálfsvígstilraunir þá hafa 90% þeirra sjálfsvígshugsanir (Andrews og Lewinsohn, 1992). Í íslenskri rannsókn sem gerð var árið 1992, kom fram að 23% drengja og 38% stúlkna á aldrinum 15 til 16 ára hafa hugleitt sjálfsvíg á einhverjum tímapunkti í lífi sínu (Alþingi, 1996).

Samantekt á algengi sjálfsvígshegðunar

Talið er að sjálfsvíg séu vanskráð og erfiðleikar fylgi skráningu á algengi þeirra (Miller o.fl., 2004; Phillips, 1979; Silverman o.fl., 2007a). Skekkir það mat á raun algengi sjálfsvíga og veldur vandkvæðum við að greina umfang vandans. Því væri mikil þörf á að samræma skilgreiningar sjálfsvíga og finna betri leiðir til að rannsaka þau dánartilvik sem ekki bera að með „eðlilegum“ hætti. Til að meta þörf á sjálfsvígsforvörnum er skoðað algengi sjálfsvígshegðunar. Tíðni sjálfsvíga í heiminum hefur aukist um þriðjung undanfarna áratugi (WHO, 1999, 2000). Voru að jafnaði framin 32 sjálfsvíg ár hvert á Íslandi á síðastliðnum 30 árum, en miklar sveiflur eru í tíðni sjálfsvíga (Hagstofan, e.d.a).

Þegar sjálfsvígstíðni íslenskra ungmenna er borin saman við nokkrar þjóðir heimsins, kemur fram að hún er í hærra lagi, sérstaklega hjá íslenskum piltum (Nordic Medico-Statistical Committee, 2010; WHO, e.d.b). Hér virðist vera alvarlegur vandi á ferð, hvað varðar sjálfsvíg íslenskra pilta og væri þörf á að beita forvörnum sérstaklega á þennan hót. Jákvaðt þykir að sjálfsvígstíðni íslenskra stúlkna er lág, en það er þó ekki til marks um að stúlkur séu í minni vanda, þar sem tíðni sjálfsvígstilrauna eru mun hærri en hjá drengjum (Hagstofan, e.d.a; Þóroddur Bjarnason o.fl., 2002). Sama er uppi á teningnum hjá kynsystrum þeirra út í heimi (Andrews og Lewinsohn, 1992). Talið er að val á aðferðum geti að mestu skýrt þennan kynjamun í sjálfsvígum, þar sem að drengir eru mun líklegri til að velja banvænni aðferðir en stúlkur og endurspeglar valið þau gildi sem eru ráðandi í samfélaginu hverju sinni (Beautrais, 2003b). Gefur þetta til kynna að umfang vandans sem liggar að baki sjálfsvígshegðunar sé jafn mikill og jafnvel meiri hjá

stúlkum (Beautrais, 2003b), því er ekki nóg að nota einungis tíðni sjálfsvíga til að meta þörf á forvarnaaðgerðum. Heldur þarf að skoða algengi sjálfsvígshegðunar almennt og þeirra geðraskana sem tengjast henni, út frá því er fræðilega hægt að fá eitthvert mat á hvort þörf sé á að beita forvörnum. Mikilvægt væri að meta sjálfsvígshegðun íslenskra ungmenna til að hægt sé að kortleggja vandann og þannig hægt að útbúa markvissari forvörn. Við gerð forvara þarf einnig að vera vitneskja um hvaða aldurshópum sé hættara við að fremja sjálfsvíg. Komið hefur fram að sjálfsvíg barna yngri en 14 ára eru mjög sjaldgæf, á það líka við um íslensk börn (Anderson, 2002; Gould o.fl., 2003b; Hagstofan, e.d.a). Þegar unglingsárin færast yfir eykst tíðni sjálfsvíga, hefur þessi aukning verið skýrð með aukinni tíðni geðraskana, þá sérstaklega þunglyndis og vímuefnamisnotkunar, einnig í aukinni hugrænni færni (Brent o.fl., 1999; Groholt o.fl., 1998). Út frá þessu sést að mikilvægt er að forvarnir gegn sjálfsvígum séu hafnar snemma á unglingsárum.

Eins og minnst var á fyrr eru þær forvarnir sem eingöngu er beint að sjálfsvígum í raun og veru engin frambúðarlausn, því sjálfsvíg eru afleiðing mun stærra vandamáls. Margfalt fleiri gera tilraunir til sjálfsvígs en þeir sem fremja sjálfsvíg og enn fleiri eru í sjálfsvígshugleiðingum (Grunbaum o.fl., 2004; Moscicki, 2001). Í raun og veru bera forvarnir gegn sjálfsvígum ekki nafn með rentu, þar sem íhlutun þeirra er mun víðtækari en eingöngu að koma í veg fyrir sjálfsvíg. Væri meira viðeigandi að kalla þær forvarnir gegn sjálfsvígshegðun, þar sem þær eiga að sporna gegn öllum þeim breytileika er liggur að baki sjálfsvígshegðun.

Áhættuþættir sjálfsvígshegðunar

Samkvæmt Hawton og van Heerinngen (2009) eru sjálfsvíg aldrei afleiðing eins ákveðins þáttar, heldur stuðlar fjöldi þátta að sjálfsvígi. Nauðsynlegt er að hafa þekkingu á lykilhættuþáttum sjálfsvíga til að hægt sé að búa til árangursríka forvörn (Pelkonen og Marttunen, 2003). Margir áhættuþættir eru taldir auka líkur á sjálfsvígi hjá ungmennum. Hver áhættuþáttur virkar á þann hátt að hann eykur líkur á að ungmenni geri tilraun til eða fremji sjálfsvíg. Ungmenni geta verið í lítilli, miðlungs eða mikilli hættu á að fremja sjálfsvíg (Waldvogel o.fl., 2008). Áhættuþættir gegna svipuðu hlutverki fyrir sjálfsvíg og alvarlegar sjálfsvígs-

tilraunir hjá ungmennum (Beautrais, 2003a). Fjöldi þátta tengjast aukinni hættu á sjálfsvígi á meðal ungmenna og verður farið yfir þá sérstaklega. Megin áhersla verður lögð á geðraskanir en einnig verður farið yfir aðra þætti sem auka líkur á sjálfsvígshegðun hjá ungmennum.

Geðraskanir

Geðraskanir eru skilgreindar samkvæmt *DSM-V* sem safn hegðunarlegra eða sálfræðilegra einkenna, sem eru hamlandi eða valda óþægindum. Endurspeglar einkennin truflun í sál-líffræðilegri virkni (APA, 2010). Sýnt hefur verið fram á sterkt tengsl á milli geðraskana við sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir (Beautrais o.fl., 1996; Fleischmann o.fl., 2005; Ösby, o.fl., 2000; Ösby o.fl., 2001). Eins og fram kom í heildargreiningu (*meta-analysis*) Fleischmann o.fl. (2005) höfðu 88,6% ungmenna sem sviptu sig lífi að minnsta kosti einn greinanlegan geðsjúkdóm.

Við rannsóknir á sjálfsvígum er algengt að notaðar séu sálfræðilegar krufningsrannsóknir (*psychological autopsy study*). Þá eru tekin viðtöl við ættingja, vini og heilbrigðisstarfsfólk um þann sem svipti sig lífi. Á þennan hátt er ævisaga sjálfsvígsfórnarlambins endurbyggð. Slíkar rannsóknir hafa undantekningalaust sýnt að það sé há tíðni geðsjúkdóma á meðal ungmenna sem svipta sig lífi. Þó ber að hafa í huga takmarkanir sem liggja í sálfræðilegum krufningsrannsóknum. Þær geta ekki sagt til um hvort einstaklingur með eða án geðrökunar sé líklegri til að gera tilraun til eða fremja sjálfsvíg. Slíkum upplýsingum er safnað með viðmiðunarrannsóknum (*case control study*), sem sýnt hafa fram á að þeir sem eru með geðraskanir eru líklegri til að sýna sjálfsvígshegðun (Beautrais, 2000). Sú geðrökun sem skoðuð verður fyrst eru lyndisraskanir (*mood disorders*).

Lyndisraskanir

Lyndisraskanir fela í sér truflanir í skapi, þeirra á meðal eru depurð, oflæti og óviðeigandi lunderni (APA, 2000). Fjöldi rannsókna hafa sýnt fram á að lyndisraskanir séu stór áhættubáttur í sjálfsvígum ungmenna (Beautrais, 2000; Fleischmann o.fl., 2005; Nock o.fl., 2008) og sé sá algengasti hjá ungu fólk sem býr í tekjuháum ríkjum (Nock o.fl., 2008). Hættan er til staðar hjá báðum kynjum (Joffe, Offord og Boyle, 1988; Lewinsohn, Rohde og Seeley, 1994), þó er hún breytileg eftir aldri og kyni, þar sem tíðni hennar er hærri hjá konum og eldri

einstaklingum (Beautrais o.fl., 1996). Ráðandi hlutverk lyndisraskana í að auka áhættu á sjálfsvígstilraunum var staðfest í rannsókn Beautrais o.fl. (1996). Gert var mat á þýðishlutdeildaráhættu (*population attributable risk, PAR*) ákveðinna geðraskana. Segir það til um fækjun á tilfellum sjálfsvígstilrauna ef þessar tilteknu geðraskanir væru ekki til staðar hjá almenningu, borið saman við núverandi stöðu. Niðurstöður gáfu til kynna að tíðni alvarlegra sjálfsvígstilrauna gæti minnkað allt að 80% ef hægt væri að útrýma lyndisröskunum.

Skoðaðir verða sérstaklega, tveir aðalflokkar lyndisraskana, þunglyndi (*depressive disorder*) og geðhvarfaröskun (*bipolar disorder*) (Mash og Wolfe, 2010).

Þunglyndi

Þunglyndi felur í sér dapurlegt geðslag og skort á áhuga eða gleði á því sem áður var áhugi fyrir eða veitti ánægju. Á meðal einkenna þunglyndis eru sjálfsvíghugsanir (APA, 2000). Fjöldi rannsókna sem hafa verið gerðar í mörgum löndum hafa sýnt fram á sterkt tengsl á milli þunglyndis og sjálfsvígsþáttu (Haavisto, Sourander, Ellila, Välimäki, Santalahti og Helenius, 2003; Nielson, Wang og Bille-Brache, 1990; Martin, Rozanes, Pearce og Allison, 1995; Beautrais o.fl., 1996). Talið er að allt að 60% þeirra sem svipta sig lífi hafi þunglyndi (Lesage o.fl., 1994; Cavanagh, Carson, Sharpe og Lawrie, 2003) og hægt er að tengja þunglyndi við tuttugufalda aukningu á hættu á sjálfsvígi (Ösby o.fl., 2001). Faraldsfræðilegar rannsóknir gefa til kynna að 15% þeirra sem eru með þunglyndi hafa reynt sjálfsvíg á einhverjum tímapunkti í lífi sínu (Chen og Dilsaver, 1996).

Þunglyndi er ein algengasta geðrökunin á meðal unglings sem svipta sig lífi (Brent o.fl., 1993a; Shaffer o.fl., 1996). Í rannsókn Garlow o.fl. (2008) sem gerð var á bandarískum háskólanemum kom fram að þeir nemendur sem höfðu alvarlegustu þunglyndiseinkennin voru líklegrir til að hafa sjálfsvígshugsanir. Rannsóknir eru stöðugt að sýna fram á að þunglyndi sé stór áhættuþáttur fyrir sjálfsvíg (Botswick og Pankratz, 2000), samt sem áður fremja ekki allir sjálfsvíg sem eru með þunglyndi (McGirr o.fl., 2006). Í rannsókn McGirr o.fl. (2006) kom fram að þau þunglyndiseinkenni sem voru líklegust til að vera undanfari sjálfsvíga voru svefnleysi, þyngdartap eða minnkuð matarlyst, endurteknar hugsanir um dauða eða sjálfsvíg og að upplifa sig sem einskis virði eða með óviðeigandi sektarkennd. Á sama tíma voru þunglyndiseinkennin þreyta, erfiðleikar með að

taka ákvarðanir eða að einbeita sér, þyngdaraukning eða aukin matarlyst og mikil svefnþörf (*hypersomnia*) tengd við minni hættu á sjálfsvígi.

Geðhvarfasýki

Geðhvarfasýki er sambland af einkennum þunglyndis og oflætis, þar sem oflæti er í raun andstæða við þunglyndi. Meðal einkenna oflætis er að vera hátt uppi og ofvirkur, hafa mikla athafna- og litla svefnþörf (APA, 2000). Geðhvarfasýki er á meðal þeirra geðraskana sem tengist mikilli hættu á sjálfsvígi (Baldessarini og Tondo, 2003). Í rannsókn Chen og Dilsaver (1996) kom fram að tíðni sjálfsvígstilrauna var tæplega tvöfalt hærri hjá einstaklingum með geðhvarfasýki (29,2%) heldur en einstaklingum með þunglyndi (15,9%) en í öðrum geðrökunum var tíðnin undir 5%. Aukning á tíðni sjálfsvíga hjá sjúklingum með geðhvarfasýki og þunglyndi er mest hjá yngri einstaklingum og á fyrstu árum eftir greiningu (Ösby o.fl., 2001). Meginniðurstöður Goldstein o.fl. (2005) voru að 32% barna og unglings með geðhvarfasýki höfðu gert að minnsta kosti eina sjálfsvígstilraun. Hættan á sjálfsvígstilraunum jókst þegar einkenni geðhvarfasýki voru alvarlegri og fleiri geðraskanir til staðar. Þeir sjúklingar sem höfðu gert sjálfsvígstilraunir höfðu alvarlegra þunglyndi. Alvarleg oflætisköst (*mania episode*) greindu ekki á milli þeirra sem gerðu eða gerðu ekki sjálfsvígstilraunir.

Kvíðaraskanir

Næsta geðrökun sem verður yfirfarin eru kvíðaraskanir (*anxiety disorders*). Þær eru yfirheiti yfir fjölda raskana, þar sem megineinkenni þeirra eru óvenjulegur og óviðeigandi kvíði (APA, 2000). Sýnt hefur verið fram á tengsl á milli kvíðaraskana ungmenna og sjálfsvígshegðunar (Woodward og Fergusson, 2001). Algengt er að samsláttur sé á milli kvíðaraskana og annarra geðraskanir. Því er mikilvægt að leiðréttu fyrir áhrif annarra geðraskanir til að sjá hver séu í raun áhrif kvíðaraskana á sjálfsvígshegðun (Krueger, 1999). Var þetta gert í rannsókn Sareen o.fl. (2005) á fullorðnu fólk, þar kom fram að kvíðaraskanir eru áhættuþáttur fyrir bæði sjálfsvígshugsanir og sjálfsvígstilraunir, eftir að leiðrétt var fyrir áhrif annarra geðraskanir.

Geðklofi

Annar áhættuþáttur sjálfsvíga á meðal geðraskana er geðklofi (*schizophrenia*) (Palmer, Pankratz og Bostwick, 2005). Mégineinkenni geðklofa er geðrof, það er ástand sem einkennist af ofskynjunum og ranghugmyndum (APA, 2000). Áætlað er að 4,9% þeirra sem eru með geðklofa fremji sjálfsvíg einhvern tímamann á lífsleiðinni (Palmer o.fl., 2005). Sjálfsvígstíðni hjá einstaklingum með geðklofa er mjög há sérstaklega hjá ungum einstaklingum og fyrsta árið eftir greiningu á sjúkdómnum (Ösby o.fl., 2000). Þrátt fyrir að hættan á sjálfsvígi á meðal einstaklinga með geðklofa sé há, þá eru mjög fá tilvik af heildarfjölda sjálfsvíga á meðal unglings sem má rekja til geðklofa (Brent o.fl. 1993a; Shaffer o.fl., 1996).

Persónuleikaraskanir

Persónuleikaraskanir (*personality disorders*) er geðröskun sem býr yfir nokkrum sérstæðum eiginleikum og er einnig áhættuþáttur sjálfsvíga (APA, 2000; Duberstein og Conwell, 1997). Einkenni þeirra eru viðvarandi og leika stórt hlutverki í lífi þeirra sem þær bera (APA, 2000). Af þeim sem fremja sjálfsvíg eru 30-40% þeirra með persónuleikaraskanir. Hættan á sjálfsvígi eykst sérstaklega hjá þeim sem eru með jaðar- (*borderline*) og andfélagslega (*antisocial*) persónuleikaröskun (Duberstein og Conwell, 1997). Langflestir (95%) þeirra sem eru með persónuleikaraskanir og svípta sig lífi, hafa á sama tíma þunglyndiseinkenni, misnota vímuefni eða bæði (Isometsä o.fl., 1996). Að hafa jaðarpersónuleikaröskun og þunglyndi á sama tíma (*comorbidity*) eykur líkur á sjálfsvígstilraunum, borið saman við þá sem hafa bara jaðarpersónuleikaröskun eða þunglyndi (Soloff, Lynch, Kelly, Malone og Mann, 2000). Prefalt meiri hætta er á sjálfsvígi hjá ungmennum með persónuleikaraskanir í samanburði við þá sem eru ekki með þær. Ungmenni með klasa B raskanir (geðhrifa, sjálfssdýrkunar, jaðareða andfélagsleg persónuleikaröskun) eru í 8,5-faldri meiri hættu á að fremja sjálfsvíg en ungmenni sem eru án persónuleikaraskana, eftir að áhrif af lyndis-, hegðunarröskunum og vímuefnamisnotkun eru leiðrétt (Brent o.fl., 1994).

Hegðunarraskanir

Hegðunarraskanir (*disruptive behavior disorders*) tengjast einnig aukinni hættu á sjálfsvígi ungmenna (Brent o.fl., 1993a; Groholt o.fl., 1998; James, Lai og Dahl, 2004; Renaud, Brent, Birmaher, Chiappetta, og Bridge, 1999). Hegðunarraskanir samanstanda af móþróaþrjóskuröskun (*oppositional defiant disorder*),

hegðunarröskun (*conduct disorder*) og athyglisbrest með ofvirkni (*attention deficit hyperactivity disorder*). Hegðunarröskun samstendur af neikvæðu og andfélagslegu atferli, þar sem hótað eða ráðist er á annað fólk eða dýr, skemmdarverk framkvæmd, alvarleg brot á reglum, þjófnaður og svik (APA, 2010). Sýnt hefur verið fram á að hegðunarröskun sé áhættuþáttur fyrir sjálfsvígum ungmenna (Brent o.fl., 1993a; Groholt o.fl., 1998), þá sérstaklega ef vímuefnamisnotkun á sér stað á sama tíma (Renaud o.fl., 1999). *ADHD* tengist einnig aukinni hættu á sjálfsvígi (James o.fl., 2004). Samanstendur það af einkennum athyglisbrests, ofvirkni og hvatvísi (APA, 2010). Sýnt hefur verið fram á samband á milli *ADHD* og sjálfsvíga, þá sérstaklega hjá ungum karlmönnum. Sjálfsvígstíðni á meðal einstaklinga með *ADHD* er 0.63–0.78%. *ADHD* virðist auka hættu á sjálfsvígum hjá ungum drengjum með því að auka alvarleika annarra fylgikvilla þá sérstaklega hegðunarröskun og þunglyndi (James o.fl., 2004).

Átraskanir

Annar áhættuþáttur á meðal geðraskana sem eykur tíðni sjálfsvígshegðunar eru átraskanir (*eating disorders*) (Corcos o.fl., 2002; Brausch og Gutierrez, 2009). Átraskanir eru auðkenndar með truflunum í matarvenjum, þá með til dæmis svelti og átköstum (APA, 2000). Tíðni sjálfsvígstilrauna er há á meðal þeirra sem eru með átraskanir (Corcos o.fl., 2002). Átraskanir á meðal unglings stuðla að sjálfsvígshugsunum og þunglyndiseinkennum (Brausch og Gutierrez, 2009). Mjög sterk tengsl eru á milli öfgakenndrar þyngdarstjórnunar hjá unglingsum, við bæði sjálfsvígshugsanir og sjálfsvígstilraunir (Neumark-Sztainer, Story, Dixon og Murray, 1998). Sjálfsvíg eru aðaldánarorsök þeirra sem eru með lystarstol. Lyndisraskanir eru einnig algengur fylgikvilli hjá þessum sjúklingahópi (Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto og Tatarelli, 2004). Yfирgreining á sjálfsvígum hjá þeim sem eru með lystarstol sýna hærri meðaltals dánartíðni vegna sjálfsvíga á meðal 14-24 ára heldur en hjá almennungi (Pompili o.fl., 2004).

Lystarstolssjúklingar sem framkvæma losandi hegðun eru líklegrir til að svipta sig lífi heldur en þeir sem svelta sig eingöngu (Garner, Garner og Rosen, 1993). Há tíðni (28%) sjálfsvíga er á meðal kvenna (15 ára og eldri) með lotugræðgi. Megin munur á milli lotugræðissjúklinga með og án sögu um sjálfsvígstilraunir eru snemmkomin (*early onset*) sálarsýki (*psychopathology*), alvarlegra þunglyndi og hvatvíslari hegðun hjá þeim sem hafa gert

sjálfsvígstilraunir. Ekki er þó munur á megin einkennum og alvarleika lotugræðgis (Corcos o.fl., 2002).

Vímuefnavandi

Annar þáttur innan geðraskana sem eykur hættu á sjálfsvígum á meðal ungmenna er vímuefnavandi (*substance use disorders*) (Borowsky, Ireland og Resnick, 2001; Pirkola o.fl., 1999). Skiptist hann í vímefnamisnotkun (*substance abuse*) og vímuefnahæði (*substance dependance*). Algengt er að áfengi og önnur fíkniefni eins og kókaín, hass, amfetamín og heróín séu misnotuð (APA, 2000). Vímuefnavandi spáir fyrir um sjálfsvígstilraunir hjá ungmennum (Borowsky o.fl., 2001). Í rannsókn Henriksson o.fl. (1993) kom fram að 43% af fórnarlömbum sjálfsvíga misnotuðu áfengi eða voru með áfengissýki og 5% misnotuðu fíkniefni (Henriksson o.fl., 1993). Svipaða niðurstöðu fengu Pirkola o.fl. (1999) fyrir sjálfsvíg á meðal ungmenna, þar voru 42% sem misnotuðu áfengi. Gerðu þeir einnig samanburð á þeim einstaklingum sem svíptu sig lífi með og án áfengissýki. Þar kom fram að þau ungmenni sem höfðu áfengissýki voru líklegri til að hafa fleiri geðraskanir, sýna andfélagslega hegðun, koma frá brotinni fjölskyldu, upplifað streituvaldandi atburði og eiga í alvarlegum sálfélagslegum erfiðleikum. Einnig höfðu þau meiri tilhneigingu til að vera drukkin þegar sjálfsvígið var framið sem átti sér oftast stað um helgi. Gefur þetta til kynna að drykkjan sjálf og vikulegt mynstur hennar hafi hvort um sig stuðlað að sjálfsvíginu.

Margar eða engar geðraskanir

Að lokum er áhrif fjölda geðrænna kvilla á sjálfsvígshegðun ungmenna. Hættan á sjálfsvígi eykst með fjölda geðrænna kvilla (Beautrais o.fl., 1996). Meirihluti fórnarlamba sjálfsvíga hafa tvo eða fleiri geðsjúkdóma (Henriksson o.fl., 1993). Í rannsókn Beautrais o.fl. (1996) kom fram að rúmlega helmingur (56,6%) þeirra sem gerðu sjálfsvígstilraun uppfylltu viðmið *DSM-III-R* fyrir tvo eða fleiri geðsjúkdóma. Tíðnin er aðeins lægri hjá ungmennum í yfirgreiningu Fleischmann o.fl. (2005). Þar kom fram að 39,2% ungmenna sem svíptu sig lífi höfðu tvo eða fleiri geðsjúkdóma. Jafnfram kom fram að 11,4% ungmenna sem svíptu sig lífi voru með engan greinanlegan geðsjúkdóm á þeim tíma sem sjálfsvígið var framið. Í rannsókn Ernst o.fl. (2004) voru skoðuð fórnarlömb sjálfsvíga sem virtust án geðsjúkdóma samkvæmt sálfræðilegum krufningsrannsóknum. Niðurstöður gáfu samt sem áður til kynna að flestir höfðu geðsjúkdóm samkvæmt greiningar-

viðmiðum *DSM-IV* sem sálfræðilega krufningsrannsóknaraðferðin náði ekki að nema. Gefur þetta til kynna að næmni aðferðarinnar er ekki nægjanleg.

Fyrri sjálfsvígstilraunir og sjálfsvígshugsanir

Einn af stærstu áhættuþáttum sjálfsvíga eru fyrri sjálfsvígstilraunir (Lewinsohn, Rohde og Seeley, 1996; Shaffer o.fl., 1996). Hættan er sérstaklega mikil hjá drengjum (þrjátíuföld aukning) en hún er mun minni hjá stúlkum (þreföld aukning) (Shaffer o.fl., 1996). Í langtíma rannsókn Lewinsohn o.fl. (1994) kom fram að fyrri sjálfsvígstilraunir spáðu best fyrir um sjálfsvígstilraunir ungmenna. Einnig voru þeir unglingsar sem gerðu sjálfsvígstilraunir líklegri til að hafa sjálfsvígshugsanir. Langtímarannsóknir hafa sýnt að sjálfsvígshugsanir sem eru alvarlegri (mikill ásetningur eða áætlunargerð), langvarandi og tíðar eru líklegri til að hafa í för með sér sjálfsvígstilraunir (Lewinsohn o.fl., 1996). Um 90% ungmenna sem svipta sig lífi hafa sjálfsvígshugsanir (Andrews og Lewinsohn, 1992). Samt sem áður eru sjálfsvígshugsanir ekki alltaf undanfari sjálfsvígstilrauna þar sem um það bil einn fjórði af alvarlegum sjálfsvígstilraunum ungmenna eru gerðar í hvatvísí (Simon o.fl., 2001).

Áföll, erfiðar upplifanir og streituvaldandi atburðir

Á meðal áhættuþáttta sjálfsvíga eru áföll, erfiðir og streituvaldandi atburðir í barnæsku og á unglingsárum. Tengsl hafa fundist milli áfalla við sjálfsvígshugsanir, sjálfsvígstilraunir og sjálfsvíg hjá unglingum (Borges o.fl., 2008; Dube o.fl., 2001; Fergusson o.fl., 2000). Áföll og erfiðar upplifanir í barnæsku tvö- til fimmfalda hættuna á sjálfsvígstilraunum (Dube o.fl., 2001). Unglingar sem eiga sögu um áföll eru líklegri til hafa sjálfsvígshugsanir og gera sjálfsvígstilraunir en þeir sem eiga ekki slíka sögu. Aukning í fjölda áfalla eykur tíðni sjálfsvígshugsana og sjálfsvígstilrauna hjá unglingum. Mismunandi gerðir áfalla hafa mismikil áhrif á sjálfsvígstengda hegðun. Að vera fórnarlamb kynferðislegrar misnotkunar og annarra ofbeldistengdra atburða hefur sterkt tengsl við sjálfsvígstengda hegðun hjá unglingum. Þegar leiðrétt er fyrir áhrif geðsjúkdóma þá minnka áhrif áfalla á sjálfsvíg en áhrifin eru samt sem áður marktæk. Gefur það til kynna að tengsl sjálfsvíga við áföll eins og til dæmis nauðganir er ekki hægt að skýra eingöngu út frá geðrænum kvillum (Borges o.fl., 2008). Einnig eru ákveðnir streituvaldandi lífsatburðir líklegri til að eiga sér stað sama ár og sjálfsvíg er framið hjá

ungmennum, borið saman við samanburðarhóp (*matched community controls*). Þar á meðal eru rifrildi (*interpersonal conflict*) við foreldra eða ástvin, sambandsslit og að komast í kast við löginn (Brent o.fl., 1993b).

Fjölskyldupbættir

Einnig hefur verið sýnt fram á að sjálfsvígshegðun liggi í fjölskyldum. Börn foreldra sem hafa sjálfsvígshugsanir og gera sjálfsvígstilraunir eru í aukinni hættu á gera slíkt hið sama. Þegar þessi tengsl eru leiðrétt fyrir geðsjúkdóma þá eru þau samt sem áður marktæk sem gefur til kynna að ekki er hægt að skýra tengslin að fullu með geðsjúkdómum (Goodwin, Beautrais og Fergusson, 2004). Af þeim ungmennum sem svipta sig lífi eru 72% þeirra í nánum tengslum við einhvern sem sýnir sjálfsvígshegðun. Hvað varðar sögu um sjálfsvígshegðun innan fjölskyldu, þá eiga 40% karlmannna og 31% kvenna sem fremja sjálfsvíg slíka sögu (Runeson, 1998). Börn sem alast upp við erfiðar fjölskylduaðstæður í barnæsku eru í aukinni áhættu á að sýna sjálfsvígshegðun seinna meir (Fergusson o.fl., 2000). Þar á meðal að hafa upplifað skilnað foreldra, misst foreldra, eiga foreldra með áfengissýki og misnota fíkniefni, eiga fjölskyldusögu um geðræn veikindi, vera frá fjölskyldum þar sem eru tíðar og alvarlegar ofbeldisfullar refsingar og eiga foreldra sem sýna glæpsamlega hegðun (Agerbo, Nordentoft og Mortensen, 2002; Fergusson o.fl., 2000). Talið er að geðrænir kvillar hafi milligöngu í tengslum milli fjölskylduerfiðleika og sjálfsvígshegðunar hjá ungmennum (Fergusson o.fl., 2000).

Félagslegir þættir

Fjöldi félagslegra og lýðfræðislegra (*demographic*) þátta spá fyrir um sjálfsvígshugsanir, sjálfsvígstilraunir og sjálfsvíg á meðal ungmenna. Mikilvægt er þegar félagslegir áhættuþættir sjálfsvíga eru rannsakaðir, að skoða á sama tíma áhrif geðsjúkdóma og öfugt. Því þær rannsóknir sem skoða félagslega áhættuþætti sjálfsvíga og taka ekki geðsjúkdóma með inn í reikninginn eru líklegri til að fá niðurstöður sem fela í sér samslátt (*confounded*). Þar af leiðandi geta þær ofmetið áhrif félagslegra áhættuþátta (Mortensen, Agerbo, Erikson, Qin og Westergaard-Nielsen, 2000). Félagslegir þættir eins og að vera fædd/ur af móður á unglingsaldri, að eiga foreldra sem eru einstæðir, að eiga móður sem er innflytjandi, að vera frá fjölskyldu með lága félagslega stöðu, lág menntunarstaða

foreldra eða ungmenna og að eiga fjölskyldusögu um atvinnuleysi eykur hættu á sjálfsvígum (Agerbo o.fl., 2002; Fergusson o.fl., 2000; Lewinsohn o.fl., 1994).

Samkynhneigð

Samkynhneigð ungmenna er einn af félagslegum áhættuþáttum fyrir sjálfsvígshugsanir, sjálfsvígstilraunir og sjálfsvíg (Borowsky o.fl., 2001; Garofalo, Wolf, Wissow, Woods og Goodman, 1999; Russell og Joyner, 2001). Einnig ungmenni sem eru tvíkynhneigð eða þau sem ekki eru viss um kynhneigð sína, eru í aukinni hættu á að gera sjálfsvígstilraunir (Garofalo o.fl., 1999). Áhrif kynhneigðar á sjálfsvígshegðun er talin vera miðluð áfram af öðrum sjálfsvígsáhættuþáttum. Þar á meðal eru þunglyndi, vonleysi, misnotkun áfengis, nýleg sjálfsvígstilraun meðal jafningja eða fjölskyldumeðlims og að verða fyrir einelti (Russell og Joyner, 2001).

Fjölmiðlar og sjálfsvígskeðjur

Áhrif fjölmiðla og myndun sjálfsvígskeðja eru síðustu áhættuþættirnir sem eru skoðaðir innan félagslegra þátta. Sjálfsvígskeðjur (*suicide contagion*) fela í sér að tíðni sjálfsvíga eykst í tíma og rúmi, á þann hátt að sjálfsvígshegðun berst í gegnum hópa. Þær myndast þegar einhver fremur sjálfsvíg eða sýnir sjálfsvígshegðun innan fjölskyldu, á meðal jafningja, eða við umfjöllun fjölmiðla um sjálfsvíg (Gould, Wallenstein, Kleinman, O'Carroll og Mercy, 1990; Gould, Jamieson og Romer 2003; Gould, 2006; Pirkis og Blood, 2001). Eftirhermu sjálfsvíg (*imitative suicide*) sem fylgja í kjölfar fjölmiðlaumfjöllunar um sjálfsvíg, eru þekkt sem „*Werther* áhrifin“. Nafn áhrifanna er dregið af skáldsögu Goethe's, *The Sorrows of Young Werther*, þar sem að eftir útgáfu hennar varð mikil aukning á tíðni sjálfsvíga (Gould, 2006). Samt sem áður hafa verið uppi deilur um tengsl fjölmiðlaumræðu um sjálfsvíg við aukningu á tíðni sjálfsvíga. Þar sem summar rannsóknir sýna fram á samband þar á milli (t.d. Philips, 1974, 1979; Pirkis og Blood, 2001; Schmidtke og Hafner, 1988), aðrar telja sambandið vera afskaplega veikt (Goldney, 2001) og enn aðrar telja að það séu ekki tengsl þar á milli (Kessler, Downey, Milavsky og Stipp, 1988). Sjálfsvígskeðjur eiga sér fyrst og fremst stað á meðal ungmenna. Áhrif af sjálfsvígskeðjum á meðal ungmenna eru hlutfallslega lítil og talið er að 1-2% af sjálfsvígum á meðal ungmenna hafi átt sér stað í sjálfsvígskeðjum. Þegar skoðuð eru fræðileg áhrif sjálfsvígskeðja er miklilvægt að

taka með inn í reikninginn tímabundnar sveiflur í tíðni sjálfsvíga og mögulegar tilviljanir (Gould o.fl., 1990).

Líffræðilegir þættir

Gerðar hafa verið margar rannsóknir á taugalíffræði sjálfsvígshegðunar og hafa nokkrir líffræðilegir þættir verið tengdir við aukna áhættu á sjálfvígum. Rannsóknum á ungmennum á þessu sviði er ábótavant (Mann, 2003). Farið verður sérstaklega yfir líffræðileg kerfi, erfðaþætti, sjúkdóma og heilsutengda þætti.

Líffræðileg kerfi

Nokkur líffræðileg kerfi gætu varðað sjálfsvígshegðun. Rannsóknir hafa sýnt fram á tengsl milli sjálfsvíga og breytinga í virkni taugaboðefna (Mann, 2003). Breytingar í virkni eða vanvirkni taugboðefnisins serótóníns (*5-HT*) hefur verið mikið rannsakað (Ernst, Mechawar og Turecki, 2009; Turecki, 2005). Lágt magn serótóníns *metabolite 5-hydroxyindoleacetic acid (CSF 5HIAA)* í mænuvökva getur spáð fyrir um sjálfsvígstilraunir og sjálfsvíg (Nordström o.fl., 1994). Einnig hafa fundist fleiri *5-HT_{2A}*-viðtakar í framheilaberki (*prefrontal cortex*) hjá fórnarlömbum sjálfsvíga (Oquendo o.fl., 2006). Þessi aukning á *5-HT_{2A}*-viðtökum hefur einnig verið fundin í framheilaberki og dreka (*hippocampus*) hjá unglungum sem hafa svipt sig lífi (Pandey o.fl., 2002). Fleiri líffræðilegir þættir hafa verið tengdir við aukna hættu á sjálfsvígum, eins og til dæmis ofvirkni (*hyperactivity*) í undirstúku-heiladinguls-nýrnahettuboðleiðinni (*hypothalamic-pituitary-adrenal axis*) (Jokien o.fl., 2007) og lágor styrkur kólesteróls (Partonen, Haukka, Virtamo, Taylor og Lönnqvist, 1999).

Erfðaþættir

Annar líffræðilegur þáttur sem hefur verið tengdur við sjálfsvíg eru erfðir. Rannsóknir hafa leitt í ljós að sjálfsvígshegðun liggi í fjölskyldum og gefur til kynna að það sé mögulegt samband á milli erfða og sjálfsvígshegðunar (Turecki, 2001). Áhættan af sjálfsvígstilraunum eða sjálfsvígum er hærri hjá eftirlifanda eineggja tvíbura eftir að tvíbura systir/bróðir hefur svipt sig lífi samanborið við tvíeggja tvíbura. Bendir þetta til um mögulegan þátt erfða í sjálfsvígshegðun (Roy, Segal og Sarchiapone, 1995). Talið er mjög ólíklegt að gen hafi bein áhrif á sjálfsvígshegðun, frekar er talið að samband gena og sjálfsvígshegðunar sé miðlað áfram af milliaðilum, svipgerðum (*phenotypes*) (Ernst o.fl., 2009; Turecki, 2005).

Sjúkdómar og heilsutengdir þættir

Að lokum í líffræðilegum þáttum er farið yfir sjúkdóma og heilsutengda þætti sem taldir eru vera áhættuþættir sjálfsvíga. Nokkrir meinafræðilegir kvíllar eru tengdir við aukna áhættu á sjálfsvígi. Þeirra á meðal eru flogaveiki (Christensen, Vertergaard, Mortensen, Sidenius og Agerbo, 2007), alnæmi (Mancoske, Wadsworth, Dugas og Hasney, 1995) og *Huntington* sjúkdómur (Schoenfeld, Myers, Cupples, Berkman, Ssax og Clark, 1984). Einnig hefur verið sýnt fram á að heildar svefnferfiðleikar (*overall sleep disturbance*), svefnleysi (*insomnia*) og ofsyfja (*hypersomnia*) auki hættu á sjálfsvígi ungmenna (Goldstein, Bridge og Brent, 2008).

Persónuleika- og hugrænir þættir

Persónuleika- og hugrænir þættir eru síðasta viðfangsefnið um áhættuþætti sjálfsvíga á meðal ungmenna. Rannsóknir hafa gefið til kynna að það séu tengsl á milli sjálfsvígshegðunar hjá ungmennum og fjölda persónuleika- og hugrænna þátta. Þeirra á meðal er hátt skor á mælingum á taugaveiklun (*neuroticism*), ytri eignun stjórnrótar (*external attributional of locus of control*), vonleysi (*hopelessness*), innhverfa (*introversion*), hvatvísni, árásargirni (*aggression*), ofbeldiskennd hvatvísni (*impulsive violence*), áhættusækinni hegðun (*novelty seeking behaviours*), en lágt skor á mælingum á sjálfstrausti og færni í verkefnalausn (*interpersonal problem-solving skills*) (Beautrais, Joyce og Mulder, 1999; Brent o.fl., 1994; Fergusson, Beautrais og Horwood, 2000; Garrison, McKeown, Valois og Vincent, 1993; Rotheram-Borus og Trautman, 1990). Mögulega eru tvær leiðir þar sem að persónuleikapættir geta haft áhrif á sjálfsvíg. Í fyrsta lagi geta þessir þættir verið tengdir við aukna áhættu á geðsjúkdómum. Til dæmis er búið að sýna fram á að einstaklingur sem skorar hátt í mælingum á taugaveiklun eða vonleysi er í aukinni áhættu á að fá kvíðaröskun og þunglyndi. Báðir þessir geðsjúkdómar hafa tengsl við sjálfsvígshegðun. Í öðru lagi geta persónuleikapættir haft áhrif á hvernig einstaklingur bregst við sálfélagslegum streituvöldum. Til dæmis einstaklingur sem skorar hátt í mælingum fyrir hvatvísni eða árásargirni er líklegri til að sýna sjálfsskaðandi hegðun þegar hann lendir í mótlæti (Beautrais, 2003a).

Verndandi þættir

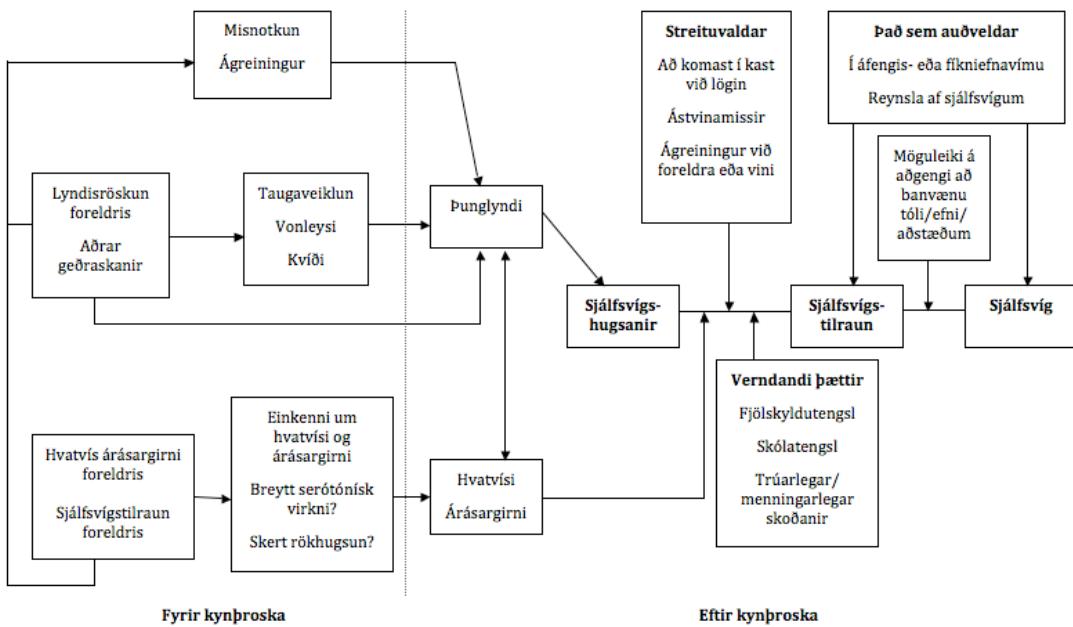
Mikilvægt er að skoða bæði verndandi þætti (*protective factors*) og áhættuþætti þegar verið er að meta hættu á sjálfsvígi, þar sem að þessir tveir þættir haldast í hendur (Fergusson o.fl., 2003). Áhugi á verndandi þáttum og þrautseigju (*resilience*) hefur verið vaxandi í rannsóknum á sjálfsvígum ungmenna (Beautrais, 2003a; Donald, Dower, Correa-Velez og Jones, 2006; Fergusson o.fl., 2003; Sharaf, Thompson og Walsh, 2009). Þeir hjálpa til við að sporna gegn sjálfsvígshegðun með því að minnka líkur á byrjun og framgangi sjálfsvígshugsana sem geta leitt til sjálfsvígstilrauna (Borowsky o.fl., 2001). Verndandi þættir hafa áhrif á sjálfsvígshegðun á tvenns konar hátt. Í fyrsta lagi með því að koma í veg fyrir hegðun sem gæti leitt til sjálfsvígshegðunar. Í öðru lagi með því að stuðla að hegðun sem gæti komið í veg fyrir sjálfsvígshegðun (Blum og Nelson-Mmari, 2005). Meðal verndandi þátta hjá ungmennum sem hafa áhrif á sjálfsvígshegðun er að hafa gott sjálfstraust, góðan stuðning fjölskyldu (Sharaf o.fl., 2009), góða úrræðahæfni (*problem solving skills*) og sjálfstjórn (*locus of control*) (Donald o.fl., 2006), jákvætt samband milli skóla og barns, trúarlegar og menningarlegar skoðanir séu á móti sjálfsvígum, jákvætt samband milli foreldris og barns, virkt eftirlit foreldris og miklar væntingar til hegðunar og náms (Borowsky o.fl., 2001).

Líkön um sjálfsvígshegðun

Í líkönnum um sjálfsvígshegðun er reynt að kortleggja sjálfsvígshegðun og helstu áhættuþættir dregnir saman og fundin tengsl á milli þeirra. Þannig sést betur hvaða þættir stuðla mögulega að sjálfsvígshegðun, sem hægt er að nýta þegar reynt er að sporna gegn sjálfsvígum með forvörnum.

Proska-færslulíkan

Bridge, Goldstein og Brent (2006) bjuggu til þroska-færslulíkanið (*developmental-transactional model*) fyrir sjálfsvígshegðun ungmenna. Með því er fræðilega hægt að bera kennsl á undanfara sjálfsvígshegðunar hjá ungmennum og þróa inngríp til að minnka líkur á hugsanlegum sjálfsvígum.



Mynd 5. Þroska-færslulíkan (Bridge o.fl., 2006).

Samkvæmt þroska-færslulíkaninu getur sjálfsvígshegðun komið fram vegna samvirkni á milli tveggja veikleikaþátta (*vulnerabilities*). Sá fyrri er alvarleg geðrökun sem eru oftast lyndisraskanir. Sá seinni er tilhneiting til að vera með hvatvísa árásargirni, sem gæti haft tengsl við frávik í taugalíffræðilegri virkni, eins og í taugaboðefninu serótónín (Bridge o.fl., 2006).

Talið er að margir af þeim þáttum sem koma fram snemma og tengjast sjálfsvígshegðun séu fjölskyldutengdir. Sést það á líkaninu (sjá mynd 5) hvernig áhættuþættir yfirfærast frá foreldrum til barna þá bæði út frá erfða- og umhverfisþáttum. Sjaldgjæft er að sjálfsvígshegðun komi fram áður en kynþroskaskeið hefst. Telja Bridge o.fl. (2006) ástæðu þess vera hve fremur fátítt er að lyndisraskanir greinast fyrir kynþroskaaldur, en þær eru einar af helstu áhættuþáttum sjálfsvíga hjá ungmennum (Beautrais, 2000; Fleischmann o.fl., 2005; Nock o.fl., 2008). Mögulega koma þó fram önnur einkenni hjá börnum fyrir kynþroskaaldur sem benda til lyndisraskanna, á meðal einkenna eru hvatvísi árásargirni, kvíði, taugaveiklun og vonleysi. Eftir kynþroskaaldur aukast líkur á sjálfsvígshegðun til muna, þegar að lyndisraskanir, hvatvísi og árásargirni eiga sér stað á svipuðum tíma. Sjálfsvígshegðun getur samt sem áður átt sér stað þrátt fyrir að lyndisraskanir og hvatvísi séu ekki til staðar, en miklu líklegra er að hún komi fram ef að þessir þættir eru fyrir (Bridge o.fl., 2006).

Eins og fram kemur á mynd 5 þá eru sjálfsvígshugsanir oftast undanfari sjálfsvígstilrauna. Ef bæði sjálfsvígshugsanir og hvatvis árásárgirni eru til staðar, þá aukast líkur enn fremur á að sjálfsvígshegðun eigi sér stað. Einnig geta öflugir streituvaldar eins og persónuleg vandamál, dauðsföll eða glæpsamleg athæfi aukið líkur á því að ungmenni sem eru með sjálfsvígshugsanir hegði sér samkvæmt þeim. Að sama skapi eykur vímuefnaneysla og reynsla af sjálfsvígum líkur á því að sjálfsvígshegðun komi fram (Lewinsohn o.fl., 1994). Fleira kemur þó til, eins og þegar ákveðnar aðstæður eru til staðar eða byssa er í nálægð. Til mótvægis þessum áhættuþáttum eru verndandi þættir sem hjálpa meðal annars til við að koma í veg fyrir sjálfsvígshegðun. Jafnframt minnka þeir líkur á að sjálfsvígshugsanir fari af stað sem geta leitt til sjálfsvígstilrauna. Dæmi um verndandi þætti eru gott samband milli foreldris og barns og miklar væntingar til hegðunar og náms (Borowsky o.fl., 2001).

Samantekt á áhættuþáttum sjálfsvíga

Mikilvægt er að finna rót vandans, hvað knýr ungmenni til slíkra hugsana og gjörða, svo hægt sé að búa til árangursríka forvörn. Brugðist hefur verið við því með að athuga þá áhættuþætti sem auka líkur á að ungmenni geri tilraun til eða fremji sjálfsvíg (Pelkonen og Marttunen, 2003). Fjöldi þáttta eykur líkur á sjálfsvígi ungmenna (Waldvogel o.fl., 2008) og þar virðast geðraskanir vera stærsti þátturinn. Um 90% ungmenna sem svipta sig lífi hafa að minnsta kosti einn geðrænan kvilla, jafnvel er talið að sú tíðni sé hærri (Fleischmann o.fl., 2005; Ernst o.fl., 2004). Margar geðraskanir auka líkur á sjálfsvígshegðun á meðal ungmenna, þeirra á meðal eru lyndisraskanir (Beautrais, 2000), kviðaraskanir (Woodward og Fergusson, 2001), geðklofi (Shaffer o.fl., 1996), persónuleikaraskanir (Brent o.fl., 1994), hegðunarraskanir (Brent o.fl., 1993a), átraskanir (Brausch og Gutierrez, 2009) og vímuefnavandi (Borowsky o.fl., 2001).

Af þeim eru lyndisraskanir taldar vera einn stærsti áhættuþáttur sjálfsvíga á meðal ungmenna (Beautrais, 2000; Fleischmann o.fl., 2005; Nock o.fl., 2008). Eitt sem undirstrikar stærð áhættuþáttarins lyndisraskana, er að ef hægt væri að útrýma þeim þá myndi líklega tíðni alvarlegra sjálfsvígstilrauna minnka allt að 80% (Beautrais, 1996). Þunglyndi virðist vera sá þáttur innan lyndisraskana sem leikur stórt hlutverk í sjálfsvígshegðun ungmenna, því meira en helmingur ungmenna sem fremja sjálfsvíg hafa þunglyndi (Cavanagh o.fl., 2003; Lesage o.fl., 1994).

Þáttur þunglyndis í sjálfsvígshegðun er bersýnilegur þegar meðal annars eru skoðuð greiningarviðmið þunglyndis, þar sem eitt af einkennum þess eru sjálfsvígshugsanir (APA, 2000). Mikilvægi þunglyndis kemur einnig fram þegar geðhvarfaröskun er athuguð á meðal ungra sjálfsvígstilraunir og þeirra sem gera það ekki, aftur á móti greina alvarleg oflætisköst ekki á milli þeirra (Goldstein o.fl., 2005). Samsláttur er á milli annarra geðraskana sem tengjast aukinni hættu á sjálfsvígi og þunglyndi, þar á meðal eru persónuleikaraskanir, *ADHD* og átraskanir (Isometsä o.fl., 1996; James o.fl., 2004; Pompili o.fl., 2004). Miðað við framangreinda umræðu sést hversu mikilvægt er að útbúa forvarnir sem beinast að þeim ungmennum sem þjást af þunglyndi.

Annar umtalsverður áhættuþáttur sjálfsvíga hjá ungmennum er vímuefnavandi. Þar sem næstum helmingur fórnarlamba sjálfsvíga misnota vímuefni. Að sama skapi eru þau ungmenni sem hafa áfengissýki og fremja sjálfsvíg líklegri til að hafa fleiri geðraskanir og aðra félagslega áhættuþætti en þau sem misnota ekki vímuefni en svipta sig lífi (Pirkola o.fl., 1999). Bendir þetta til að vímuefnavandi og aðrar geðraskanir eins og til dæmis þunglyndi haldist í hendur. Þannig að þau ungmenni sem eiga við bæði vímuefnavanda og þunglyndi að etja, ættu að vera sá áhættuhópur sem sérstaklega þarf að beina forvörnum að. Átraskanir eru líka annar stór áhættuþáttur þá aðallega á meðal stúlkna, þá sérstaklega þeirra sem hafa lystarstol og nota losandi aðferðir (Garner o.fl., 1993). Einnig virðast persónuleikaraskanir þá aðallega jaðar- og andfélagsleg persónuleikaröskun auka hættu á sjálfsvígi á meðal ungmenna (Brent o.fl., 1994; Duberstein og Conwell, 1997). Hér eru einnig tveir aðrir þættir sem þarf að hafa í huga þegar útbúnar eru sjálfsvígssforvarnir. Hætta á sjálfsvígi eykst með fjöldu geðrænna kvilla og tæplega helmingur þeirra sem sviptir sig lífi eru með two eða fleiri (Beautrais o.fl., 1996; Fleischmann o.fl., 2005). Því er nauðsynlegt að taka tillit til fjölda geðrænna kvilla við gerð forvarnaverkefna. Út frá þessu sést hversu mikilvægt er að beina forvörnum sérstaklega að þeim ungmennum sem eru með geðraskanir.

Það eru þó fleiri þættir en geðraskanir sem auka líkur á sjálfsvígshegðun hjá ungmennum. Einn af stærstu áhættuþáttum sjálfsvíga eru fyrri sjálfsvígstilraunir og sjálfsvígshugsanir, það liggur beinast við að svo sé (Lewinsohn o.fl., 1996; Shaffer

o.fl., 1996). Þar sem sjálfsvígstilraunir eru orsök allra sjálfsvíga væri óeðlilegt að fyrri sjálfsvígstilraunir væru ekki einn af stærstu áhættuþáttunum. Að sama skapi eru sjálfsvíghugsanir í flestum tilvikum til staðar hjá ungmennum sem fremja sjálfsvíg (Andrews og Lewinsohn, 1992). Við athugun á þáttum sem þessum er brýnt að rugla ekki saman hverjar eru orsakir og ástæður sjálfsvíga. Mikilvægt er í þeim eftum að skoða hverjar eru ástæður sjálfsvíga, því það liggar í augum uppi hverjar séu orsakir þeirra, sjálfsvígstilraunir framkvæmdar á banvæna vegu.

Þættir eins og áföll, erfiðar upplifanir og streituvaldandi atburðir hafa tengsl við sjálfsvígshegðun (Borges o.fl., 2008; Dube o.fl., 2001; Fergusson o.fl., 2000). Að einhverju leyti er hægt að skýra hluta tengslana með geðröskunum, en þó ekki að öllu. Því er brýn þörf á að hlúa vel að þeim sem verða fyrir áföllum og veitt sé viðveigandi meðferð, með tilliti til alvarleika þeirra, til þess að reyna að koma í veg fyrir mögulega sjálfsvígshegðun (Borges o.fl., 2008). Ein mjög alvarleg staðreynd er að 72% ungmenna sem svipta sig lífi eru í nánum tengslum við einhvern sem sýnir sjálfsvígshegðun (Runeson, 1998). Hér geta verið margir samverkandi þættir eins og samskonar þáttur erfða (Turecki, 2001), sömu slæmu félagslegu aðstæðurnar (Agerbo o.fl., 2002; Fergusson o.fl., 2000; Lewinsohn o.fl., 1994) og/eða sá skaði sem eftirlifendur hljóta við slíkt athæfi (Knieper, 1999). Einn annar þáttur sem ritgerðahöfundar telja að mögulega leiki stórt hlutverk, er upplifun á að einhver náinn noti aðferð eins og sjálfsvíg til að takast á við erfiðleika lífsins. Með því skapa þeir fordæmi fyrir þá sem eftir sitja hvaða leið sé hægt að velja þegar allt er orðið svart. Væri þetta rannsóknarefnni út af fyrir sig. Hér er því einn annar áhættuhópur sem þarf sérstaklega að beina forvörnum að.

Fjöldi félagslegra þátta tengjast sjálfsvígi (Agerbo o.fl., 2002; Fergusson o.fl., 2000; Lewinsohn o.fl., 1994). Veita þeir upplýsingar um einn af þeim áhættuhópum sem er hættara við sjálfvíg. Þarf þó að skoða þá í samhengi við geðraskanir, þar sem að samsláttur getur verið á milli þeirra (Mortensen o.fl., 2000). Mikilvægt er að hafa þá félagslegu þætti til hliðsjónar sem auka líkur á sjálfsvígi við gerð forvarna. Nokkrir líffræðilegir þættir og sjúkdómar hafa einnig tengsl við sjálfsvígshegðun (Christensen o.fl., 2007; Ernst o.fl., 2009; Mancoske o.fl., 1995; Schoenfeld o.fl., 1984; Turecki, 2005). Skoða þarf nánar hlut líffræðilegra þátta í sjálfsvígshegðun ungmenna, til að hægt sé að finna nýjar og bættari leiðir til að sporna við henni. Einnig er mikilvægt að fylgjast með geðheilsu þeirra sem hafa alvarlega undirliggjandi sjúkdóma. Fjöldi persónuleika- og

hugrænna þátta spá einnig fyrir um sjálfsvígshegðun, þar eru þættir eins og árásargirni, hvatvísí og vonleysi (Beautrais o.fl., 1999; Brent o.fl., 1994; Fergusson o.fl. 2000; Garrison o.fl., 1993; Rotheram-Borus og Trautman, 1990). Mögulega eru tvær leiðir þar sem persónuleikaþættir hafa áhrif á sjálfsvígshegðun. Annars vegar, með því að auka líkur á geðröskunum sem tengjast sjálfsvígshegðun og hins vegar auka líkur á sjálfsvígshegðun þegar tekist er á við mótlæti (Beautrais, 2003a). Því er mikilvægt að styðjast við þessa þætti í gerð forvarnaverkefna. Jafnframt er mikilvægt að skoða verndandi þætti þegar meta á hættu á sjálfvígí, þar sem að þeir haldast í hendur við áhættuþætti (Fergusson o.fl., 2003). Veita þeir upplýsingar um hvaða þætti á að reyna að bæta hjá þeim sem eru í hættu á að fremja sjálfsvíg.

Í þroska-færslulíkaninu eru áhættuþættir og verndandi þættir settir upp á heildrænan hátt og veita þeir góða yfirsýn yfir samspil þessara þátta (Bridge o.fl., 2006). Þar kemur fram að margir af þeim þáttum sem koma fram snemma og tengjast sjálfsvígshegðun séu fjölskyldutengdir. Jafnframt að sjálfsvígshegðun aukist til muna eftir kynþroskaaldur, þegar lyndisraskanir, hvatvísí, og árásargirni eiga sér stað á svipuðum tíma. Þess vegna væri skynsamlegt að byrja að sporna gegn sjálfsvígum áður en kynþroski hefst hjá börnum. Sýnir líkanið fjölda annarra þátta sem auka líkur á sjálfsvígshegðun á meðal ungmenna eins og streituvaldandi atburði, vímuefnaneyslu, aðgengi að banvænum tólum, sjálfsvígshugsanir og fleira. Einnig þá verndandi þætti sem geta minnkað líkur á að sjálfsvígshugsanir fari af stað. Er því mikilvægt að skoða þessa þætti á heildrænan hátt til að átta sig betur á tengslum þeirra á milli sem hægt væri að nýta við gerð forvarnaverkefna.

Forvarnir

Enskur lögfræðingur, Henry de Bracton að nafni, ritaði fyrir sjö öldum „, að eitt gramm af forvörnum jafngilti einu kílógrammi af lækningu“ (Patton, 2008). Undirstrika þessi orð mikilvægi forvarna. Hlutverk þeirra gegn sjúkdómum og geðröskunum eru skilgreind í lýðheilsulíkaninu (*public health model*). Eru hlutverk forvarna meðal annars að gera faraldsfræðilegt mat á afmörkuðu vandamáli, greina áhættuþætti tengda vandamáli, beita inngrípum til að minnka eða koma í veg fyrir áhrif áhættuþátta, auka áhrif verndandi þátta og fylgjast með áhrifum þeirra inngrípa sem beitt er á útbreiðslu (*incidence*) og nýgengi (*prevalence*) ákveðins

sjúkdóms eða geðræns kvilla (Hawkins, Catalano og Arthur, 2002). Forvarnir gegn sjálfsvígum ungmenna fela í sér að minnka líkur á að ungmenni geri sjálfsvígs-tilraun. Hlutverk þeirra er tvíþætt, annars vegar að finna þá sem eru í áhættu á sjálfsvígi og beina þeim í viðeigandi meðferð og hins vegar að draga úr áhættuþáttum sjálfsvíga (CDC, 1994).

Við gerð, framkvæmd og mat á árangri sjálfsvígsforvorna er mikilvægt að þær byggist á ákveðnum forsendum og að sett séu fram skýr markmið með þeim (Mazza, 1997). Skiptast þær upp í þrjú stig, fyrsta, annars og þriðja stigs forvarnir (Waldvogel o.fl., 2008).

Fyrsta stigs forvörn

Fyrsta stigs forvarnir fela í sér almennar fyrirbyggjandi aðgerðir, á þann hátt að auka almenna vitund á ákveðnu málefni og kennslu sem beint er að ungmennum. Hægt er að skipta þeim niður í þrjá aðalflokka. Þeir eru sjálfsvígsvitund (*suicide awareness*), færniþjálfun (*skill-based enhancement*) og takmörkun að aðgengi banvænna aðstæðna, tóla, og efna til sjálfsvígs (Waldvogel o.fl., 2008).

Sjálfsvígsvitund

Sjálfsvígsvitund er fyrsta stigs forvörn og meginmarkmið hennar er að auka vitund á sjálfsvígshegðun. Jafnframt að kenna ungmennum að bera kennsl á áhættuþætti sjálfsvíga, hvernig og hvar á að leita sér hjálpar. Einnig er hlutverk sjálfsvígsvitundar-verkefna að minnka fordóma gagnvart geðsjúkdómum og sjálfsvígum (Mann o.fl., 2005). Forsandan fyrir verkefninu er að unglingar eru líklegri til að leita eftir stuðningi hjá jafningum en fullorðnum þegar þeir kljást við sjálfsvígshugsanir (Kalafat og Elias, 1994; Mann o.fl., 2005). Stuðst er við þekkingu á fræðilegum orsökum og áhættuþáttum sjálfsvígshegðunar, þá sérstaklega á geðrænum kvellum. Dæmi um eitt slíkt verkefni á Íslandi er *Pjóð gegn þunglyndi* sem beinir sjónum sínum að einum stærsta áhættuþætti sjálfsvíga, þunglyndi. Er það ekki sérstaklega ætlað ungmennum heldur beinist að almenningi (Landlæknisembættið, e.d.).

Færniþjálfun

Færniþjálfun er fyrsta stigs forvarnaverkefni sem miðar að því að auka færni og kunnáttu ungmenna á ákveðnum hugrænum þáttum. Með það að markmiði að

valda ónæmingaráhrifum gagnvart sjálfsvígshugsun og sjálfsvígshegðun (Gould og Kramer, 2001). Forsendan fyrir færniþjálfun er að rannsóknir hafa sýnt að ungmenni sem gera tilraun til eða fremja sjálfsvíg sýna minni færni á ákveðnum hugrænum sviðum (Beautrais o.fl., 1999; Rotheram-Borus og Trautman, 1990). Færniþjálfun fer vanalega fram í skólum (Gould og Kramer, 2001).

Takmörkun að aðgengi banvænna aðstæðna, tóla, og efna

Á meðal fyrsta stigs forvarna er takmörkun að aðgengi banvænna aðstæðna, tóla, og efna. Markmið með forvörninni er að lækka tíðni sjálfsvíga og sjálfsvígstilrauna með því að minnka aðgengi að skotvopnum, lyfjum og öðrum algengum leiðum til sjálfsvígs (CDC, 1994). Forsendan fyrir forvörninni er að ungmenni sem sýna sjálfsvígshegðun eru oft hvatvís (Bridge o.fl., 2006) og á báðum áttum hvort þau eigi að svipta sig lífi (Shaffer, Garland, Gould, Fischer og Trautman, 1988). Þar af leiðandi eykur takmörkunin líkur á að ungmenni í sjálfsvígshug geti ekki aðhafst (Kreitman, 1976; Webster, Vernick, Zeoli og Manganello, 2004).

Annars stigs forvarnir

Annars stigs forvarnir snúast um að greina þá sem eru í hættu á sjálfsvígi og viðbrögð við sjálfsvígshættu. Á meðal annars stigs forvarnaverkefna eru skimanir, hliðvarðaþjálfun (*gatekeeper training*) og fjölmíðlafræðsla (Waldvogel o.fl., 2008).

Skimanir

Skimanir eru annars stigs forvörn sem fela í sér að nota spurningalistu og önnur skimunartæki til að greina þau ungmenni sem eru í hættu á sjálfsvígi (CDC, 1994). Skimað er eftir sjálfvígshegðun og/eða áhættuþáttum sjálfsvíga (Mann o.fl., 2005). Vangreining á sjálfsvígshegðun ungmenna er forsendan fyrir forvörninni (Gould og Kramer, 2001). Þar af leiðandi er markmið skimana að finna þau ungmenni sem eru í hættu á sjálfsvígi, setja þau í frekara mat og veita þeim viðeigandi meðferð (CDC, 1994). Jafnframt er hægt að nota skimanir til að meta árangur forvarnaverkefna, þar sem þær geta mælt breytingar í hegðun og/eða viðhorfum yfir tíma (CDC, 1994).

Hliðvarðaþjálfun

þjálfun hliðvarða er annað verkefni sem snýr að þjálfun starfsfólks skóla, heilbrigðiskerfis og samfélagsins (til dæmis lögreglu og presta) til að bera kennsl á ungmenni sem eru í sjálfsvígshættu og vísa þeim áfram til viðeigandi meðferðaraðila (CDC, 1994). Forsendan fyrir forvörninni er að ungmenni í sjálfsvígshug eru vangreind. Þannig að markmið forvarnar er að auka líkur á að borin séu kennsl á þau ungmenni sem eru í sjálfsvígshugleiðingum með því að auka þekkingu hliðvarða á sjálfsvígum (Gould og Kramer, 2001).

Fjöldiðlafræðsla

Að lokum innan annars stigs forvarna er fjöldiðlafræðsla. Markmiðið er að minnka líkur á sjálfsvígsbylgjum eða sjálfsvígskeðjum. Meginforsenda fyrir beitingu hennar er að sýnt hefur verið fram á tengsl á milli fjöldiðlaumfjallana og keðju sjálfsvíga á meðal ungmenna (Gould, 2001). Forvörnin snýst um að fræða starfsfólk fjöldiðla um sjálfsvígsbylgjur og hvernig má minnka áhrif þeirra. Einnig er áhersla lögð á jákvætt hlutverk fjöldiðla í að fræða almenning um áhættuþætti sjálfsvíga og aðrar upplýsingar tengdar sjálfsvígum (Waldwogel o.fl., 2008).

Priðja stigs forvarnir

Tilgangur þriðja stigs forvarna er að veita úrræði fyrir þá sem hafa sjálfsvígshugsanir og gert hafa sjálfsvígstilraunir. Einnig að lágmarka afleiðingar sjálfsvíga með því að veita aðstandendum fórnarlamba sjálfsvíga aðstoð. Á meðal þriðja stigs forvarna eru áfallateymi (*crisis intervention*), hjálparlínur (*hotlines*) og neyðarathvörf (*crisis centers*) (Waldwogel o.fl., 2008).

Áfallateymi

Áfallateymi er þriðja stigs forvörn þar sem inngripið snýr að ættingjum, vinum og bekkjarfélögum sjálfsvígsfórnarlamba (CDC, 1994). Forsendan fyrir áfallateymi er að skjót viðbrögð gagnvart aðstandendum og vinum geta minnkað líkur á sjúkdómum, geðrænum kvillum og dauðsföllum á meðal þeirra (Gould og Kramer, 2001). Markmið áfallateymis er að minnka líkur á myndun sjálfsvígskeðja og að hjálpa ættingjum og vinum fórnarlamba í gegnum sorgarferlið (CDC, 1994). Í áfallateymi geta verið skólastjórnendur, sálfræðingar, námsráðgjafar, félagsráðgjafar, skólahjúkrunarfræðingar, kennrarar og ritrarar. Allir hafa ákveðnu hlutverki að gegna sem eru fyrirfram ákveðin, til að bregðast við sjálfsvígi. Á

Íslandi eru starfrækt nokkur áfallateymi við grunnskóla og taka þau til starfa við hvers kyns áföll (Alþingi, 1996).

Hjálparlínur og neyðarathvörf

Að lokum á meðal þriðja stigs forvarna eru hjálparlínur og neyðarathvörf. Þar er starfsfólk hjálparlína þjálfanda í að veita ungmennum í sjálfsvígshugleiðingum ráðgjöf símleiðis (CDC, 1994). Fer það eftir eðli og alvarleika símtala hvernig starfsfólk bregst við og hvort þörf er á utanaðkomandi hjálp (Alþingi, 1996). Forsendur fyrir hjálparlínum eru að sjálfsvígshegðun er oft tengd við skammvinna krísu (*crisis*) (Brent o.fl., 1993b; Gould og Kramer, 2001) og óvissu um löngun til að deyja (Shaffer o.fl., 1988). Jafnframt er sjálfsvígshegðun í sumum tilfellum leið til ákalls um hjálp sem þjálfanda starfsfólk hjálparlína geta tekist á við (Posner o.fl., 2007). Á Íslandi er hjálparsími Rauða krossins 1717. Hann er gjaldfrjáls og opinn allan sólarhringinn. Þar er veitt hjálp meðal annars vegna sálfraðilegra kvilla eins og kvíða, þunglyndis og sjálfsvígshugsana. Hlutverk starfsmanna og sjálfboðaliða er að gefa upplýsingar um frekari úrræði, hvar sé hægt að nálgast þau og veita sálrænan stuðning (Rauði Krossinn, e.d.). Á sumum stöðum eru einnig neyðarathvörf þar sem hægt er að koma og vísað er áfram til geðlæknis eða sálfraðings ef þess er þörf (CDC, 1994).

Forvarnaaðgerðir í skólum

Kjörinn vettvangur fyrir sjálfsvígsforvarnir sem beint er að börnum og unglungum eru skólar landsins. Með því móti er hægt að ná til flestra ungmenna fram að 16 ára aldri, þar sem allir eru skyldugir til að sækja nám í grunnskóla. Þar eru ungmenni undirbúin fyrir þátttöku í lýðræðissamfélagi og einnig fer þar fram mikilvæg félagsmótun og fræðsla. Innan þeirra eru miklir möguleikar á að draga úr áhættusamri hegðun, bera kennsl á þá sem eru í hættu og vísa þeim á aðstoð. Námsskrár og reglur grunnskóla fela ekki bara í sér að í skólum eigi að mennta nemendur heldur einnig að þá eigi að vernda og stuðla að alhliða þroska hvers og eins. Því er rökrétt að vera með forvarnir gegn sjálfsvígum ungmenna í grunnskólum. Einnig kemur fram í aðalnámsskrá grunnskóla að mikilvægt sé að grunnskólar búi sér til stefnu um forvarmir og birti áætlun í skólanámsskrá (Menntamálaráðuneytið, 2006).

Á þetta aðeins við þau ungmenni sem eru á grunnskólaaldri. Ekki er síður mikilvægt að halda uppi forvörnum eftir að grunnskóla lýkur, þar sem að greinileg aukning er á tíðni sjálfsvíga þegar líða tekur á unglingsárin (Anderson, 2002; Gould o.fl., 2003b; Hagstofan, e.d.a). Erfiðara er að ná til ungmenna sem eru á aldrinum 16 til 24 ára þar sem að engin skólaskyllda er eftir grunnskóla. Framhaldsskólar og háskólar eru þó sennilega góður vettvangur til að ná til sem flestra ungmenna í þessum aldurshópi. Þar sem að á árunum 1999 til 2010 sóttu að meðaltali 62% af ungmennum á aldrinum 16 til 24 ára skóla á framhaldsstigi (Hagstofan, e.d.b). Hins vegar er þörf á öðrum leiðum að þeim ungmennum sem eru úti á vinnumarkaði eða jafnvel atvinnulausir.

Athygli verður beint að þeim sjálfsvígsforvörnum sem gerðar eru í skólum og árangur þeirra skoðaður. Flest þeirra verkefna sem greint verður frá hafa verið gerð í Bandaríkjum (Eggert, Thompson og Herting, 1994; Eggert, Thompson, Herting og Nicolas, 1995; Kalafat og Elias, 1994; Osman o.fl., 1996; Overholser o.fl., 1989; Randell, Eggert og Pike, 2001; Shaffer o.fl., 2004; Thompson og Eggert, 1999). Þó er eitt íslenskt verkefni á meðal þeirra, en það hefur þá sérstöðu að vera forvarnaverkefni gegn þunglyndi ungmenna (*Hugur og heilsa*) (Arnarson og Craighead, 2009a, 2009b). Við framkvæmd forvarnaverkefna er mikilvægt að rannsaka vel árangur þeirra þar sem alvarleiki sjálfsvígshegðunar er mikill. Aðalforsenda þess að sjálfsvígs forvarnaverkefni beri árangur er að þau dragi úr sjálfsvígshegðun. Til að athuga hvort að slík verkefni dragi í raun úr sjálfsvígshegðun þarf að skoða hvaða aðferðir eru notaðar til að meta árangur þeirra ásamt því að skoða forsendur, fræðilegan grundvöll, kosti, galla og heildarsamsetningu verkefna (Mazza, 1997).

Sjálfsvígsvitundar-verkefni í skólum

Sjálfsvígsvitundar-verkefni (*school-based suicide awareness programs*) í skólum eru sniðin til að kenna unglingu að bera kennsl á jafningja sína sem eru í áhættuhópi vegna sjálfsvíga, hvernig þeir eigi að bregðast við og hvaða úrræði eru í boði (Kalafat og Elias, 1994; Kalafat, O'Halloran og Underwood, 1989). Læra nemendur hvaða hætta fylgir sjálfsvígshegðun og að taka þurfi jafningum sínum í vanda alvarlega. Kennd eru jákvæð viðhorf gagnvart því að leita sér aðstoðar, nauðsynlegar staðreyndir tengdar sjálfsvígum, þar á meðal áhættuþættir sjálfsvíga og önnur hættumerki sem tengjast sjálfsvígshegðun. Verkefnin fara yfirleitt fram í

aðskildum kennslustundum eða sem hluti af heilsufræði og er fyrir alla nemendur á aldrinum 13 til 18 ára. Fjöldi kennslustunda eru frá þremur til fimm og vara í um 40 til 45 mínútur (Kalafat og Elias, 1994; Kalafat o.fl., 1989; Overholser o.fl., 1989). Kennslan er vanalega á hendi kennara skólans og hljóta þeir þjálfun í kennslu efnisins (Kalafat og Elias, 1994; Overholser o.fl., 1989).

Sjálfsvígsvitundar-verkefni í rannsókn Overholser o.fl. (1989)

Sjálfsvígsvitundar-verkefnið í rannsókn Overholser o.fl. (1989) er dæmi um slikt verkefni sem fer fram í skólum. Kenndar eru fimm kennslustundir í heilsufræði þar sem áhersla er lögð á að veita upplýsingar og fjalla um viðhorf til sjálfsvígshegðunar. Einnig eru gefin ráð um hvernig hægt sé að takast á við sjálfsvígshegðun. Í fyrstu kennslustund er einblínt á viðhorf og tilfinningaleg viðbrögð við dauðsföllum og sjálfsvígum. Notast er við persónulega reynslu þeirra sem hafa gert sjálfsvígstilraun eða verið með sjálfsvígshugsanir til að hjálpa nemendum að skilja þær erfiðu tilfinningar sem fylgja sjálfsvígshegðun. Jafnframt er stuðst við sorgarviðbrögð aðstandenda og stuðlað að umræðu um viðhorf og siðferðileg álitamál. Þar má nefna hvort það er siðferðilegur grundvöllur fyrir að fremja sjálfsvíg. Í kennslustund tvö er almenn fræðsla um sjálfsvíg. Þá eru ýmsar staðreyndir kynntar til að leiðréttu þann misskilning sem uppi er um sjálfsvíg, eins og til dæmis að sá sem tali um sjálfsvíg muni í raun ekki fremja sjálfsvíg. Í þriðja tíma er farið yfir ýmsa áhættuþætti sjálfsvíga, þar sem áhersla er lögð á að þeir veiti upplýsingar um fræðilega þörf á aðstoð. Rætt er um hvaða hegðun á að leita að og hvaða spurninga eigi að spyrja þegar talað er við jafningja í sjálfsvígshættu. Fjórða kennslustund felur í sér þjálfun í bjargráðum (*coping skills*). Þar má nefna virka hlustun og aðra félagsfærni sem hægt er að nota þegar veittur er félagslegur stuðningur til jafningja í neyð. Nemendum er leiðbeint hvernig skilvirk hlustun fer fram og síðan er farið í hlutverkaleiki til að æfa þessa nýju færni. Í fimmta og síðasta tíma eru nemendur fræddir um þau úrræði sem í boði eru og hvernig þeir geta leiðbeint jafningjum sínum sem eru í sjálfsvígshættu um þau. Dæmi um sérstakar ráðleggingar eru að ungmenni eigi að vera hjá vini sínum sem er í sjálfsvígshættu og ekki eigi að lesa yfir þeim (Overholser o.fl., 1989).

Árangur sjálfsvígsvitundar-verkefna

Rannsóknir sem metið hafa árangur sjálfsvígsvitundar-verkefna sýna að þau geta haft mismunandi áhrif á þátttakendur og að niðurstöður þeirra eru misvísandi (Ciffone, 1993; Kalafat og Elias, 1994; Kalafat og Gagliano, 1996; Overholser o.fl., 1989; Shaffer o.fl., 1990). Mælst hefur meiri þekking á sjálfsvígstengdum málefnum hjá þeim ungmennum sem tekið hafa þátt í sjálfsvígsvitundarverkefnum (Kalafat og Elias 1994), bætt viðhorf til sjálfsvígshegðunar (Ciffone, 1993; Kalafat og Elias, 1994; Kalafat og Gagliano, 1996) og eru þau líklegrir til að aðstoða jafningja sína sem eru í sjálfsvígshættu (Kalafat og Elias, 1994). Í rannsókn Kalafat og Elias (1994) kom í ljós að ungmenni sem höfðu farið í sjálfsvígsvitundar-verkefni ráðlöögðu jafningjum sínum frekar að hringja í neyðarsíma eða fá ráð hjá vini sínum heldur en að leita til geðsviðs heilbrigðisstofnana. Voru þessar leiðir sennilega aðgengilegri fyrir ungmenni þar sem þær komu fram á upplýsingarkorti sem þeim var veitt. Ekki kom fram hvort þar var að finna upplýsingar um önnur úrræði eins og geðdeildir (Kalafat og Elias, 1994). Virðist vera að fyrrnefndum úrræðum hafi ekki verið gert jafn hátt undir höfði. Því er ekki hægt að segja til um hvaða úrræði henti ungmennum best til að benda jafningjum sínum á sem eru mögulega í sjálfsvígshættu.

Einnig hafa komið fram neikvæð viðbrögð við sjálfsvígsvitundarverkefnum. Þá sérstaklega hvað varðar ungmenni sem áður höfðu sýnt sjálfsvígshegðun, eins og fram kom í rannsókn Shaffer o.fl. (1990). Mæltu þau ekki með verkefninu fyrir aðra nemendur og töldu að það eitt að tala um sjálfsvíg í kennslustofu gæti aukið líkur á að sumir geri tilraun til sjálfsvígs. Gengur þetta þvert gegn hlutverki sjálfsvígs forvarnaverkefna, þar sem þau ættu einmitt að vera sniðin þannig að þau nái best til þeirra sem eru í mestri sjálfsvígshættu. Jafnframt var í rannsókn Overholser o.fl. (1989) kynjamunur í áhrifum af þátttöku í sjálfsvígsvitundar-verkefni. Þar sem stúlkur sýndu minna vonleysi, voru með betri viðhorf og notuðu síður léleg bjargráð eftir að hafa tekið þátt í verkefninu. Aftur á móti hjá drengjum sást meira vonleysi, verri viðhorf og verri bjargráð. Eru þessar niðurstöður óviðunandi þar sem verkefnið á að ná jafnt til drengja og stúlkna.

Jákvætt þykir að framangreindar rannsóknir studdust við millihópasnið (Kalafat og Elias, 1994; Overholser o.fl., 1989; Shaffer o.fl., 1990). Með því er hægt að draga þær ályktanir að þau áhrif sem fram komu megi fræðilega rekja til sjálfsvígs-vitundarverkefna en ekki einhvers annars. Hins vegar takmarkast þessar

ályktanir um mögulegt orsakasamband þar sem ekki voru notuð langtímasnið (Elmes, Kantowitz og Roediger, 2006). Þó er stærsti og alvarlegasti annmarki fyrrgreindra rannsókna að árangur var ekki mældur út frá breytingum í sjálfsvígshegðun (Ciffone, 1993; Kalafat og Elias, 1994; Kalafat og Gagliano, 1996; Overholser o.fl., 1989; Shaffer o.fl., 1990). Forsenda þess að sjálfsvígs forvarnaverkefni beri árangur er að þau dragi úr sjálfsvígshegðun. Því er ekki hægt að segja til um hvort að sjálfsvígsvitundar-verkefni beri árangur í að sporna gegn sjálfsvígshegðun. Miðað við framangreinda umræðu eru einfaldlega ekki til nægjanlega góð rök fyrir notkun á sjálfsvígsvitundar-verkefnum í skólum eins og Guo og Harstall (2002) hafa réttilega bent á. Þyrfti að rannsaka þau frekar og bæta þá aðferðafræði sem stuðst er við.

Færniþjálfun í skólum

Annað forvarnaverkefni sem notað er í skólum er færniþjálfun. Miðar hún að því draga úr áhættuþáttum og auka verndandi þætti hjá ungmennum, með því að kenna betri aðferðir til að takast á við hindranir lífsins (Eggert o.fl., 1995; Randell o.fl., 2001). Fer færniþjálfun fram á ýmsan hátt, má þar nefna í stuðningshópum (Randell o.fl., 2001) eða í valfagi (Eggert o.fl., 1995). Nemendur læra að bera kennsl á vandamál sín, setja sér markmið til að bæta frammistöðu sína í skólanum og æfa ákveðna færni. Meðal annars er einblínt á að auka sjálfslit, bæta samskipta- og úrræðahæfni þeirra og hæfni til ákvarðanatöku. Einnig er nemendum kennt að takast á við streitu, leita sér aðstoðar, þekkja einkenni hugsanlegrar sjálfsvígshættu hjá sjálfum sér og öðrum og viðbrögð við henni (Eggert o.fl., 1995; Randell o.fl., 2001).

Námskeið um einstaklingsþroska

Forvarnaverkefnið um einstaklingsþroska (*the Personal Growth Class, PGC1 & PGC2*) er valnámskeið í grunnskólum fyrir nemendur sem standa sig illa í skóla og er dæmi um verkefni sem inniheldur færniþjálfun. Skiptist það í two hluta sem eru á sitt hvorri önninni, *PGC1* og *PGC2*. Nemendur geta valið um að fara bæði í *PGC1* og *PGC2* eða bara *PGC1*. Bæði námskeiðin standa yfir í fimm mánuði og er kennt alla virka daga 55 mínútur í senn. Námskeiðin fara fram í litlum hópum með 12 nemendum. Kennrarar, hjúkrunarfræðingar, ráðgjafar og fleira starfsfólk skólans sjá um námskeiðin eftir að hafa fengið viðeigandi þjálfun (Eggert o.fl., 1995).

PGC1 og *PGC2* eru byggð upp á þrem þáttum. Í fyrsta lagi fer fram hópvinna þar sem nemendur fá félagslegan stuðning og aðstoð bæði frá umsjónarmanni námskeiðsins og öðrum nemendum. Í öðru lagi er fylgst vikulega með breytingum á frammistöðu og mætingu nemenda. Einnig hvort þau hafi betri stjórn á skapi sínu og noti fikniefni. Í þriðja og síðasta lagi fer fram færniþjálfun þar sem tekist er á við reiði, þunglyndi og streitu með lífsleikniaðferðum. Þar er áhersla á að kenna nemendum að taka betri ákvarðanir, auka sjálfsálit, bæta samskipti og þjálfa sjálfsstjórn (Eggert o.fl., 1995).

Í færniþjálfun er unnið gegn ákveðnum viðhorfum gagnvart sjálfsvígum eins og því að sjálfsvíg séu möguleg lausn á vandamálum lífsins. Með *PGC* er einblínt á að stuðla að heilbrigðum viðhorfum, hegðun og samböndum. Einhver munur er á *PGC1* og *PGC2* hvað varðar færniþjálfun. Í *PGC1* eru ungmenni hvött til að öðlast nauðsynlega færni. Beint er sjónum að vandamálum sem gætu komið upp með vinum, kennurum og foreldrum. Þessa færni byggja þau upp og þjálfa með hópnum sem þau geta síðan nýtt sér utan hans. Í *PGC2* er færnin sem lærð er í *PGC1* yfirlærd á aðstæður bæði heima og í skóla. Stuðlað er að því í *PGC2* námskeiðinu að nemendur leiti sér að ánægjulegri og heilsueflandi afþreyingu og finni sér félagsskap, til að sporna við sjálfsvígshegðun, reiði, þunglyndi og fikniefnanotkun (Eggert o.fl., 1995).

Árangur færniþjálfunar

Rannsóknir sem hafa skoðað færniþjálfun fyrir nemendur sem voru í hættu á að fremja sjálfsvíg, hafa sýnt fleiri verndandi þætti og færri áhættuþætti sjálfsvígshegðunar eftir þátttöku í færniþjálfun (Eggert o.fl., 1995; Randell o.fl., 2001). Þeir verndandi þættir sem hafa aukist og batnað í kjölfar færniþjálfunar eru sjálfsálit, sjálfsstjórn, félagslegur stuðningur og úrræðahæfni (Eggert o.fl., 1995; Randell o.fl., 2001). Að sama skapi hefur verið sýnt fram á fækkun á áhættuþáttum eins og þunglyndi, vonleysi, streitu og reiði (Eggert o.fl., 1995). Allra mikilvægasta er að rannsóknir á færniþjálfun hafa sýnt fram á lækkun á tíðni sjálfsvígstilrauna og sjálfsvígshugsana (Eggert o.fl., 1995; Randell o.fl., 2001). Gefa þessar rannsóknir til kynna að færniþjálfun beri árangur í að sporna gegn sjálfsvígshegðun ungmenna.

Aftur á móti er ekki víst að færniþjálfun sé áhrifavaldurinn. Fleiri þættir gætu haft áhrif á þessar niðurstöður þar sem að ungmenni fóru ekki bara í

færniþjálfun (Eggert o.fl., 1995; Randell o.fl., 2001). Var það þannig bæði í rannsóknum hjá Eggert o.fl. (1995) og Randell o.fl. (2001). Í tilraunahópi þar sem ungmenni hlutu færniþjálfun, fóru þau einnig í matsviðtal og fengu félagslegan stuðning. Þeir sem voru í samanburðarhópi fengu annað hvort félagslegan stuðning og fóru í matsviðtal eða fóru bara í matsviðal og var það nóg til að draga úr sjálfsvígshegðun.

Því er mögulegt að félagslegi stuðningurinn og/eða matsviðtalið hafi haft áhrif á lækkun á tíðni sjálfsvígshegðunar í tilraunahópi en ekki færniþjálfunin. Því þyrfti að skoða færniþjálfun eina og sér í samanburði við lágmarks inngríp eða matsviðtal (Eggert o.fl., 1995; Randell, o.fl., 2001). Einnig væri gott að rannsaka með langtímasniði til að geta dregið betri ályktun um orsakasambönd (Mash og Wolfe, 2010), eins og Randell o.fl. (2001) benda á. Miðað við framangreint gæti færniþjálfun nýst sem sjálfsvígsforvörn en þó þyrfti að rannsaka mögulegan ávinning af henni betur.

Skimanir í skólum

Skimanir eru eitt þeirra sjálfsvígs forvarnaverkefna sem notaðar eru í skólum. Tilgangur þeirra er að meta hvort ungmenni séu í hættu á að fremja sjálfsvíg og til þess eru notaðir áhættu- og verndandi þættir sjálfsvíga. Með skimunum er gert fjölbáttu mat þar sem einblínt er á þunglyndi, sjálfsvígshugsanir, sjálfsvígstilraunir og vímuefnavanda (Eggert, Thompson og Herting, 1994). Skimunarpróf samanstanda af spurningalistum og viðtölum (Joiner o.fl., 2002; Thompson og Eggert, 1999; Hallfors, o.fl., 2006). Felur aðferðin í sér að reynt er að finna ákveðinn markhóp með því að nota staðlað matstæki. Byggist það á viðmiðunargildi sem gefur til kynna hvort einstaklingur sé í áhættuhóp. Ungmenni sem ná þessu viðmiði er síðan vísað í áframhaldandi mat ef nauðsyn þykir (Wasserman o.fl., 2010). Nokkur skimunarpróf hafa verið þróuð til að meta sjálfsvígshættu hjá ungmennum. Á meðal þeirra sem meta sjálfsvígshugsanir og/eða hegðun má nefna *the Suicide Risk Screen* (Eggert o.fl., 1994), *the Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents* (Osman o.fl., 1996), *the Depressive Symptom Inventory-Suicidality subscale* (Joiner o.fl., 2002) og *the Columbia SuicideScreen* (Shaffer o.fl., 2004).

The Suicide Risk Screen (SRS).

SRS er skimunarpróf sem er fellt inn í spurningalistann *The High School Study Questionnaire (HSQ)*. Atriði á *HSQ* meta meðal annars hegðun nemanda í skóla, tengsl við jafningja, sjálfsálit, kvíða, vonleysi, vímuefnanotkun og sjálfsvígs-hegðun. *SRS* nær yfir þá þætti sem eru taldir spá fyrir um sjálfsvíg, eins og sjálfsvígshugsanir, sjálfsvígstilraunir, þunglyndi og vímuefnanotkun (Thompson og Eggert, 1999). Í rannsókn Hallfors o.fl. (2006) er athugað hversu vel hentar að nota skimunarprófið *the Suicide Risk Screen* í almenningsskólum í Bandaríkjunum. Þar eru nemendur þáttakendur í samanburðarannsókn sem metur árangur forvarnaverkefnisins *Reconnecting Youth*. Svara þeir spurningalistanum *HSQ*, sem inniheldur skimunarprófið *SRS*. Þeir sem greinast í sjálfsvígshættu samkvæmt *SRS* eru boðaðir í viðtal til starfsmanns í skólanum, viðbrögð hans eru háð stefnu hvers skóla. Ef mikil hætta er talin á ferðum og nauðsynlegt að vísa á aðstoð þá er hringt í foreldra ungmennis og gefnar upplýsingar um þau úrræði sem í boði eru (Hallfors o.fl., 2006).

Árangur skimunar

Skimunarpróf reynast vel þegar þarf að bera kennsl á ungt fólk sem er í sjálfsvígshættu (Eggert o.fl., 1994; Joiner o.fl., 2002; Osman o.fl., 1996; Shaffer o.fl., 2004; Thompson og Eggert, 1999). Af þessu að dæma virðast skimanir ágætis kostur í forvarnaskyni. Þó fylgja vandkvæði skimunum. Því skimun þarf að vera nógu góð til að ekkert ungmenni í sjálfsvígshættu fari framhjá henni. Á sama tíma þarf að passa upp á að skimun greini ekki of marga í hættu sem í raun eru það ekki, meðal annars sökum hagkvæmni og tímasparnaðar (Thompson og Eggert, 1999; Shaffer o.fl., 2004). Samt sem áður er betra að finna of marga sem eru ekki í sjálfsvígshættu heldur en að missa af þeim, vegna alvarleika sjálfsvígshegðunar. Jafnvel er mögulegt að sumir sem greinast ranglega geti nýtt sér þau úrræði sem í boði eru (Shaffer o.fl., 2004).

Skimunarpróf sem meta sjálfsvígshættu greina yfirleitt of marga sem í raun eru það ekki, en á sama tíma ná þau að finna flest þau ungmenni sem eru raunverulega í hættu (Thompson og Eggert, 1999; Shaffer o.fl., 2004). Sökum ofgreiningar nemenda getur myndast móttstaða meðal starfsfólks við notkun skimunarprófa í skólum eins og fram kom í rannsókn Hallfors o.fl. (2006). Þar fannst starfsfólk of mikið af nemendum hafa greinst. Trúðu þeir ekki að sumir

nemendur væru í sjálfsvígshættu og létu því foreldra ekki vita af óþörfu. Þótti starfsfólki óraunhæft að meta svona marga nemendur. Einnig var misvel staðið að viðtölum við þá nemendur sem greindust í hættu. Fór svo að lokum að allir skólanir hættu þátttöku í skimuninni eftir tvær annir. Miðað við þessar niðurstöður má sjá að það reynist starfsfólki skóla erfitt að nota skimanir í skólum sökum mikillar vinnu sem þeim fylgir (Hallfors o.fl., 2006). Svipað hefur komið fram í rannsóknum sem hafa metið hvort skólastjórum og skólasálfræðingum finnist betra að nota sjálfsvígsvitundar-verkefni, hliðvarðarþjálfun eða skimanir, þar sem þeir mátu yfirleitt skimanir erfiðari í notkun (Eckert, Miller, DuPaul og Riley-Tillman, 2003; Miller o.fl., 1999).

Möguleg lausn væri að fá utanaðkomandi aðila til að sjá um skimunina fyrir skólanu. Jafnframt að prófa einfaldara skimunartæki sem nemur bara þá nemendur sem hafa gert tilraun til sjálfsvígs á síðastliðnu ári, miklar sjálfsvígshugsanir og alvarlegt þunglyndi (Hallfors o.fl., 2006). Einnig þyrfti að fræða starfsfólk betur um kosti þess að nota skimun (Eckert o.fl., 2003). Hallfors o.fl. (2006) mæla með að nota skóla þar sem stöðugleiki ríkir og starfsfólkvið er opið fyrir nýbreytni þegar rannsaka á hagkvæmni og árangur skimunar í skólum. Mögulega hefur vantað upp á það í þeim skólum sem þeir rannsokuðu, sem gæti að hluta til skýrt niðurstöður þeirra. Einnig kom fram að starfsfólk vildi ekki fá þá þjálfun sem var boðið upp á til notkunar á skimunartækjum, þar sem flestir töldu sig hafa næga þjálfun. Jafnframt mæla Hallfors o.fl. (2006) með því að settar verði fram ákveðnar matsreglur fyrir allt starfsfólk við notkun á skimunartækjum. Miðað við framangreint þá virðist að skimanir séu gott tæki til að nema sjálfsvígshegðun ungmenna, hins vegar þarf að gera þau einfaldari og aðgengilegri í notkun til framkvæmdar í skólum.

Þjálfun hliðvarða í skólum

Hliðvarðaþjálfun er annað sjálfsvígs forvarnarverkefni sem hefur verið framkvæmt innan skóla. Með hliðvarðaþjálfun fá kennrarar og starfsfólk skóla fræðslu um geðheilsu og sjálfsvígshegðun til að geta borið sem fyrst kennsl á ungmenni sem eru í sjálfsvígshættu og vísað þeim á aðstoð (CDC, 1992; Quinnett, 2007; Wasserman ofl., 2010). Til að öðlast þessa færni læra hliðverðir áhættuþætti sjálfsvíga og helstu aðvörunarmerki um að nemandi gæti verið í sjálfsvígshugleiðingum. Læra þeir hvaða úrræði eru í boði fyrir nemendur, hvernig á að

sannfæra ungmenni í áhættuhópi um að leita sér aðstoðar, hvernig hægt sé að nálgast úrræðin og hvaða stefnu skóli hefur í slíkum neyðartilfellum (CDC, 1992; Quinnett, 2007; Wasserman ofl., 2010). Hluti af hliðvarðaþjálfun er að fræða starfsfólk um lagatengd málefni sem tengjast sjálfsvígum og hvernig best sé að tala við nemendur um sjálfsvígshegðun (CDC, 1992). Einnig er starfsfólki skóla kennt hvernig á að bregðast við sjálfsvígi (CDC, 1994).

Spyrja, sannfæra og tilvísá – SST

Paul Quinnet bjó til hliðvarðaþjálfunina *QPR* (*Question, Persuade and Refer – QPR*). og studdist hann við lýðheilsulíkanið við gerð þess. *QPR* stendur fyrir að spyrja (*question*), sannfæra (*persuade*) og tilvísá (*refer*). Í verkefninu er svokölluðum hliðvörðum kennt að bera kennsl á áhættuþætti sjálfsvíshegðunar, bregðast við þegar sjálfsvígshætta er til staðar, sannfæra viðkomandi um að leita sér aðstoðar og vísa honum á hana. Löggiltir aðilar kenna starfsfólki skóla þessa færni í klukkustundar kennslu en oft er hlutverkaleik bætt við til að þjálfa þessa færni. *QPR* er ekki ætlað starfsfólki sem er ómenntað vegna þeirrar byrði sem getur fylgt því að fást við sjálfsvígshætta. Því er frekar mælt með því að sérfræðingar í geðheilsu og aðrir fagmenn séu hliðverðir (Quinnett, 2007).

Fjórir þættir þurfa að vera til staðar svo *QPR* hliðvarðaþjálfun beri árangur. Í fyrsta lagi þarf að bera sem fyrst kennsl á áhættuþætti sjálfsvígshegðunar til að hægt sé að grípa sem fyrst inn í til að veita aðstoð. Í öðru lagi þarf að spyrja þann sem sýnir ummerki um sjálfsvígshætta hvort sá grunur reynist réttur. Getur viljinn til að fremja sjálfsvíg minnkað með þeim samskiptum, ásamt því að draga úr kvíða og streitu, því samskiptin geta veitt von, félagslegan stuðning og dregið úr einangrun. Í þriðja lagi ætti að vísa sem fyrst á aðstoð til að draga strax úr sjálfsvígshætta. Því er mikilvægt að hringja í neyðarsíma eða fara til neyðarathvarfa þar sem lagt er mat á hættuna. Þar er fengin þjónusta sérfræðings sem er nauðsynleg vegna þess að flestir sem eru í sjálfsvígshugleiðingum kljást við ómeðhöndlaða geðröskun. Í fjórða og síðasta lagi er alltaf best að meðhöndla hvaða geðröskun sem er um leið og hún greinist. Því er mikilvægt að fara sem fyrst til sérfræðings í meðferð, getur það dregið úr sjálfsvígshugsunum og minnkað líkur á sjálfsvígi (Quinnett, 2007).

Lokamarkmið *QPR* er að það verði jafn þekkt og margnotað eins og hjarta-lungnalífgun (*CPR*). Með því á að fjlóga tilfellum þar sem boríð er kennsl á

fólk í sjálfsvígshættu, koma í veg fyrir sjálfsvígstilraunir og sjálfsvíg og þannig afstýra þörf fyrir mikla íhlutun (Quinnett, 2007).

Árangursmælingar á þjálfun hliðvarða í skólum

Árangursmælingar á þjálfun hliðvarða í skólum benda til að slík verkefni auki þekkingu á áhættuþáttum sjálfsvígshugunar hjá hliðvörðum (Reis og Cornell, 2008; Tompkins og Witt, 2009; Wyman o.fl., 2008). Hafa þeir einnig frekar vitneskju um hvert eigi að vísa nemendum á aðstoð (Wyman o.fl., 2008). Hliðvörðum finnst þeir vera undirbúnari, gera meira gagn og hafa meiri aðgang að þjónustu fyrir nemendur í sjálfsvígshættu en þeir sem ekki hafa fengið hliðvarðaþjálfun (Tompkins og Witt, 2009; Wyman o.fl., 2008). Gera hliðverðir einnig frekar samninga við nemendur í sjálfsvígshættu um að skaða sig ekki en þeir sem ekki hafa hlotið slíka þjálfun (Reis og Cornell, 2008).

Ekki var mikil breyting á hegðun hliðvarða í rannsókn Tompkins og Witt (2009), hvað varðar að spyrja nemendur um sjálfsvígshugsanir, hvetja þá til að leita sér aðstoðar og fara með þá til ráðgjafa. Þar af leiðandi virðist að hliðverðir séu ekki að ná að nýta þá þekkingu sem hlýst af hliðvarðaþjálfun, þrátt fyrir að þeir kunni deili á henni. Í rannsókn Wyman o.fl. (2008) kom í ljós að aðeins það starfsfólk sem spurði nemendur um sjálfsvíg fyrir hliðvarðaþjálfun gerði það líka eftir þjálfun. Gefur það til kynna að gagnsemi hliðvarðaþjálfunar sé takmarkandi eða jafnvel engin. Jafnframt í rannsókn Reis og Cornell (2008) fengust neikvæðar niðurstöður sem snúa að hegðun hliðvarða. Gerður var samanburður á kennurum og skolasálfræðingum eftir því hvort þeir höfðu farið í hliðvarðaþjálfun. Þeir sem fengu hliðvarðaþjálfun spurðu færri nemendur sem voru mögulega í sjálfsvígshættu um hvort þeir hefðu sjálfsvígshugsanir en þeir sem ekki höfðu hlotið þjálfun. Einnig vísuðu þeir færri nemendum á aðstoð. Mun fleiri skolasálfræðingar spurðu nemendur og vísuðu þeim á aðstoð en kennrarar, óháð því hvort þeir höfðu farið í hliðvarðaþjálfun. Gefa niðurstöður til kynna að hliðvarðaþjálfun sé mögulega gagnslaus og jafnvel skaðleg. Samt sem áður virðast skolasálfræðingar betur til þess fallnir að hafa fræðilega einhvern ávinnig af hliðvarðaþjálfun en kennrarar. Þó er ekki hægt að draga neina ályktun um hvort þeir höfðu í raun og veru einhvern ávinning af þjálfuninni, þar sem ekki var gerður samanburður á milli skolasálfræðinga eftir því hvort þeir hlutu hliðvarðaþjálfun.

Sú aðferðafræði sem stuðst var við í árangursrannsóknum á hliðvarðaþjálfun virðist vera ábótavant. Þar var til dæmis ekki alltaf valið handahófskennt í hópa (Reis og Cornell, 2008; Tompkins og Witt, 2009), takmarkar það alhæfingargildi og ytra réttmæti slíkra rannsókna, þó ber að hafa í huga að í sumum tilvikum reynist erfitt að beita slíkum aðferðum (Elmes o.fl., 2006). Einnig var einungis sjálfsmat notað til að meta breytingar í hegðun hliðvarða (Reis og Cornell, 2008; Tompkins og Witt, 2009; Wyman o.fl., 2008). Margir þættir geta takmarkað réttmæti slíks mats, eins og muna ekki rétt eftir atburðum og jafnvel vísvitandi hagræðing (Mash og Wolfe, 2010). Aftur á móti er alvarlegasti annmarkinn í rannsóknum á hliðvarðaþjálfun að ekki voru mældar breytingar á sjálfsvígshegðun til að meta hvort þjáfunin beri árangur (Reis og Cornell, 2008; Tompkins og Witt, 2009; Wyman o.fl., 2008). Þar af leiðandi er ekki hægt að draga ályktanir um hvort hliðvarðaþjálfun sé mögulega góður kostur sem sjálfsvígsforvörn á meðal ungmenna. Miðað við þær misvísandi niðurstöður og galla í aðferðafræði er ekki hægt að mæla með notkun á hliðvarðaþjálfun. Þörf er á frekari rannsóknum þar sem aðferðafræði þeirra er bætt, til þess að hægt sé að meta hvort hliðvarðaþjálfun beri árangur.

Tví- eða margþætt sjálfsvígs forvarnaverkefni í skólum

Á meðal sjálfsvígsforvarna sem hafa verið framkvæmdar í skólum eru nokkrar sem innihalda tví- eða margþættar nálganir. Felur það í sér að stuðst er við nokkrar tegundir forvarna á ólíkum stigum með það að markmiði að lækka tíðni sjálfsvígshegðunar hjá ungmennum. (Arnarson og Craighead, 2009a; Aseltine og DeMartino, 2004; Zenere og Lazarus, 2009). Getur það haft í för með sér að náð sé til fleiri ungmenna og því fræðilega aukist enn fremur líkur á því að hægt sé að sporna við sjálfsvígshegðun. Tekin verða fyrir nokkur verkefni sem fela í sér mismunandi nálganir.

Hugur og heilsa

Unnið er að þróun forvarnaverkefnis á Íslandi sem heitir *Hugur og heilsa* sem hefur tvíþætta nálgun, samanstendur það af færniþjálfun og skimunum. Verkefnið er ekki sjálfsvígsforvörn (Arnarson og Craighead, 2009a, 2009b; Eiríkur Örn Arnarson, 2010), heldur beinist það að einum stærsta áhættuþætti sjálfsvíga á meðal ungmenna, þunglyndi (Brent o.fl., 1993a; Shaffer o.fl., 1996). Því er

fræðilega hægt að segja að um óbeina sjálfsvígsforvörn sé að ræða. Verkefnið er ætlað ungmennum sem eru í áhættuhópi fyrir þunglyndi. Byggir það á hugmyndum hugrænnar-atferlismeðferðar og er með því verið að reyna að fyrirbyggja þunglyndi á meðal unglings. Meginmarkmið verkefnisins er að draga úr einkennum þunglyndis og meta árangur hugrænnar-atferlismeðferðar á þunglyndiseinkenni. Verkefnið er ætlað ungmennum í 9. bekk og hefur verið lagt fyrir víðsvegar um landið. Byrjað er á því að leggja fyrir skimunarpróf, sem meta þunglyndiseinkenn og skýringarstíl. Þeim ungmennum sem greinast með mörg einkenni þunglyndis og neikvæðan skýringarstíl, en uppfylla ekki greiningarviðmið þunglyndis er boðin þátttaka í rannsókn. Einnig er stuðst við greiningarviðtöl (*clinical interviews*) við val á þátttakendum. Er þeim skipt á handhófskenndan hátt í tilraunahóp og samanburðahóp. Þátttakendur í samanburðarhópi taka einungis þátt í matinu, en mega samt sem áður leita sér aðstoðar ef þess er þörf, en þátttakendur í tilraunahóp taka þátt í námskeiðinu. Er það haldið 14 sinnum á þremur mánuðum og eru að hámarki átta þátttakendur í hverjum hóp. Skólasálfræðingar í hverjum skóla sjá um námskeiðið og eru þeir undir leiðsögn rannsakanda. Á námskeiðinu hljóta nemendur fræðslu og leiðbeiningar hvað varðar úrlausn vandamála, hæfni til að takast á við félagsleg vandamál og bjargráð (Arnarson og Craighead, 2009a, 2009b; Eiríkur Örn Arnarson, 2010).

Árangur Hugar og heilsu

Árangur verkefnisins er mældur út frá breytingum á þunglyndiseinkennum og skýringarstíl. Er hann metinn bæði á meðan námskeiðinu stendur, tveimur til þremur og sex mánuðum eftir að því líkur. Notast er við stöðluð viðtöl (*structured clinical interviews*) og skimunarpróf, *Children's Depression Inventory (CDI)* og *Children's attributional style questionnaire (CASQ)* (Arnarson og Craighead, 2009b). Meginniðurstöður árangursrannsóknar voru við 6 mánaða eftirfylgd að 1,6% þátttakenda sem tóku þátt í námskeiðinu og 13,3% þátttakenda í samanburðahópi uppfylltu skilmerki fyrir þunglyndi eða óyndi. Gefur þetta til kynna að sporna megi við þróun þunglyndis á meðal ungmenna í áhættuhópi fyrir þunglyndi (Arnarson og Craighead, 2009a, 2009b; Eiríkur Örn Arnarson, 2010). Virðist vel að þessari rannsókn staðið, en ekki kemur fram hvernig skólar voru valdir, sem gæti fræðilega skekkt niðurstöður ef ekki er stuðst við handhófskennt

val. Ef sú er raunin, takmarkast ytra réttmæti og alhæfingargildi niðurstaðna (Elmes o.fl., 2006). Áhugavert væri að bæta við mælingum á sjálfsvígshegðun og sjá hvort að verkefnið hafi áhrif á sjálfsvígshegðun ungmenna.

SOS-verkefnið

SOS-verkefnið (*Signs of suicide*) byggist á tveimur sjálfsvígs forvarnaverkefnum, sjálfsvígsvitundar-verkefni og stuttri skimun fyrir þunglyndi og aðra áhættuþætti sjálfsvígshegðunar. Markmið þess er að draga úr sjálfsvígshegðun á meðal ungmenna (Aseltine og DeMartino, 2004).

Með fræðandi hluta verkefnisins er reynt að draga úr sjálfsvígshegðun með því að auka skilning og þekkingu nemenda á einkennum þunglyndis. Fræðslan á einnig að stuðla að bættum viðhorfum til þunglyndis og sjálfsvígshegðunar. Ungmennum er kennt að bera kennsl á merki um sjálfsvíg og þunglyndi, bæði hjá sér og öðrum, og hvernig eigi að bregðast við þeim. Notast er við aðferð sem kallast *ACT*, sem stendur fyrir að taka eftir (*acknowledge*), kæra sig um (*care*) og segja frá (*tell*). Markmiðið er að gera þessa aðferð jafn þekkta og *Heimlich* aðferðina og hjarta-lungnalífgun (*CPR*). Fyrst þarf að taka eftir merkjum um sjálfsvígshegðun hjá öðrum og taka þeim alvarlega. Næst þarf að láta viðkomandi vita að áhyggjur hafi vaknað og sýna löngun til að hjálpa. Síðan á ungmennið að segja einhverjum fullorðnum sem hann treystir frá þessu. Notast er við kennslumyndband til að koma efninu til skila og er þar að finna leiðarvísí um samskipti. Á myndbandinu er sýnt hvernig er hægt að sjá hvort einhver er í sjálfsvígshættu og/eða með þunglyndi. Jafnframt hvernig er viðeigandi að bregðast við þeim sem eru þunglyndir og/eða í sjálfsvígshugleiðingum. Þar eru líka birt viðtöl við fólk sem þekkir sjálfsvíg af eigin raun (Aseltine og DeMartino, 2004).

Í skimunarhluta *SOS* verkefnisins eiga nemendur að fylla út *the Columbia Depression Scale (CDS)*, sem er stutt matstæki sem skimar fyrir þunglyndi (Shaffer o.fl., 1991). Nemendur gefa sér stig í skimuninni og meta því sjálfir þunglyndiseinkenni sín og sjálfsvígshugsanir sínar. Á eyðublaði sem fylgir eru stigin tekin saman og þar er túlkun á þeim. Skimunin á að hvetja þá nemendur sem ná viðmiðum þunglyndis og hafa sjálfsvígshugsanir að leita sér aðstoðar sem fyrst. Síðan sér hver skóli um að upplýsa þá nemendur sem vilja leita sér hjálpar um hvaða úrræði standa þeim til boða (Aseltine og DeMartino, 2004).

Árangur SOS-verkefnisins

Árangur SOS-verkefnisins var metinn með sjálfsmati þar sem spurt var um sjálfsvígstilraunir, sjálfsvígshugsanir, viðhorf og þekkingu á þunglyndi og sjálfsvígstengdum málefnum og hvort að nemendur leituðu sér aðstoðar. Betri viðhorf og meiri þekking á þunglyndi og sjálfsvígstengdum málefnum mældist hjá þeim sem tóku þátt í verkefninu. Segir þetta ekki til um hvort árangur hafi hlotist af sjálfsvígsforvörninni, en hér sést allavega að hluti af markmiði fræðandi verkefnisins er náð. Kostur var hversu auðvelt var fyrir kennara að framkvæma verkefnið í skólum (Aseltine og DeMartino, 2004), þar sem fram hefur komið hversu mikil áhrif það getur haft á starfsfólk ef forvarnaverkefnum fylgir of mikil vinna (Hallfors o.fl., 2006). Meginniðurstöður árangursrannsóknar voru að færri sögðust hafa gert sjálfsvígstilraun sem tóku þátt (3,6%) í verkefninu heldur en þeir sem gerðu það ekki (5,4%). Aftur á móti tókst SOS-verkefninu ekki að draga úr sjálfsvígshugsunum og fá nemendur í sjálfsvígshættu til að leita sér aðstoðar. Jákvætt þykir að notast var við mælingar á sjálfsvígshegðun til að meta árangur forvarnaverkefnisins þar sem það er helsta forsenda þess að verkefnið beri árangur. Þó skal tekið fram að einungis var sjálfsmat notað til að meta þessar breytingar (Aseltine og DeMartino, 2004). Þar geta fjöldi þáttta takmarkað réttmæti slíks mats, eins og að munu ekki rétt eftir og jafnvel vísvitandi hagræðing (Mash og Wolfe, 2010).

Að sama skapi þótti sú aðferð vafasöm, sem stuðst var við til að hjálpa þeim nemendum sem höfðu einkenni þunglyndis og sjálfsvígshugsanir. Þar sem að niðurstöður skimunar átti að hvetja þá til að leita sér aðstoðar. Með þessu vildu rannsakendur að sú aðstoð sem væri fengin yrði ekki einungis takmörkuð við geðheilbrigðissérfræðinga heldur að einnig væri leitað til starfsfólks skóla og fjölskyldu. Jafnframt að koma í veg fyrir fordóma og þá mismunun sem felst í að hafa ekki heilbrigðistryggingu (Aseltine og DeMartino, 2004). En er það fyrir víst að það sé hvetjandi fyrir nemanda að leita sér aðstoðar eftir að hafa fengið staðfestingu um að hann sé með þunglyndi og sjálfvígshuganir? Þar sem sýnt hefur verið fram á þeir sem eru í sjálfsvígshugleiðingum hafi takmarkaða úrræðahæfni, skapa sér færri valkosti við vandamálum og eru ólíklegrir til að framkvæma þá (Schotte og Clum, 1987). Einnig kom fram að nánast enginn munur var á hjálparsækni nemenda eftir því hvort að þeir voru í tilraunahópi eða samanburðahópi (Aseltine og DeMartino, 2004). Þar af leiðandi virðist þetta ekki

vera góð leið til að hjálpa nemendum sem eru í sjálfsvígshættu til að leita sér hjálpar, þó að hugsjónin að baki henni sé góð.

Fleiri takmarkanir eru í rannsókn Aseltine og DeMartino (2004) sem geta fræðilega skekkt niðurstöður. Þeirra á meðal eru að ekki voru gerðar mælingar áður en verkefnið hófst. Safna þarf viðeigandi upplýsingum um þátttakendur áður en verkefni hefst svo hægt sé að meta hvort að árangur hlýst af því og til að fá betri yfirsýn á mögulegt orsakasamband. Því er ekki hægt að segja með vissu að verkefnið skýri þennan mun á tíðni sjálfsvígstilrauna. Einnig er erfitt að draga ályktun um langtímaáhrif verkefnis þar sem að spurningalistar voru aðeins lagðir fyrir þremur mánuðum eftir verkefnið (Aseltine og DeMartino, 2004). Gera þyrfti rannsóknir með langtímasniði til að geta dregið betri ályktun um bæði orsakasambönd og langtímaáhrif verkefnis (Mash og Wolfe, 2010).

Þar sem ekki tókst að draga úr sjálfsvígshugsunum og fá nemendur til að leita sér aðstoðar sýnir að gera þarf úrbætur á þessu verkefni. Jafnframt þyrfti að bæta aðferðafræði árangursrannsóknar til að hægt sé að meta hvort að ávinningur hlýst af *SOS*-verkefninu.

Forvarna- og íhlutanaverkefni gegn sjálfsvígum ungmenna

Forvarna- og íhlutanaverkefni gegn sjálfsvígum ungmenna (*The Youth Suicide Prevention and Intervention Program*) hefur í sér margþættar nálganir. Zenere og Lazarus (2009) gerðu langtíma rannsókn til 18 ára á þessu verkefni og fór það fram í almenningskólum í Bandaríkjum. Gögn voru fengin frá skýrslum neyðarsíma sem hafði verið safnað frá árinu 1980 en verkefnið fór af stað árið 1989 og stóð til ársins 2006. Skýrslurnar gefa ýmsar upplýsingar um sjálfsvígshegðun nemenda og hvernig brugðist var við. Leitað var til réttarlæknis til að staðfesta þau dauðsföll sem talin voru sjálfsvíg.

Verkefnið samanstendur af fjórum íhlutunum sem ná til mismunandi hópa eftir því hversu alvarleg sjálfsvígshegðun nemenda er. Almenn íhlutun (*universal intervention*) nær til allra nemenda og starfsfólks skólans óháð sjálfsvígshættu. Tvær íhlutanir ná til nemenda sem eru mögulega í sjálfsvígshættu. Sú fyrri er afmörkuð íhlutun (*selected intervention*) sem nær til þeirra sem hafa einhverja áhættuþætti sjálfsvígshegðunar. Sú seinni er afgerandi íhlutun (*indicated intervention*) sem nær til þeirra sem eru í sjálfsvígshættu. Síðan er eftirfylgni

(*postintervention*) sem beinist að þeim er eftir sitja þegar nemandi hefur framið sjálfsvíg (Zenere og Lazarus, 2009).

Almenn íhlutun

Þær aðgerðir sem falla undir almenna íhlutun ná til allra nemenda í skólanum. Meðal þeirra er færniþjálfun, þar sem lögð er áhersla á að kenna nemendum leiðir til úrræða, bjargráð, streitustjórnun og þekkingu á málefnum og úrræðum tengdum heilsu. Með þessum aðgerðum er reynt að draga úr áhættuþáttum og stuðla að verndandi þáttum nemenda. Einnig fer fram kennsla í lífsleikni þar sem nemendur læra möguleg einkenni sjálfsvígshegðunar og hvernig þeir eiga að leita sér hjálpar. Nemendum er kennt að bera kennsl á ummerki og einkenni sem tengjast hugsanlegri sjálfsvígshættu hjá þeim sjálfum og öðrum. Einnig er þeim kennt að fá aðstoð hjá fullorðnum. Mikilvægur hluti íhlutunar er þjálfun skólastjórnenda, kennara og aðstoðafólks í að bera kennsl á áhættuþætti og einkenni sem tengjast sjálfsvígshegðun ungmenna. Fá þeir upplýsingar um hvernig á að fylgjast með og vísa þeim nemendum sem eru í hættu á aðstoð. Sérfræðingar í geðheilsu sem vinna í skólum fá þjálfun í hvernig á að meta sjálfsvígshættu, láta foreldra vita, vísa til úrræða og hvernig verklag á að vera eftir inngríp (Zenere og Lazarus, 2009).

Afmörkuð íhlutun

Afmarkaðar íhlutanir snúa að þeim nemendum sem eru hugsanlega í sjálfsvígshættu. Í lok hverrar annar skoða ráðgjafar þá nemendur sem sýna ýmis frávik. Eins og slaka frammistöðu í skóla, lítinn metnað, slæma hegðun, lélega mætingu, neikvæða umfjöllun á einkunnablaði og brot á reglum skólans. Kennrarar og aðrir sérmenntaðir í skólanum bera ábyrgð á því að meta frammistöðu nemanda á fyrrgreindum sviðum. Nemandi sem á við vanda að stríða á þremur eða fleiri þessara sviða er vísað til skólaráðgjafa. Hittir hann nemandann til að meta hverjar þarfir hans eru og vinnur með öðru starfsfólk skólans til að hjálpa honum að ná árangri í skólanum og með ákveðin tilfinningaleg- og/eða hegðunarvandamál, þar á meðal hugsanlega sjálfsvígshegðun. Þegar nemandi er í sjálfsvígshættu þá er stofnaður stuðningshópur í kringum hann til að ákveða bestu leiðina til að hjálpa honum. Boðið er upp á víðtæka ráðgjafabjónustu fyrir bæði einstaklinga og hópa til að styðja nemendur, sem starfsfólk skólans sérmenntað í geðheilsu inna af hendi. Möguleg málefni sem tekin eru fyrir á ráðgjafafundum eru meðal annars

alkóhólismi í fjölskyldunni, ástvinamissir, málefni er varða kynhneigð ungmenna, reiðistjórnun og félagsfærni (Zenere og Lazarus, 2009).

Afgerandi íhlutun

Afgerandi íhlutun er beitt þegar starfsmaður skóla telur að nemandi sé í hættu á að fremja sjálfsvíg. Þá er nemanda fylgt til skólasálfræðings eða ráðgjafa og tekið er viðtal við nemandann til að meta sjálfsvígshættu. Síðan er haft samband við foreldra nemandans. Ef sjálfsvígshættan er talin það alvarleg þá er foreldrum ráðlagt að leita aðstoðar hjá heilbrigðsstofnunum. Síðan getur sérfræðingur skólans átt náið samstarf við meðferðaraðila nemandans ef foreldrar leyfa. Lögreglu er gert viðvart ef mikil hætta er til staðar. Geðheilsusérfræðingur innan skólans á að hringja í neyðarsíma hverfisins til að tilkynna atburðinn. Með þessari aðferð er nauðsynlegum upplýsingum safnað um nemandann, ásamt lýsingum á atvikinu og þeim aðgerðum sem framkvæmdar eru til að takast á við sjálfsvígshættuna. Jafnframt fást gögn sem hægt er nýta til að ákvarða algengi sjálfsvígshegðunar. Þegar nemandi snýr aftur eftir að hafa sótt úrræði utan veggja skólans býður sérfræðingur skólans í geðheilsu bæði nemandanum og foreldrum hans upp á stuðning til að koma honum aftur inn í námið og ná tengslum við bekkjarfélaga sína (Zenere og Lazarus, 2009).

Eftirfylgni

Ákveðið teymi, sem samanstendur af skólastjórnendum, kennurum, geðheilsusérfræðingum og foreldrum aðstoða við að sinna þörfum nemenda og starfsfólks eftir að samnemandi fremur sjálfsvíg. Sem hluti af þessum viðbrögðum gætu verið viðræðufundir, stuðningur við nemendur, sálfræðikennsla, áfallahjálp og sjálfsvígsforvaraþjálfun. Áhersla er lögð á að nemendur takist á við þær tilfinningar sem fylgja missi, koma í veg fyrir hugsanleg smitsáhrif og breiða úr áhrifum forvarna með því að viðhalda öruggu, áreiðanlegu og jákvæðu andrúmslofti í skólanum (Zenere og Lazarus, 2009).

Árangur verkefnis

Á tímabilinu 1980-1988 sem var áður en verkefnið fór af stað, frömdu að jafnaði 5,5 ungmenni á aldrinum 5 til 19 ára sjálfsvíg fyrir hver 100.000 ungmenni (á þessu svæði). Á tímabilinu 1989-2006 sem var á meðan verkefninu stóð, lækkaði tíðnin í 1,4 ungmenni fyrir hver 100.000. Einnig dró úr sjálfsvígstilraunum á

meðan verkefninu stóð, en ekki voru til gögn um sjálfsvígstilraunir fyrir það. Niðurstöður gefa til kynna að verkefnið hafi borið árangur í að lækka tíðni sjálfvígshedðunar. Kostirnir við gerð þessarar rannsóknar er að notað var langtímasnið þar sem gögnum var safnað í 18 ár og að árangur var metinn í breytingum á sjálfsvígshedðun (Zenere og Lazarus, 2009). Er því hægt að draga betri ályktun um orsakasambönd (Mash og Wolfe, 2010) og hvort að forvarnaverkefnin báru árangur.

Þó ber að slá varnagla við framangreindri túlkun vegna mögulegra galla í matsaðferð. Þar sem stuðst var við upplýsingar frá neyðarsíma til að meta breytingar á sjálfsvígshedðun en aukning á fjölda símtala gefur ekki endilega til kynna aukningu í sjálfsvígshedðun. Geta til dæmis auglýsingar á þjónustunni leitt af sér þessa aukningu og einnig að færri hringingar stafi af vanþekkingu fólks á neyðarsíma. Jafnframt voru annmarkar í framkvæmd hennar þar sem ekki var gert neitt til að hafa stjórn á tilraunaaðstæðum, ekkert slembiúrtak var tekið eða samanburður gerður við önnur verkefni eða lágmarks íhlutun. Vegna þessa er ekki hægt að segja til um hvort forvarnaverkefnin séu ástæðan fyrir þessari lækkun á sjálfsvígstíðni og hvaða verkefni virkuðu fræðilega (Zenere og Lazarus, 2009). Einungis gefur það von um að forvarnaverkefni í skólum geti mögulega dregið úr sjálfsvígshedðun ungmenna.

Samantekt á forvarnaverkefnum

Forvarnir gegn sjálfsvígum ungmenna fela í sér að minnka líkur á að ungmenni geri sjálfsvígstilraun. Markmið þeirra er að koma sem fyrst inn í sjálfsvígsatferli og finna þá sem eru í áhættu á að fremja sjálfsvíg og beina þeim í viðeigandi meðferð (CDC, 1994). Til eru margar ólíkar nálganir á forvörnum og hægt er að skipta þeim í þrjú stig, fyrsta, annars og þriðja stigs forvarnir (Waldvogel o.fl., 2008). Kjörinn vettvangur fyrir sjálfsvígsforvarnir eru skólar landsins, því þar er hægt að ná til sem flestra ungmenna (Hagstofan, e.d.b; Menntamálaráðuneytið, 2006). Nokkrar tegundir forvarnaverkefna hafa verið gerðar í skólum og nauðsynlegt er að árangur þeirra sé metinn og mældur á viðunandi hátt. Því sýnt hefur verið fram á að sum verkefni hafi engin eða takmörkuð áhrif og sum geti beinlínis verið skaðleg (Overholser o.fl., 1989; Reis og Cornell, 2008; Shaffer o.fl, 1990).

Á meðal verkefna sem framkvæmd hafa verið í skólum eru sjálfsvígsvitundar-verkefni. Árangursrannsóknir á þeim sýna alltof misvísandi

niðurstöður (Ciffone, 1993; Kalafat og Elias, 1994; Kalafat og Gagliano, 1996; Overholser o.fl., 1989; Shaffer o.fl., 1990). Með því besta sem mælst hefur er meiri þekking og betri viðhorf til sjálfsvígstengdra málefna hjá þeim ungmennum sem tekið hafa þátt í verkefninu. Einnig eru þau líklegri til aðstoða jafningja sína sem eru í sjálfsvígshættu (Ciffone, 1993; Kalafat og Elias, 1994; Kalafat og Gagliano, 1996). Hins vegar hefur verið sýnt fram á neikvæð viðbrögð gagnvart verkefninu, þá sérstaklega hvað varðar ungmenni sem áður höfðu sýnt sjálfsvígshegðun (Shaffer o.fl., 1990) og hjá drengjum (Overholser o.fl., 1989). Sjálfsvígs forvarnaverkefni ættu einmitt að ná best til þeirra sem eru í mestri sjálfsvígshættu og einnig ættu áhrif þeirra að vera óháð kyni. Alvarlegur annmarki var í aðferðafræði árangursrannsókna á sjálfsvígsvitundar-verkefnum þar sem árangur var ekki mældur út frá breytingum á sjálfsvígshegðun (Ciffone, 1993; Kalafat og Elias, 1994; Kalafat og Gagliano, 1996; Overholser o.fl., 1989; Shaffer o.fl., 1990). Þar af leiðandi er ekki hægt að álykta um hvort að verkefnin beri árangur við að sporna gegn sjálfsvígshegðun. Því virðast ekki vera nægjanlega sterk rök fyrir notkun á sjálfsvígsvitunda-verkefnum í skólum bæði út frá misvísandi niðurstöðum og göllum í matsaðferð. Þörf væri á að rannsaka þau betur.

Aftur á móti hafa rannsóknir á færniþjálfun sýnt niðurstöður sem gefa góða von varðandi það að draga úr sjálfsvígshegðun (Eggert o.fl., 1995; Randell, o.fl., 2001). Kostur árangursrannsókna á færniþjálfun er að sjálfsvígshegðun var mæld til að meta árangur, en með því er hægt að draga ályktanir um hvort að verkefnið beri árangur eða ekki. Þó er ekki víst að færniþjálfun sé áhrifavaldurinn þar sem að ungmenni fóru ekki bara í færniþjálfun í þessum rannsóknum. Möguleiki er á að matsviðtal og félagslegur stuðningur hafi dregið úr sjálfsvígshegðun en þörf er á fleiri rannsóknum til að skera úr um það. Til þess þyrfti að skoða færniþjálfun eina og sér í samanburði við lágmarks inngríp eða matsviðtal (Eggert o.fl., 1995 og Randell o.fl., 2001).

Skimanir hafa einnig reynst góður kostur í forvarnarskyni í skólum. Þá til þess að finna þau ungmenni sem eru í áhættu á að fremja sjálfsvíg (Eggert o.fl., 1994; Joiner o.fl., 2002; Osman o.fl., 1996; Shaffer o.fl., 2004; Thompson og Eggert, 1999). Hins vegar fylgja vandkvæði notkun á skimanartækjum. Vegna ofgreiningar nemenda hefur starfsfólki skóla þótt þau erfíð í notkun. Því fylgir mikil vinna við að meta sjálfsvíghættu nemenda og hvort sé þörf á að vísa þeim á frekari aðstoð (Hallfors o.fl., 2006; Shaffer o.fl., 2004). Samt sem áður er betra að

finna of marga sem eru ekki í sjálfsvígshættu heldur en að missa af þeim, vegna alvarleika sjálfsvígshegðunar (Shaffer o.fl., 2004). Möguleg lausn væri að fá utanaðkomandi aðila til að sjá um skimun fyrir skólana (Hallfors o.fl., 2006). Af þessu að dæma virðast skimanir vera gott tæki til notkunar í baráttunni við að lækka tíðni sjálfsvígshegðunar, þó er þörf á að gera þær einfaldari og aðgengilegri í notkun. (Eckert o.fl., 2003; Hallfors o.fl., 2006).

Rannsóknir á hliðvarðaþjálfun hafa sýnt að erfiðlega gangi að þjálfa starfsfólk í að tala við nemendur um sjálfsvígstengd málefni og hvetja þá til leita sér aðstoðar (Tompkins og Witt; 2009; Wyman o.fl., 2008). Virðist ekki nægja að hafa vitnesku um hvernig á að bera kennsl á áhættuþætti og hver úrræðin eru (Reis og Cornell, 2008; Tompkins og Witt, 2009; Wyman o.fl., 2008). Einnig kom í ljós að aðeins það starfsfólk sem spurði nemendur um sjálfsvíg fyrir hliðvarðaþjálfun gerði það líka eftir þjálfun (Wyman o.fl., 2008). Gefur það til kynna að gagnsemi hliðvarðaþjálfunar sé takmarkandi eða jafnvel engin. Jafnframt í rannsókn Reis og Cornell (2008) fengust neikvæðar niðurstöður sem snúa að hegðun hliðvarða. Þar sem að hliðverðir spurðu færri nemendur sem voru mögulega í sjálfsvígshættu um hvort þeir hefðu sjálfsvígshugsanir og einnig vísuðu þeir færri nemendum á aðstoð en þeir sem ekki höfðu hlotið þjálfun. Gefa niðurstöður til kynna að hliðvarðaþjálfun sé mögulega gagnlaus og jafnvel skaðleg. Í þó nokkrum tilvikum var þörf á að bæta þá aðferðafræði sem árangursrannsóknir á hliðvarðaþjálfun studdust við. Þó var alvarlegasti gallinn að ekki voru mældar breytingar á sjálfsvígshegðun (Reis og Cornell, 2008; Tompkins og Witt, 2009; Wyman o.fl., 2008). Þar af leiðandi er ekki hægt að draga ályktanir um hvort að hliðvarðaþjálfun sé góður kostur til að draga úr sjálfsvígshegðun ungmenna. Miðað við þær misvísandi niðurstöður og galla í aðferðafræði er ekki hægt mæla með notkun á hliðvarðaþjálfun. Þörf er á frekari rannsóknum þar sem aðferðafræði þeirra er bætt, til þess að hægt sé að meta hvort hún beri árangur.

Á meðal sjálfsvígsforvarna sem hafa verið framkvæmdar í skólum eru nokkrar sem innihalda tví- eða margþættar nálganir. Forvarnaverkefnið *Hugur og heilsa* hefur tvíþætta nálgun, samanstendur það af færniþjálfun og skimunum. Hefur það þá sérstöðu að vera forvörn gegn þunglyndi ungmenna. Árangursrannsókn á því sýndi að þau ungmenni sem hlutu ekki færniþjálfun voru átta sinnum líklegri til að þróa með sér þunglyndi og óyndi en þeir sem hlutu slíka þjálfun. Gefur það til kynna að sporna megi við þróun þunglyndis með

færniþjálfun á meðal ungmenna í áhættuhópi fyrir þunglyndi (Arnarson og Craighead, 2009a, 2009b; Eiríkur Örn Arnarson, 2010). Virðist vel að þessari rannsókn staðið, en ekki var tilgreint hvernig skólar voru valdir sem gæti mögulega skekkt niðurstöður. Áhugavert væri að bæta við mælingum á sjálfsvígshegðun og sjá hvort að verkefnið hafi áhrif á sjálfsvígshegðun ungmenna.

SOS-verkefnið samanstendur af sjálfsvígs-vitundarverkefni og skimun. Jákvætt er að *SOS*-verkefnið virtist draga úr sjálfsvígstilraunum og einnig hversu auðvelt það er í notkun fyrir kennara. Aftur á móti tókst *SOS*-verkefninu ekki að draga úr sjálfsvígshugsunum og fá nemendur í sjálfsvígshættu til að leita sér aðstoðar. Marga vankanta er að finna á aðferðum við mat á árangri verkefnisins svo erfitt er að draga ályktanir um notagildi þess. Gera þyrfti betri rannsóknir til að meta árangur af *SOS*-verkefninu (Aseltine og DeMartino, 2004)

Forvarna- og íhlutanaverkefni gegn sjálfsvígum ungmenna fela í sér margþættar nálganir. Árangursrannsókn á því gefur til kynna að verkefnið beri árangur í að lækka tíðni sjálfsvígshegðunar. Kostirnir við gerð þessarar rannsóknar er að notað var langtímasnið þar sem gögnum var safnað í 18 ár og að árangur var metinn í breytingum á sjálfsvígshegðun. Þó ber að slá varnagla við framangreinda túlkun vegna mögulegra galla í matsaðferð, þar sem stuðst var við upplýsingar frá neyðarsíma. Þar geta þættir eins og auglýsingar á þjónustunni og vanþekking á neyðarsímanum haft áhrif á niðurstöður. Því er ekki víst að um réttmæta mælingu á sjálfsvígshegðun hafi verið að ræða. Jafnframt voru fleiri annmarkar í framkvæmd og í aðferðafræði hennar. Vegna þessa er ekki hægt að segja til um hvort að forvarnaverkefnin séu ástæðan fyrir þessari lækkun á sjálfsvígstíðni og hvaða verkefni virkuðu fræðilega (Zenere og Lazarus, 2009). Einungis gefur það von um að forvarnaverkefni í skólum geti mögulega dregið úr sjálfsvígshegðun ungmenna.

Áhugavert hefur verið að sjá hversu mismunandi leiðir eru farnar til að meta árangur sjálfsvígsforvara. Virðist í mörgum tilvikum hafa gleymst hvert sé markmið þeirra, að draga úr sjálfsvígshegðun ungmenna.

Vel gerð árangursrannsókn á sjálfsvígsþörnum ungmenna

Komið hefur fram að aðalforsenda þess að sjálfsvígs forvarnaverkefni beri árangur er að það dragi úr sjálfsvígshegðun. Því er mikilvægt að árangursrannsóknir meti þá hegðun. Einnig þurfa rannsóknir að vera vel gerðar aðferðafræðilega séð svo hægt sé að nota niðurstöður þeirra við gerð og framkvæmd slíkra verkefna. Í bígerð

er árangursrannsókn á sjálfsvígs forvarnaverkefnum og gengur hún undir nafninu *Saving and Empowering Young Lives in Europe*. Miðað við aðgerðaáætlun hennar er hún gott dæmi um vel unna rannsókn þar sem árangur er metinn með því að mæla sjálfsvígshegðun og einnig er aðferðafræði hennar til sóma (Wasserman, o.fl., 2010).

Rannsóknarverkefnið SEYLE

SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*) er langtíma rannsóknarverkefni á forvarnaaðgerðum sem eiga að stuðla að bættri geðheilsu og sporna gegn sjálfsvígum. Rannsóknin er fjármögnuð af Evrópusambandinu þar sem Svíþjóð þjónar sem vísindaleg samstarfsmiðstöð. Fer hún fram í 11 löndum víðsvegar um Evrópu og hefur henni ekki verið lokið. Meta á árangur, hagkvæmni og áhrif þriggja mismunandi forvarnaverkefna sem fara fram í skólum. Aðalmarkmiðið er að athuga hvernig og hvort þessar aðgerðir dragi úr óheilbrigðri- og áhættuhegðun og stuðli að heilbrigðari hegðun ungmenna. Forvarnaverkefnin eru hliðvarðaþjálfun, sjálfsvígsvitundar-verkefni og skimun og stóðu þau yfir í fjórar vikur. Eru skimanir og tilvísanir í höndum fagmanna. Einnig er ein lágmarksíhlutun til samanburðar, sem eru sex fræðsluveggspjöld sem sett eru upp í kennslustofum í fjórar vikur. Á þeim er fræðsla um geðheilsu, sjálfshjálp, streitu, þunglyndi og sjálfsvígshugsanir, hvernig hægt er að aðstoða vin í vanda og fá ráðleggingar. Einnig eru upplýsingar um þau úrræði sem eru í boði (Wasserman o.fl., 2010). Hér fylgir nánari lýsing á helstu þáttum rannsóknaráætlunar Wasserman o.fl. (2010).

Rannsóknaráætlun

Áætlað er að þáttakendur í rannsókninni verði 11.000 15 ára nemendur frá 11 Evrópulöndum: Austurríki, Eistlandi, Þýskalandi, Ungverjalandi, Írlandi, Ísrael, Ítalíu, Rúmeníu, Slóveníu og Spáni. Þáttakendur í hverju forvarnaverkefni eru 250 nemendur, sem sagt 1000 í hverju landi (Wasserman o.fl., 2010). Með svona fjölmennu úrtaki eru meiri líkur á að hægt sé að alhæfa niðurstöður yfir á önnur ungmenni (Thompson, Eggert og Herting, 2000). Forvarnaverkefnin fara fram í skólum sem valdir voru handahófskennt (Wasserman o.fl., 2010). Slíkt val er mjög mikilvægt því þeir þáttakendur sem mat rannsóknarinnar byggist á eiga að endurspeglar það þýði sem álykta þarf um, í þessu tilfelli 15 ára ungmenni (Elmes o.fl., 2006). Um er að ræða slembna íhlutunarrannsókn (*randomized controlled*

trial), þar sem mat er lagt á þrjú mismunandi forvarnaverkefni í samanburði við lágmarks íhlutun. Forvarnaverkefnin eru metin og borin saman til að athuga hvaða áhrif þau hafa á áhættu- og sjálfsvígshegðun. Aðeins eitt forvarnaverkefni fer fram í hverjum skóla svo hægt sé að álykta um áhrif hvers fyrir sig (Wasserman o.fl., 2010).

Staðlaðir spurningalistar eru lagðir fyrir nemendur áður en verkefnin fara af stað og síðan þrem og 12 mánuðum eftir að fyrsta mælingin fer fram. Með spurninga-listunum fást meðal annars upplýsingar um sjálfsvígshegðun, lífsstíl og geðheilsu (Wasserman o.fl., 2010). Með langtímarannsóknum er hægt að draga ályktanir um orsakasambönd. Slíkar ályktanir eru ekki mögulegar þegar stuðst er við þversniðsrannsóknir (*cross-sectional designs*) þar sem bornir eru saman ólíkir einstaklingar og fást því ekki upplýsingar um breytingar á hegðun hvers einstaklings. Þó fylgja einnig gallar við notkun á langtímasniði. Slíkar rannsóknir eru kostnaðarsamari og tímafrekari, einnig gæti möguleg aldursáhrif (*aging effects*) og kynslóðaráhrif (*cohort effects*) skekkt niðurstöður. Þrátt fyrir annmarka er þetta snið talið veita mun betri upplýsingar um hvort eigi sér stað breytingar í sjálfsvígshegðun og einnig til að meta langtímaáhrif forvara (Mash og Wolfe, 2010). Hér er sérstaklega gott að sjálfsvígshegðun skuli vera mæld því það er sú hegðun sem forvarnaverkefnin ættu að draga úr. En einn hnökri er á þeirri matsaðferð. Þörf væri á fleiri nálgunum til að mæla sjálfsvígshegðun, þar sem einungis er stuðst við sjálfsmat. Geta þar af leiðandi fjöldi þátta takmarkað réttmæti slíks mats (Mash og Wolfe, 2010). Væri til dæmis gott að styðjast við gögn sem fengjust frá heilbrigðisyfirvöldum um algengi sjálfsvíga. Jafnvel ef mögulegt væri að fá fjölda innlagna ungmenna á geðdeildir sem eru í sjálfsvígshættu. Með því að blanda ólíkum matsaðferðum á algengi sjálfsvígshegðunar fæst skýrari mynd af því hvort árangur hlýst við beitingu forvarnaverkefna. Jafnframt eru lagðir spurningalistar fyrir starfsfólk skólanna um tilvísanir nemenda á aðstoð, þekkingu og viðhorf þeirra til sjálfsvígshegðunar og skoðun þeirra á *SEYLE* verkefninu (Wasserman o.fl., 2010). Einnig eru þetta mikilvægar upplýsingar sem hægt er að nýta til að bæta verkefnið enn fremur.

Rannsóknin mun vonandi gefa af sér miklar upplýsingar um hvort árangur hljótist af þessum verkefnum. Getur það varpað enn frekara ljósi á þá möguleika sem í boði eru, til að sporna gegn sjálfsvígum ungmenna. Í samanburði við flestar þeirra árangursrannsókna sem skoðaðar hafa verið, er þessi rannsókn til

fyrirmynnar hvað varðar rannsóknarsnið, aðferðir við mælingar og stjórn á tilraunaaðstæðum.

Lokaorð

Sjálfsvíg á meðal ungmenna eru alvarlegt samfélagsmein og hafa því margar þjóðir heims kappkostað við að finna leiðir til að koma í veg fyrir þau (Alþingi, 1996; Beautrais o.fl., 2007; Landlæknisembættið, 2004; WHO, 1999). Áður en sjálfsvígs forvarnaverkefni eru útbúin og sett í framkvæmd, er nauðsynlegt að skoða þau siðferðilegu álitamál sem varða sjálfsvíg og forvarnir gegn þeim. Það virðist vera siðferðilegur grundvöllur á notkun þeirra vegna tengsla sjálfsvíga við geðraskanir (Fleischmann o.fl., 2005), skaða sem af þeim hljótast (Knieper, 1999), takmarkana í úrræðahæfni hjá þeim sem fremja slíkt athæfi (Schotte og Clum, 1987), skammvinns ástands sjálfsvígshegðunar og áfalla sem tengjast henni (Holmes, 1987). Þrátt fyrir að það sé réttlætanlegt að beita sjálfsvígsforvörnum, þarf að athuga hvort sé þörf fyrir þær og hvar hún liggi. Er það meðal annars gert með því að skoða tíðni sjálfsvígshegðunar.

Það virðist vera brýn þörf á sjálfsvígsforvörnum fyrir íslensk ungmenni, sérstaklega á meðal íslenskra pilta þar sem algengi sjálfsvíga þeirra er í hærra lagi miðað við önnur lönd (Nordic Medico-Statistical Committee, 2010; WHO, e.d.b). Jákvætt þykir að sjálfsvígstíðni íslenskra stúlkna er í lægra lagi miðað við kynsystur þeirra út í heimi (Nordic Medico-Statistical Committee, 2010; WHO, e.d.b). Það er þó ekki til marks um að stúlkur séu í minni vanda, þar sem tíðni sjálfsvígstilrauna eru mun hærri en hjá drengjum (Hagstofan, e.d.a; Þóroddur Bjarnason o.fl., 2002). Þar af leiðandi er mikilvægt að sjálfsvígsforvörnum sé beint bæði að drengjum og stúlkum. Einnig er mikilvægt að sjálfsvígsforvarnir séu hafnar snemma á unglingsárum, vegna mikillar aukningar á tíðni sjálfsvíga á þeim miklu mótuunarárum (Anderson, 2002; Gould o.fl., 2003b; Hagstofan, e.d.a). Þörf er á nýjum mælingum á tíðni sjálfsvígstilrauna og sjálfsvígshugleiðinga hjá íslenskum ungmennum til þess átta sig betur á umfangi vandans, þar sem að þær mælingar sem stuðst er við eru í eldri kantinum (Þóroddur Bjarnason o.fl., 2002).

Nafnið sjálfsvígsforvarnir er í raun afskaplega einhæft og nær ekki yfir þann umfangsmikla vanda sem liggar að baki sjálfsvígi. Þar sem margfalt fleiri gera tilraunir til sjálfsvígs en þeir sem fremja sjálfsvíg og enn fleiri eru í

sjálfsvígshugleiðingum (Grunbaum o.fl., 2004; Moscicki, 2001). Þarf því að finna rót vandans, hvað knýr ungmenni til slíkra hugsana og gjörða, svo hægt sé að búa til árangursríka forvörn. Brugðist hefur verið við því með að athuga þá áhættuþætti sem auka líkur á að ungmenni geri tilraun til eða fremji sjálfsvíg (Pelkonen og Marttunen, 2003). Þar leika geðraskanir veigamikið hlutverk í að auka áhættu á sjálfsvígi á meðal ungmenna (Fleischmann o.fl., 2005). Af þeim eru lyndisraskanir taldar vera einn stærsti áhættuþáttur sjálfsvíga á meðal ungmenna (Beautrais, 2000; Fleischmann o.fl., 2005; Nock o.fl., 2008) og einnig vímuefnavandi (Pirkola o.fl., 1999). Jafnframt eru persónuleikaraskanir og átraskanir umtalsverður áhættuþáttur fyrir sjálfsvíg hjá ungmennum (Brent o.fl., 1994; Brausch og Gutierrez, 2009). Því er mikilvægt að einblínt sé á þessa þætti við gerð forvarnaverkefna, einnig á fjölda geðrænna kvilla, þar sem að hættan á sjálfsvígi eykst með fjölda þeirra (Beautrais o.fl., 1996).

Fleiri þætti er þó mikilvægt að hafa í huga við gerð forvarnaverkefna eins og áföll, streituvaldandi og neikvæða atburði (Borges o.fl., 2008; Dube o.fl., 2001; Fergusson o.fl., 2000). Þá sérstaklega að vera í nánum tengslum við einhvern sem sýnir sjálfsvígshegðun (Runeson, 1998). Einnig þarf að taka mið af fjölda félagslegra þátta við gerð forvarnaverkefna. Margir persónuleika- og hugrænir þættir tengjast sjálfsvígshegðun, mikilvægastir á meðal þeirra eru hvatvísí, árasargirni og vonleysi (Beautrais o.fl., 1999; Brent o.fl., 1994; Fergusson o.fl., 2000; Garrison o.fl., 1993; Rotheram-Borus og Trautman, 1990). Því þarf einnig að taka tillit til þeirra við gerð forvara. Jafnframt er mikilvægt að skoða verndandi þætti þegar meta á hættu á sjálfvígí, þar sem að þeir haldast í hendur við áhættuþætti (Fergusson o.fl., 2003). Veita þeir upplýsingar um hvaða þætti á að reyna að bæta hjá þeim sem eru í hættu á að fremja sjálfsvíg, sem síðan er hægt að innleiða í forvarnaverkefni.

Markmið sjálfsvígsforvara er að koma sem fyrst inn í sjálfsvígsatferli, finna þá sem eru í hættu á að fremja sjálfsvíg og beina þeim í viðeigandi meðferð (CDC, 1994). Samhliða framkvæmd sjálfsvígs forvarnaverkefna er nauðsynlegt að árangur þeirra sé metinn, því sýnt hefur verið fram á að sum verkefni hafi engin eða takmörkuð áhrif og sum geta beinlínis verið skaðleg (Overholser o.fl., 1989; Reis og Cornell, 2008; Shaffer o.fl., 1990). Jafnframt eru þau tímafrek og kostnaðarsöm og þarf því að réttlæta notkun þeirra með tilliti til árangurs og hagkvæmni (Sari o.fl., 2008). Er sérstaklega skoðað hvort hljótist árangur af

sjálfsvígs forvarnaverkefnum sem framkvæmd eru í skólum og hvernig slíkum árangursmælingum er háttar.

Árangursrannsóknir sýna misvísandi niðurstöður fyrir sjálfsvígsvitundarverkefni og hliðvarðaþjálfun (Ciffone, 1993; Kalafat og Elias, 1994; Kalafat og Gagliano, 1996; Overholser o.fl., 1989; Reis og Cornell, 2008; Shaffer o.fl., 1990; Tompkins og Witt, 2009; Wyman o.fl., 2008). Í sumum tilfellum gáfu niðurstöður til kynna að verkefnin væru gagnslaus og jafnvel skaðleg. Alvarlegur annmarki var í aðferðafræði árangursrannsókna á verkefnunum þar sem árangur var ekki mældur út frá breytingum á sjálfsvígshegðun. Því er þörf á frekari rannsóknum til að meta hvort árangur hljótist af þeim og þar af leiðandi er ekki hægt að mæla með notkun þeirra að sinni.

Skimanir hafa astur á móti reynst góður kostur í forvarnaskyni. Þá til þess að finna þau ungmenni sem eru í hættu á að fremja sjálfsvíg (Eggert o.fl., 1994; Joiner o.fl., 2002; Osman o.fl., 1996; Shaffer o.fl., 2004; Thompson og Eggert, 1999). Vandkvæði fylgja þó skimunum, því starfsfólk skóla hefur þótt þau erfið í notkun sökum ofgreiningar nemenda (Hallfors o.fl., 2006; Eckert o.fl., 2003; Miller o.fl., 1999). Hægt er að leysa þann vanda með því að fá fagfolk til að sjá um framkvæmd þeirra. Af þessu að dæma virðast skimanir vera gott tæki til notkunar í baráttunni við að lækka tíðni sjálfsvígshegðunar, þó er þörf á að gera þær einfaldari og aðgengilegri í notkun (Eckert o.fl., 2003; Hallfors o.fl., 2006). Rannsóknir á færniþjálfun hafa sýnt niðurstöður sem gefa góða von hvað varðar að draga úr sjálfsvígshegðun (Eggert o.fl., 1995; Randell, o.fl., 2001). Kostur árangursrannsókna á færniþjálfun er að sjálfsvígshegðun var mæld til að meta árangur en með því er hægt að draga ályktanir um hvort að verkefnið beri árangur eða ekki. Þó væri þörf á fleiri rannsóknum á þessu sviði, þar sem að ekki var leiðrétt fyrir áhrif þátta sem gætu mögulega haft áhrif á lækkun á tíðni sjálfsvígshegðunar. Því þyrfti að skoða færniþjálfun eina og sér í samanburði við lágmarks inngríp eða matsviðtal (Eggert o.fl., 1995; Randell o.fl., 2001).

Skoðaður var árangur þriggja forvarnaverkefna sem hefur í sér fleiri en eina tegund af forvörn. Íslenska þunglyndis forvarnaverkefnið *Hugur og heilsa* samanstendur af færniþjálfun og skimunum. Niðurstöður árangursrannsókna á því verkefni gefa til kynna að sporna megi við þróun þunglyndis á meðal ungmenna í áhættuhópi fyrir þunglyndi. Áhugavert væri að bæta við mælingum á sjálfsvígshegðun og sjá hvort að verkefnið hafi áhrif á sjálfsvígshegðun ungmenna

(Arnarson og Craighead, 2009a, 2009b; Eiríkur Örn Arnarson, 2010). *SOS*-verkefnið samanstendur af sjálfsvígs-vitundarverkefni og skimun. Marga vankanta er að finna á aðferðum við mat á árangri verkefnisins svo erfitt er að draga ályktanir um notagildi þess. Gera þyrfti betri rannsóknir til að meta hvort að árangur hlýst af *SOS*-verkefninu (Aseltine og DeMartino, 2004)

Forvarna- og íhlutunarverkefnið gegn sjálfsvígum ungmenna felur í sér margþættar nálganir. Lækkun var á tíðni sjálfsvígshegðunar á þessu 18 ára tímabili sem rannsóknin stóð yfir. Þó það gefi til kynna að verkefnið hafi borið árangur þá voru margir annmarkar á rannsókninni sem vert er að nefna. Þetta var ekki samanburðarrannsókn, illa var staðið að mælingum á breytingum á sjálfsvígshegðun og ekki var notað slembiúrtak við val á þátttakendum (Zenere og Lazarus, 2009). Út frá þessu er erfitt að segja til um hvort að lækkun á tíðni sjálfsvígshegðunar stafi af þessu tiltekna verkefni eða einhverju öðru. Því bendir þessi rannsókn einungis til þess að forvarnaverkefni í skólum geti mögulega dregið úr sjálfsvígshegðun ungmenna.

Kom það ritgerðarhöfundum í opna skjöldu í hve mörgum tilvikum voru óviðunandi mælingar á árangri verkefna. Svo virtist sem sumir rannsakendur hafi gleymt að huga að tilgangi sjálfsvígs forvarnaverkefna, þar sem að árangur var ekki mældur í breytingum á sjálfsvígshegðun, heldur þess í stað í breytingum á viðhorfum eða þekkingu (Ciffone, 1993; Kalafat og Elias, 1994; Kalafat og Gagliano, 1996; Overholser o.fl., 1989; Reis og Cornell, 2008; Shaffer o.fl., 1990; Tompkins og Witt, 2009; Wyman o.fl., 2008). Út frá þessu er ekki hægt að meta hvort að verkefni beri árangur sem sjálfsvígsforvörn. Þó skal hafa það í huga að það er vandasamt verk að mæla sjálfsvígshegðun og jafnvel er fræðilegt að í sumum tilfellum fáist ekki tilskilin leyfi til slíkra mælinga. Er það mögulega talið stafa af hræðslu og vanþekkingu þeirra sem koma að leyfisveitingum. Þar sem útbreiddur er sá misskilningur að tala eða spryja um sjálfsvíg muni hvetja til sjálfsvígshegðunar hjá ungmennum. Aftur á móti hefur verið sýnt fram á að svo sé ekki og því er það engin fyrirstaða við notkun á mælingum á sjálfsvígshegðun hjá ungmennum (Kalafat, 2003; Mazza, 1997; Shafii, Carrigan, Whittinghill og Derrick, 1985). Jafnframt var aðferðafræði margra af þeim árangursrannsóknum sem skoðaðar voru ábótant. Brugðist var við því með að taka gott dæmi um vel framsetta rannsóknaráætlun fyrir *SEYLE* rannsóknarverkefnið á forvarnaaðgerðum. Verður áhugavert að sjá hverju hún muni skila.

Alvarleiki sjálfsvígshegðunar er mikill og því er mikilvægt að rannsaka vel árangur slíkra verkefna (Mazza, 1997). Óásættanlegt er að framkvæmd óárangursríkra verkefna sé viðhaldið. Má ætla að allir sjái alvarleika þess en til öryggis eru nokkur atriði talin upp hér: ótímabær dauðsföll ungmenna, sú þjáning sem fylgir sjálfsvígshegðun og sjálfsvígshugleiðingum og sú sem eftirlifendur sjálfsvígsfórnarlamba upplifa. Að þessu undanskildu fylgir þessum verkefnum væntanlega mikill kostnaður sem er enn önnur ástæða fyrir því að gera ætti árangursrannsóknir á þeim. Því ættu allir sem að forvörnum koma að vanda til verks og vinna ötullega að því að sporna gegn sjálfsvígshegðun með því að vinna gegn áhættuþáttum, með verndandi þáttum, framkvæma árangursrannsóknir á forvarnaverkefnum á sem bestan mögulega máta og meta árangur verkefna út frá breytingum í sjálfsvígshegðun. Er þessi fræðilega úttekt forvinna að frekari rannsóknum á sviði sjálfsvígsforvara sem ritgerðahöfundar ætla vonandi að framkvæma í nánustu framtíð.

Heimildir

- Agerbo, E., Nordentoft, M. og Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study [rafræn útgáfa]. *British Medical Journal*, 325, 74-79.
- Alþingi. (1996). *Könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga á Íslandi og tillögur til úrbóta*. Reykjavík: Gutenberg–Steindórsprent.
- American Psychiatric Association, APA (2000). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4. útgáfa) [rafræn útgáfa]. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA (2010). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (5. útgáfa) [rafræn útgáfa]. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, R. N. (2002). Deaths: Leading causes for 2000 [rafræn útgáfa]. *National Vital Statistics Reports*, 50(16). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Andrews, J. A. og Lewinsohn, P. M. (1992). Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders [rafræn útgáfa]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(4), 655–662.
- Arnarson, E. A. og Craighead, W. E. (2009a). Forvörn þunglyndis meðal ungmenna; mat á árangri sex mánuðum eftir námskeið [rafræn útgáfa]. *Sálfræðiritið*, 47, 68-72.
- Arnarson, E. A. og Craighead, W. E. (2009b). Prevention of depression among Icelandic adolescents [rafræn útgáfa]. *Behavioral Research and Therapy*, 14, 577-585.
- Aseltine, R. H. og DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program [rafræn útgáfa]. *American Journal of Public Health*, 94(3), 446-451.
- Baldessarini, R. J. og Tondo, L. (2003). Suicide risk and treatments for patients with bipolar disorder [rafræn útgáfa]. *The Journal of the American Medical Association*, 290(11), 1517–1518.

- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people [rafræn útgáfa]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 420-436.
- Beautrais, A. L. (2003a). Life course factors associated with suicidal behaviors in young people [rafræn útgáfa]. *American Behavioral Scientist*, 46, 1137-1156.
- Beautrais, A. L. (2003b). Suicide and serious suicide attempts in youth: A multiple-group comparison study [rafræn útgáfa]. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1093-1099.
- Beautrais, A. L., Fergusson, D., Coggan, C., Collings, C., Doughty, C., Ellis, P. o.fl. (2007). Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: A review of the evidence [rafræn útgáfa]. *Journal of the New Zealand Medical Association*, 120(1251), U2459.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R. og Mulder, R. T. (1999). Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people [rafræn útgáfa]. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 29(1), 37-47.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J. og Nightingale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study [rafræn útgáfa]. *The American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1009-1014.
- Blum, R. og Nelson-Mmari, K. (2005). *Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries: An analysis of adolescent sexual and reproductive health literature from around the world* [rafræn útgáfa]. Genf: WHO.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Molnar, B. E. og Nock, M. K. (2008). Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents [rafræn útgáfa]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 654–666.
- Borowsky, I. W., Ireland, M. og Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors [rafræn útgáfa]. *Pediatrics*, 107(3), 485-493.
- Bostwick, J. M. og Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination [rafræn útgáfa]. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1925–1932.

- Brausch, A. M. og Gutierrez, P. M. (2009). The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents [rafræn útgáfa]. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(1), 58-71.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T. og Chiappetta, L. (1999). Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide [rafræn útgáfa]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497–1505.
- Brent, D. A., Johnson, B. A., Perper, J., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S. o.fl. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents [rafræn útgáfa]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1080–1086.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C. o.fl. (1993a). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study [rafræn útgáfa]. *The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 521–529.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Baugher, M., Roth, C., Balach, L. o.fl. (1993b). Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: A case control study [rafræn útgáfa]. *Suicide and Life-Threatening behavior*, 23(3), 179-187.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. og Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior [rafræn útgáfa]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 372-394.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M. og Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review [rafræn útgáfa]. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Center for Disease Control and Prevention, CDC. (1992). *Youth suicide prevention programs: a resource guide* [rafræn útgáfa]. Atlanta: Centers for Disease Control.
- Center for Disease Control and Prevention, CDC. (1994). Programs for the prevention of suicide among adolescents and young adults; and suicide contagion and the reporting of suicide. Recommendations from a national workshop [rafræn útgáfa]. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43(6), 1-18.

- Chen, Y. W. og Dilsaver, S. C. (1996). Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other axis I disorders [rafræn útgáfa]. *Biological Psychiatry*, 39, 896–899.
- Christensen, J., Vertergaard, M., Mortensen, P. B., Sidenius, P. og Agerbo, E. (2007). Epilepsy and risk of suicide: A population-based case-control study [rafræn útgáfa]. *The Lancet Neurology*, 6(8), 693-698.
- Ciffone, J. (1993). Suicide prevention: A classroom presentation to adolescents [rafræn útgáfa]. *Social Work*, 38(2), 197-203.
- Clum, G. A. (1987). Abandon the suicidal? A reply to Szasz [rafræn útgáfa]. *American Psychologist*, 42(9), 883–885.
- Conley, C. og Rudolph, K. D. (2009). The emerging sex difference in adolescent depression: interacting contribution of puberty and peer stress [rafræn útgáfa]. *Development and Psychopathology*, 21(2), 593-620.
- Corcos, M., Taïeb, O., Benoit-Lamy, S., Paterniti, S., Jeammet, P. og Flament, M. F. (2002). Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics [rafræn útgáfa]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 381–386.
- Donald, M., Dower, J., Correa-Velez, I. og Jones, M. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: A comparison of hospital-based with population-based samples of young adults [rafræn útgáfa]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 87–96.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F. og Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study [rafræn útgáfa]. *Journal of the American Medical Association*, 286(24), 3089-3096.
- Duberstein, P. R. og Conwell, Y. (1997). Personality disorders and completed suicide: a methodological and conceptual review [rafræn útgáfa]. *Clinical Psychology Science and Practice*, 4, 359–376.
- Eckert, T. L., Miller, D. N., DuPaul, G. J. og Riley-Tillman, T. C. Adolescent suicide prevention: school psychologists' acceptability of school-based programs [rafræn útgáfa]. *School Psychology Review*, 32(1), 57-76.

- Eggert, L. L., Thompson, E. A. og Herting, J. R. (1994). A measure of adolescent potential for suicide (MAPS): Development and preliminary findings [rafræn útgáfa]. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 24(4), 359.
- Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R. og Nicholas, L. J. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: Tests of a school-based prevention program [rafræn útgáfa]. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25(2), 276-293.
- Eiríkur Örn Arnarson. (2010). Forvörn þunglyndis hjá ungmennum [rafræn útgáfa]. *Geðvernd*, 39, 30-34.
- Elmes, D. G., Kantowitz, B. H. og Roediger, H. L. (2006). *Research methods in psychology* (8. útgáfa). Belmont, CA: Thomas Higher Education.
- Ernst, C., Lalovic, A., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M. og Turecki, G. (2004). Suicide and no axis I psychopathology [rafræn útgáfa]. *BMC Psychiatry*, 4, 1-5.
- Ernst, C., Mechawar, N. og Turecki, G. (2009). Suicide neurobiology [rafræn útgáfa]. *Progress in Neurobiology*, 89, 315–333.
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L. og Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people [rafræn útgáfa]. *Psychological Medicine*, 33, 61–73.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J. og Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood [rafræn útgáfa]. *Psychological Medicine*, 30, 23–39.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M. og Beautrais, A. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: A critical examination of the evidence [rafræn útgáfa]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 676-683.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. M., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H. o.fl. (2008). Depression, desperation and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University [rafræn útgáfa]. *Depression and Anxiety*, 25, 482-488.
- Garner, D. M. og Garfinkel, P. E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa [rafræn útgáfa]. *Psychological Medicine*, 10, 647-656.

- Garner, D. M., Garner, M. V. og Rosen, L. W. (1993). Anorexia nervosa "restricters" who purge: Implications for subtyping anorexia nervosa [rafræn útgáfa]. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 171-185.
- Garofalo, R., Wolf, R. C., Wissow, L. S., Woods, E. R. og Goodman, E. (1999). Sexual orientation and risk of suicide attempts among a representative sample of youth [rafræn útgáfa]. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 487-493.
- Garrison, C. Z., McKeown, R. E., Valois, R. F. og Vincent, M. L. (1993). Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students [rafræn útgáfa]. *American Journal of Public Health*, 83(2), 179-184.
- Goldney, R. D. (2001). The media and suicide: A cautionary view [rafræn útgáfa]. *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide*, 22(4), 173-175.
- Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Ryan, N. D., Keller, M., Strober, M. A. o.fl. (2005). History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: Factors associated with increased risk [rafræn útgáfa]. *Bipolar Disorders*, 7, 525-535.
- Goldstein, T. R., Bridge, J. A. og Brent, D. A. (2008). Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescent [rafræn útgáfa]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 84-91.
- Goodwin, R. D., Beautrais, A. L. og Fergusson, D. M. (2004). Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: Evidence from a general population sample [rafræn útgáfa]. *Psychiatric Research*, 126, 159-165.
- Gould, M. S. (2001). Suicide and the media [rafræn útgáfa]. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 200–221.
- Gould, M. S. (2006). Suicide and the media [rafræn útgáfa]. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 200-224.
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M. og Shaffer, D. (2003b). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years [rafræn útgáfa]. *The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386–405.
- Gould, M., Jamieson, P. og Romer, D. (2003a). Media contagion and suicide among [rafræn útgáfa]. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1269-1284.
- Gould, M. S. og Kramer, R. A. (2001). Youth suicide prevention [rafræn útgáfa]. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 31, 6-31.

- Gould, M. S., Wallenstein, S., Kleinman, M., O'Carroll, P. og Mercy, J. (1990). Time-space clustering of teenage suicide [rafræn útgáfa]. *American Journal of Epidemiology*, 131, 71-78.
- Groholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L. og Haldorsen, T. (1997). Youth suicide in Norway, 1990–1992: A comparison between children and adolescents completing suicide and age- and gender-matched controls [rafræn útgáfa]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(3), 250–263.
- Groholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L. og Haldorsen, T. (1998). Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: A comparative study [rafræn útgáfa]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(5), 473–481.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R. o.fl. (2004). Youth risk behavior surveillance – United States, 2003 [rafræn útgáfa]. *MMWR Surveillance Summaries: Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries/CDC*, 53(2), 1–96.
- Guo, B. og Harstall, C. (2002). *Efficacy of suicide prevention programs for children and youth* [rafræn útgáfa]. (Health Technology Assessment skýrsla nr. 26). Alberta: Institute of Health Economics.
- Haavisto, A., Sourander, A., Ellila, H., Välimäki, M., Santalahti, P. og Helenius, H. (2003). Suicidal ideation and suicide attempts among child and adolescent psychiatric inpatients in Finland [rafræn útgáfa]. *Journal of Affective Disorders*, 76, 211-221.
- Hagstofan. (e.d.a). *Dánir eftir dánarorsökum (Evrópski stuttlistinn), kyni og aldri 1981-2009*. Sótt 15. janúar 2011 af <http://hagstofan.is/Hagtolur/Mannfjoldi/Faaddir-og-danir>
- Hagstofan. (e.d.b). *Skólasókn eftir kyni, aldri og landsvæðum 1999-2010*. Sótt 27.apríl 2011 af <http://www.hagstofan.is/Hagtolur/Skolamal/Yfirlit>
- Hagstova Foroya. (e.d.). *Key figures*. Sótt 9. mars 2011 af http://www.hagstova.fo/portal/page/portal/HAGSTOVAN/Statistics_%20Faro_e_Islands
- Hallfors, D., Brodish, P. H., Khatapoush, S., Sanchez, V., Cho, H. og Steckler, A. (2006). Feasibility of screening adolescents for suicide risk in “real-world”

- high school settings [rafræn útgáfa]. *American Journal of Public Health*, 96(2), 282-287.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. og Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities [rafræn útgáfa]. *Addictive Behaviors*, 27, 951–976.
- Hawton, K. og van Heeringen, K. (2009). Suicide [rafræn útgáfa]. *Lancet*, 372, 1372-1281.
- Hávar Sigurjónsson. (2011). Sjálfsvíg er alltaf harmleikur- Segir Óttar Guðmundsson [rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 97(1), 44-45.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Kuoppasalmi, K. I. o.fl. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide [rafræn útgáfa]. *The American Journal and Psychiatry*, 150(6), 935-940.
- Holmes, C. B. (1987). Comment on Szasz's view of suicide prevention [rafræn útgáfa]. *American Psychologist*, 42(9), 881–882.
- Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Kuoppasalmi, K. I. o.fl. (1996). Suicide among subjects with personality disorders [rafræn útgáfa]. *The American Journal of Psychiatry*, 153(5), 667-673.
- James, A., Lai, F. H. og Dahl, C. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations [rafræn útgáfa]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 408-415.
- Joffe, R. T., Offord, D. R. og Boyle, M. H. (1988). Ontario Child Health Study: suicidal behavior in youth age 12–16 years [rafræn útgáfa]. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1420–1423.
- Joiner Jr., T. E., Pfaff, J. J. og Acres, J. G. (2002). A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project [rafræn útgáfa]. *Behavior Research and Therapy*, 40, 471-481.
- Jokinen, J., Carlborg, A., Martensson, B., Forslund, K., Nordström, A. og Nordström, P. (2007). DST non-suppression predicts suicide after attempted suicide [rafræn útgáfa]. *Psychiatry Research*, 150, 297–303.
- Jóhanna M. Sigurjónsdóttir, Nanna Briem, Guðrún Jónsdóttir, Sigurður P. Pálsson og Hannes Pétursson. (1993). Tíðni sjálfsvíga hjá þeim sem áður hafa reynt

- sjálfsvíg [rafræn útgáfa]. *Læknablaðið*, 79, 335-341.
- Kalafat, J. (2003). School approaches to youth suicide prevention [rafræn útgáfa]. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1211-1223.
- Kalafat, J. og Elias, M. (1994). An evaluation of a school-based suicide awareness intervention [rafræn útgáfa]. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 24(3), 224-233.
- Kalafat, J. og Gagliano, C. (1996). The use of simulations to assess the impact of an adolescent suicide response curriculum [rafræn útgáfa]. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 26(4), 359-364.
- Kalafat, J., O'Halloran, S. og Underwood M. (1989). *Lifelines: School-Based Suicide Response Program*. Dubuque, IA: Kendall/Hunt.
- Kessler, R. C., Downey, G., Milavsky, J. R. og Stipp, H. (1988). Clustering of teenage suicides after television news stories about suicides: A reconsideration [rafræn útgáfa]. *The American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1379-1383.
- Knieper, A. J. (1999). The suicide survivor's grief and recovery [rafræn útgáfa]. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 29(4), 353-364.
- Kreitman, N. (1976). The coal gas story: United Kingdom suicide rates, 1960-71 [rafræn útgáfa]. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 30, 86-93.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders [rafræn útgáfa]. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921-926.
- Landlæknisembættið. (e.d.). *Um verkefnið, Þjóð gegn þunglyndi*. Sótt þann 1. febrúar 2011 af <http://www.landlaeknir.is/pages/280>
- Landlæknisembættið. (2004). *Að koma í veg fyrir sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir meðal unglings*. Genf: Alþjóðaheilbrigðismálstofnunin.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Buteau-Menard, C. o.fl. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men [rafræn útgáfa]. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1063-1068.
- Lester, D. (2006). Suicide and Islam [rafræn útgáfa]. *Archives of Suicide Research*, 10, 77-97.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. og Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts [rafræn útgáfa]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297-305.

- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. og Seeley, J. R. (1996). Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications [rafræn útgáfa]. *Clinical Psychology Science and Practice*, 3, 25–36.
- Mancoske, R. J., Wadsworth, C. M., Dugas, D. S. og Hasney, J. A. (1995). Suicide risk among people living with AIDS [rafræn útgáfa]. *Journal of Social Work*, 40(6), 783-787.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behavior [rafræn útgáfa]. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 819–828.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A. o.fl. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review [rafræn útgáfa]. *The Journal of the American Medical Association*, 294, 2064-2074.
- Martin, G., Rozanes, P., Pearce, C. og Allison, S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction [rafræn útgáfa]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(5), 336–344.
- Mash, E. J. og Wolfe, D. A. (2010). *Abnormal child psychology* (4. útgáfa). Wadsworth: Cengage Learning.
- Mazza, J. J. (1997). School-based suicide prevention programs: Are they effective [rafræn útgáfa]? *School Psychology Review*, 26(3), 382-396.
- McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M., Alda, M., Benkelfat, C., Lesage, A. o.fl. (2006). An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: A psychological autopsy study [rafræn útgáfa]. *Journal of Affective Disorders*, 97, 203-209.
- Menntamálaráðuneytið. (2006). *Aðalnámskrá grunnskóla: Almennur hluti*. Sótt 23. mars 2011 af <http://www.menntamalaraduneyti.is/utgefidefn/namskrar//nr/3953>
- Miller, M., Azrael, D. og Hemenway, D. (2004). The epidemiology of case fatality rates for suicide in the northeast [rafræn útgáfa]. *Annals of Emergency Medicine*, 43(6), 723-730.
- Miller, D. N., Eckert, T. L., DuPaul, G. J. og White, G. P. (1999). Adolescent suicide prevention: Acceptability of school-based programs among secondary school principals [rafræn útgáfa]. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 29(1), 72-85.

- Mortensen, P. B., Agerbo, E., Erikson, T., Qin, P. og Westergaard-Nielsen, N. (2000). Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark [rafræn útgáfa]. *Lancet*, 355, 9-12.
- Moscicki, E. K. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: Toward a framework for prevention [rafræn útgáfa]. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 310–23.
- Neumarker-Sztainer, D., Story, M., Dixon, L. B. og Murray, D. M. (1998). Adolescents engaging in unhealthy weight control behaviors: Are they at risk for other health-compromising behaviors [rafræn útgáfa]? *American Journal of Public Health*, 88, 952-955.
- Nielson, B., Wang, A. og Bille-Brahe, U. (1990). Attempted suicide in Denmark IV. A five-year follow-up [rafræn útgáfa]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81(3), 250–254.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A. o.fl. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts [rafræn útgáfa]. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105.
- Nordic Medico-Statistical Committee. (2010). *Health statistics in the Nordic Countries 2010* [rafræn útgáfa]. Kaupmannahöfn: Höfundur.
- Nordström, P., Samuelsson, M., Asberg, M., Träskman-Bendz, L., Aberg-Wistedt, A., Nordin, C. o.fl. (1994). CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide [rafræn útgáfa]. *Suicide & Life – Threatening Behavior*, 24(1), 1-9.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L. og Silverman, M. M. (1996). Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology [rafræn útgáfa]. *Suicide and Life – Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- Oquendo, M. A., Russo, S. A., Underwood, M. D., Kassir, S. A., Ellis, S. P., Mann, J. J. o.fl. (2006). Higher postmortem prefrontal 5-HT_{2A} receptor binding correlates with lifetime aggression in suicide [rafræn útgáfa]. *Biological Psychiatry*, 59(3), 235-243.
- Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Osman, J. R., Besett, T. og Marsha, M. L. (1996). The brief reasons for living inventory for adolescents (BFRL-A) [rafræn útgáfa]. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(4), 433-443.

- Overholser, J. C., Hemstreet, A. H., Spirito, A. og Vyse, S. (1989). Suicide awareness programs in the schools: Effects of gender and personal experience [rafræn útgáfa]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 925-930.
- Palmer, B. A., Pankratz, V. S. og Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia—a reexamination [rafræn útgáfa]. *Archives General Psychiatry*, 62, 247–253.
- Pandey, G. N., Dwivedi, Y., Rizavi, H. S., Ren, X., Pandey, S. C., Pesold, C. o.fl. (2002). Higher expression of serotonin 5-HT(2A) receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims [rafræn útgáfa]. *American Journal of Psychiatry*, 159, 419–429.
- Partonen, T., Haukka, J., Virtamo, J., Taylor, P. R. og Lönnqvist, J. (1999). Association of low serum total cholesterol with major depression and suicide [rafræn útgáfa]. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 259–262.
- Patton, G. C. (2008). Weighing an ounce of prevention [rafræn útgáfa]. *Journal of Adolescent Health*, 43, 3-5.
- Paykel, E., Prusoff, B. og Myers, J. (1975). Suicide attempts and recent life events [rafræn útgáfa]. *Archives of General Psychiatry*, 32, 327–333.
- Pelkonen, M. og Marttunen, M. (2003). Child and adolescent suicide epidemiology, risk factors, and approaches to prevention [rafræn útgáfa]. *Pediatric Drugs*, 5(4), 243-265.
- Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect [rafræn útgáfa]. *American Sociological Review*, 39, 340–354.
- Phillips, D. P. (1979). Suicide, motor vehicle fatalities, and the mass media: Evidence toward a theory of suggestion [rafræn útgáfa]. *American Journal of Sociology*, 84, 1150–1174.
- Phillips, M. R., Li, X. og Zhang, Y. (2002). Suicide rates in China, 1995-99 [rafræn útgáfa]. *Lancet*, 359, 835-840.
- Pirkis, J. og Blood, R. W. (2001). Suicide and the media: Part I. Reportage in nonfictional media [rafræn útgáfa]. *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide*, 22, 146-154.

- Pirkola, S. P., Marttunen, M. J., Henriksson, M. M., Isometsä, E. T., Heikkinen, M. E. og Lönnqvist, J. K. (1999). Alcohol-related problems among adolescent suicides in Finland [rafræn útgáfa]. *Alcohol & Alcoholism*, 34(3), 320-329.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A. og Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis [rafræn útgáfa]. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 99–103.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B. og Davies, M. (2007). Columbia classification algorithm of suicide assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants [rafræn útgáfa]. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1035-43.
- Quinnnett, P. (2007). *QPR gatekeeper training for suicide prevention: The model, rationale and theory* [rafræn útgáfa]. Óutgefið handrit.
- Randell, B. P., Eggert, L. L. og Pike, K. C. (2001). Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions [rafræn útgáfa]. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 31(1), 41-61.
- Rauði Krossinn. (e.d.). *Hjálparsími Rauðakrossins 1717*. Sótt þann 1. febrúar 2011 af http://www.redcross.is/page/rki_hjalparsiminn1717
- Reis, C. og Cornell, D. (2008). An evaluation of suicide gatekeeper training for school counselors and teachers [rafræn útgáfa]. *Professional School Counseling*, 11(6), 386-394.
- Renaud, J., Brent, D. A., Birmaher, B., Chiappetta, L. og Bridge, J. (1999). Suicide in adolescents with disruptive disorders [rafræn útgáfa]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(7), 846–851.
- Rosen, G. (1971). History in the study of suicide [rafræn útgáfa]. *Psychological Medicine*, 1, 207-285.
- Rotheram-Borus, M. J. og Trautman, P. D. (1990). Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters [rafræn útgáfa]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 554-561.
- Roy, A., Segal, N. L. og Sarchiapone, M. (1995). Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims [rafræn útgáfa]. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 1075–1076.
- Runeson, B. S. (1998). History of suicidal behaviour in the families of young suicides [rafræn útgáfa]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(6), 497-501.

- Russell, S. T. og Joyner, K. (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: Evidence from a national study [rafræn útgáfa]. *American Journal of Public Health*, 91, 1276-1281.
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J. G., Have, M. o.fl. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults [rafræn útgáfa]. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1249-1257.
- Sari, N., Castro, S., Newman, F. L. og Mills, G. (2008). Should we invest in suicide prevention programs [rafræn útgáfa]? *The Journal of Socio-Economics*, 37, 262–275.
- Schmidtke, A. og Hafner, H. (1988). The Werther effect after television films—Evidence for an old hypothesis [rafræn útgáfa]. *Psychological Medicine*, 18, 665–676.
- Schoenfeld, M., Myers, R. H., Cupples, A., Berkman, B., Ssax, D. og Clark, E. (1984). Increased rate of suicide among patients with Huntington's disease [rafræn útgáfa]. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 47, 1283–1287.
- Schotte, D. og Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients [rafræn útgáfa]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 49–54.
- Shaffer, D. (1974). Suicide in childhood and early adolescence [rafræn útgáfa]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15, 275–291.
- Shaffer, D., Garland, A., Vieland, V., Underwood, M. og Busner, C. (1991). The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers [rafræn útgáfa]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 588-596.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M. o.fl. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide [rafræn útgáfa]. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339–348.
- Shaffer, D., Scott, M., Wilcox, H., Maslow, C., Hicks, R., Lucas, C. P. o.fl. (2004). The Columbia Suicide Screen: Validity and reliability of a screen for youth suicide and depression [rafræn útgáfa]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 71-79.

- Shaffer, D., Vieland, V., Garland, A., Rojas, M., Underwood, M. og Busner, C. (1990). Adolescent suicide attempters: Response to suicide-prevention programs [rafræn útgáfa]. *The Journal of the American Medical Association*, 264(24), 3151-3155.
- Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. R. og Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicides in children and adolescents [rafræn útgáfa]. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1061-1064.
- Sharaf, A. Y., Thompson, E. A. og Walsh, E. (2009). Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents [rafræn útgáfa]. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 160–168.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. og Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: Background, rationale, and methodology [rafræn útgáfa]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. og Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors [rafræn útgáfa]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Simon, T. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. P., Kresnow, M. og O'Carroll, P. W. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters [rafræn útgáfa]. *Suicide & Life - Threatening Behavior*, 32, 49–59.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M. og Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: A comparative study [rafræn útgáfa]. *The American Journal of Psychiatry*, 157(4), 601-608.
- Szasz, T. (1986). The case against suicide prevention [rafræn útgáfa]. *American Psychologist*, 41(7), 806–812.
- Szasz, T. (1999). Suicide as a moral issue [rafræn útgáfa]. *The Freeman*, 49, 41-42.
- Szasz, T. (2004). Self-ownership or suicide prevention [rafræn útgáfa]? *The Freeman*, 54, 23-24.

- Tompkins, T. L. og Witt, J. (2009). The short-term effectiveness of a suicide prevention gatekeeper training program in a college setting with residence life advisers [rafræn útgáfa]. *Journal of Primary Prevention*, 30, 131-149.
- Thompson, E. A. og Eggert, L. L. (1999). Using the Suicide Risk Screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts [rafræn útgáfa]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1506-1514.
- Thompson, E. A., Eggert, L. L. og Herting, J. R. (2000). Mediating effects of an indicated prevention program for reducing youth depression and suicide risk behaviors [rafræn útgáfa]. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 30(3), 252-271.
- Turecki, G. (2001). Suicidal behavior: Is there a genetic predisposition [rafræn útgáfa]? *Bipolar Disorders*, 3, 335–349.
- Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: The role of impulsive-aggressive behaviours [rafræn útgáfa]. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30, 398–408.
- Umferðastofa. (e.d.). *Umferðaslys á Íslandi*. Sótt 1. mars 2011 af <http://www.us.is/id/1001069>
- Vieland, V., Whittle, B., Garland, A., Hicks, R. og Shaffer, D. (1991). The impact of curriculum-based suicide prevention programs for teenagers: An 18-month follow-up [rafræn útgáfa]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(5), 811-815.
- Waldvogel, J. L., Rueter, M. og Oberg, C. N. (2008). Adolescent suicide: Risk factors and prevention strategies [rafræn útgáfa]. *Current Problems Pediatric and Adolescent Health Care*, 38, 110-125.
- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Aptekar, A., Balazs, J., Bobes, J. o.fl. (2010). Saving and empowering young lives in europe (SEYLE): a randomized controlled trial [rafræn útgáfa]. *BMC Public Health*, 10(192), 1-14.
- Webster, D. W., Vernick, J. S., Zeoli, A. M. og Manganello, J. A. (2004). Association between youth-focused firearm laws and youth suicides [rafræn útgáfa]. *Journal of the American Medical Association*, 292, 594–601.

- Woodward, L. og Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence [rafræn útgáfa]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086-1093.
- World Health Organization, WHO. (e.d.a). *Suicide prevention (SUPRE)*. Sótt 15. janúar 2011 af
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- World Health Organization, WHO. (e.d.b). *Country reports and charts available*. Sótt þann 11. janúar af
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html
- World Health Organization, WHO. (1999). *Figures and facts about suicide*. Sótt þann 3. mars 2011 af http://www.who.int/mental_health/media/en/382.pdf
- World Health Organization, WHO. (2000). *Global burden of disease 2000, Version 1 estimates*. Sótt þann 3. Ápríl 2011 af
<http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2000v1/en/index.html>.
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J. og Pena, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff [rafræn útgáfa]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 104-115.
- Zenere, F. J. og Lazarus, P. J. (2009). The sustained reduction of youth suicidal behavior in an urban, multicultural school district [rafræn útgáfa]. *School Psychology Review*, 38(2), 189-199.
- Þóroddur Bjarnason og Þórólfur Þórlindsson. (1994). Trends in Icelandic suicide rates 1951-1990. *Arctic Medical Research*, 53(2), 534-536.
- Þóroddur Bjarnason, Bryndís Björk Ásgeirsdóttir og Inga Dóra Sigfúsdóttir. (2002). *Sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir meðal íslenskra ungmenna: Sjálfsvígstilraunir meðal íslenskra framhaldsskólanema árin 1992 og 2000 og alþjóðlegur samanburður á sjálfsvígstíðni meðal 15-24 ára ungmenna 1951-2000*. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Ösby, U., Brandt, L., Correia, N., Ekbom, A. og Sparen, P. (2001). Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden [rafræn útgáfa]. *Archives of General Psychiatry*, 58, 844-850.

Ösby, U., Correia, N., Brandt, L., Ekbom, A. og Sparen, P. (2000). Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm County, Sweden [rafræn útgáfa]. *Schizophrenia Research*, 45, 21–28.