

EVALUERING:
**Samtaleforløb for unge
med selvskade**



Evaluering af samtaleforløb for unge med selvskade

Udgivet april 2023

Publikationen er udgivet af

Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade
Krumtappen 2, 5. sal
2500 Valby

Udarbejdet af

Birgitte Bøgh Normann Gade
Projektleder i videnscenteret, Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade

For yderligere information

Kontakt: videnscenter@spiseforstyrrelse.dk

Forsidebillede

Modelfoto

Projektet og evalueringen er finansieret af

Det Obelske Familiefond

Derudover skyldes en stor tak til de unge, der har deltaget i evalueringen.

INDHOLD

1. INDLEDNING	1
2. HOVEDRESULTATER	2
3. ANBEFALINGER	3
4. EVALUERINGSDESIGN	4
5. HVAD VISER EVALUERINGEN?	7
5.1. Hvem har deltaget?.....	7
5.2. De unges selvskade inden samtaleforløbet.....	8
5.3. Hvordan udvikler de unge sig?.....	15
5.4. Selvvurderet udbytte af forløbet.....	28
5.5. Vurdering af forløbet og terapeuten.....	28
5.6. Relationer til pårørende.....	30
6. SAMMENFATNING	38

1. INDLEDNING

Selvskade er ikke en selvstændig diagnose i Danmark. Unge med selvskade modtager derfor kun behandling i psykiatrien, hvis de har en bagvedliggende psykopatologi. Samtidig er der stor variation i de kommunale tilbud til målgruppen.¹ Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade har der ligeledes været efterspørgsel på tilbud til unge med selvskade. Det er baggrunden for, at foreningen i 2020-2022 har udviklet og gennemført individuelle samtaleforløb for målgruppen med økonomisk støtte fra Det Obelske Familiefond. Foreningen har siden fået mulighed for at fortsætte og udvide indsatsen med støtte fra fonden (2023-2025) og Sundhedsstyrelsen (2022-2024). Evalueringsrapporten beskriver resultaterne fra de samtaleforløb, der blev gennemført i det første projekt.

Indsatsen er individuelle samtaleforløb, hvor unge med selvskade kan få op til 10 samtaler med en terapeut i Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade. Samtaleforløbene er blevet gennemført i foreningens rådgivningslokaler i København og Aarhus. Der er desuden gennemført online-samtaler for at inkludere unge bosat uden for disse byer.

1.1. Indsatsens formål og succeskriterier

Indsatsens målgruppe er unge i alderen 12-25 år med mild til moderat selvskade. Ofte er selvskade udtryk for mistroivsel og en måde at gøre indre smerte håndgribelig. Det er en mestringsstrategi til at regulere følelser og håndtere svære tanker og situationer. Formålet med samtaleforløbene er at tage hånd om selvskaden i den tidlige fase og forebygge, at den udvikler sig. Hvis de unge har en alvorlig psykiatrisk lidelse, er de uden for projektets målgruppe og hjælpes i stedet videre til psykiatrien.²

Et samtaleforløb består af op til 10 samtaler med en terapeut og strækker sig typisk over tre-fire måneder. Forløbene skal give de unge større indblik i selvskaden ved, at terapeuterne og de unge er nysgerrige på, hvad selvskaden gør for de unge. Hvad hjælper selvskaden med? Hvad forhindrer selvskaden de unge i? Hvornår får de behov for at skade sig selv? Ved at blive klogere på selvskaden prøver terapeuterne og de unge sammen at finde nye måder at håndtere det, som selvskaden plejer at hjælpe de unge med. Succeskriterierne er:

- 100-125 unge deltager i et individuelt samtaleforløb
- De unges selvskade reduceres
- De unges trivsel forbedres

De unges forældre inddrages i samtalerne, når det er muligt og meningsfuldt. Målet er at klæde dem bedst muligt på til at støtte de unge. Unge under 18 år skal medbringe et skriftligt forældresamtykke for at deltage i forløbet. Er de unge 12-15 år, skal forældrene desuden deltage i dele af samtalerne.

¹ Implement Consulting Group (2018): "Erfaringsopsamling om gode metoder og viden om indsatser målrettet mennesker med selvskadende adfærd". Link til udgivelse findes [her](#) (læst: 09-03-2023).

² Eksklusionskriterierne omfatter fx skizofreni, psykotiske tilstande, personlighedsforstyrrelse, bipolar lidelse, OCD, svær depression, spiseforstyrrelse, autismespektrumforstyrrelse, organisk psykisk lidelse, alkohol- eller stofmisbrug, alvorlige selvmordstanker, gentagne selvmordsforsøg det seneste år, selvskadeadfærd i en sammenhængende periode på mere end et år, igangværende selvskadebehandling mv.

2. HOVEDRESULTATER

Evalueringen viser, at projektets succeskriterier er indfriet. Der er gennemført individuelle samtaler med i alt 116 unge i projektperioden, heraf 88 terapeutiske samtaleforløb og 28 afklarende forløb.

Karakteristik af deltagerne

Evalueringens resultaterne bygger på besvarelser fra 43 unge i alderen 11-23 år. De unge er i gennemsnit 14 år ved selvskaadedebut og 16 år ved opstart i samtaleforløb. 81 % af deltagerne er hunkøn, og 72 % har deltaget i København. Inden forløbet bruger de fleste selvskaaden til at håndtere svære følelser. 30 % har tidligere været i behandling for selvskaade, og 28 % har en eller flere psykiatriske diagnoser.

Forbedret trivsel og følelsesregulering

Der ses en statistisk signifikant og moderat til stor forbedring i de unges trivsel og aktuelle livstilfredshed. Ifølge WHO-5 trivselsindeks var 70 % af de unge i risikozonen for depression og stressbelastning inden forløbet, hvilket falder til 44 %. Målt med Cantril-stigen stiger andelen af unge i trivsel fra 12 % til 37 %. Der opnås en statistisk signifikant og stor forbedring i de unges evne til følelsesregulering målt med DERS-16. Hele 81 % oplever progression. Der ses især stor fremgang i de unges strategier til følelsesregulering, impuls kontrol og deres følelsesmæssige klarhed.

Reduceret selvskaade

Evalueringen viser en statistisk signifikant og lille til moderat forbedring i de unges selvskaade. 72 % har færre selvskaadeepisoder efter forløbet, mens 60 % benytter færre selvskaademetoder. Det antages, at denne progression bl.a. beror på de unges forbedrede trivsel og følelsesregulering. Medianen for antal selvskaadeepisoder de seneste 30 dage falder fra 11 til 4. Der ses et fald i antal selvskaadeepisoder på 34 %, hvoraf 11 procentpoint skyldes et fald i antal episoder, hvor de unge skærer i sig selv.

Selv vurderet udbytte og relation til terapeuten

Langt de fleste unge fremhæver, at de har fået større indsigt i egne følelser og tankemønstre. De har fået redskaber til at dæmpe selvskaadetrang og håndtere svære tanker, følelser og situationer uden brug af selvskaade. Flere nævner også bedre sociale relationer og større selvaccept.

De unge oplever, at terapeuterne har mødt dem i øjenhøjde og med stor empati og forståelse. De har følt sig set og mødt i en tryk relation, hvor mange har fået delt tanker og følelser, som flere har båret rundt på alene. Det kan udfordre den skam og ensomhed, der kan være forbundet med selvskaade.

Støtte i nære relationer

Der er ingen ændring i andelen af unge, der har svært ved at tale med familien om tanker og følelser, eller som oplever forståelse fra venner. Ikke desto mindre føler færre unge sig alene med deres situation efter forløbet, og flere unge svarer, at deres forældre er gode til at forstå deres situation.

Opmærksomhedspunkter

Cirka hver femte ung starter kun i samtaleforløb, fordi forældrene ønsker det. Efter forløbet føler nogle unge, at de bliver sluppet for tidligt eller for brat. Der efterspørges bl.a. gruppetilbud.

3. ANBEFALINGER

På baggrund af evalueringens resultater, har videnscenteret seks anbefalinger til, hvordan der kan arbejdes videre med individuelle samtaleforløb for unge med selvskade:

- 1** **Evalueringen** viser, at samtaleforløb har en god effekt for langt størstedelen af deltagerne. Unge med selvskade uden alvorlige diagnoser kan derfor med fordel tilbydes individuelle samtaleforløb, fx i regi af organisationer og kommuner og altså uden for psykiatrien.
- 2** **Evalueringen** viser, at cirka hver femte ung ikke deltager i samtaleforløb efter eget ønske. Det anbefales, at der fortsat arbejdes målrettet med motivation og parathed hos disse unge. Fremadrettet kan foreningen overveje at indhente samtykke til, at de unges besvarelser af førskemaet må deles med deres terapeuter som et dialogværktøj til planlægning og forventningsafstemning om forløbet.
- 3** **Evalueringen** viser, at nogle unge efterspørger gruppeforløb, hvor de kan møde andre unge med selvskade. I dag har foreningen et sådant tilbud. Det anbefales, at unge med selvskade involveres i udviklingen af tilbuddet og markedsføringen, så det opleves relevant og afspejler deres behov.
- 4** **Evalueringen** peger på, at nogle unge føler sig sluppet for tidligt eller for brat. Der udarbejdes forslag til, hvordan de unge bedst klædes på til tiden efter endt samtaleforløb. Der kan fx være endnu større fokus på at skabe et støttende netværk omkring de unge. Foreningen kan med fordel overveje at tilbyde efterforløb, fx gruppeforløb eller temaarrangementer. Også her anbefales det, at unge med selvskade involveres i udviklingen af relevante tilbud.
- 5** **Evalueringen** viser en stigning i antal selvskadeepisoder hos ni unge. Det ses, at næsten halvdelen af disse unge har psykiatriske diagnoser, sammenlignet med cirka hver fjerde ung i den øvrige gruppe. Med forbehold for, at der kun er tale om ni unge og dermed usikre data, anbefales det at fastholde en stor opmærksomhed på screening for diagnoser i visitationen til samtaleforløb. Hvis de unge opdages undervejs, skal de fortsat støttes til et mere omfattende tilbud i fx psykiatrien.
- 6** **Evalueringen** bygger på besvarelser fra relativt få unge, hvilket gør det svært at udtale sig om, hvilke unge der i særlig grad profiterer af samtaleforløb og under hvilke omstændigheder. Det anbefales, at dette belyses nærmere – for at styrke indsatsens effekter for målgruppen yderligere – efterhånden som der indsamles data fra flere samtaleforløb i perioden 2023–2025.

4. EVALUERINGSDESIGN

Dette afsnit beskriver evalueringens formål og det anvendte undersøgelsesdesign.

4.1. Evalueringens formål

Formålet med evalueringen er at undersøge, hvilken effekt foreningens samtaleforløb har på de unges trivsel og selvskadende adfærd. Derudover har evalueringen haft et formativt sigte. I efteråret 2022 er de indsamlede data systematisk blevet brugt til at reflektere over praksis for at styrke indsatsens kvalitet og effekter for unge med selvskade. Konkret har terapeuterne cirka hver tredje uge deltaget i korte refleksionsmøder, som projektleder har faciliteret med afsæt i data.

4.2. Evalueringsdesign og analyse

Evalueringen bygger på progressionsmålinger blandt unge med selvskade. Data indsamles via spørgeskemaer, som de unge besvarer før og efter samtaleforløb. Med før- og eftermålinger kan vi se ændringer på individniveau over tid, men vi kan ikke isolere indsatsens effekt uden en kontrolgruppe. En venteliste-kontrolgruppe er imidlertid fravalgt af etiske grunde, da det tilstræbes at tilbyde unge i målgruppen et forløb hurtigst muligt, når de skriver sig på venteliste. Der tages derfor forbehold for, at det ikke kan konkluderes, hvordan det ville være gået de unge uden indsatsen.

For at opnå høj validitet og reliabilitet er der benyttet validerede skalaer til at måle de unges selvskadende adfærd (*Deliberate Self-Harm Inventory*, DSHI-9), selvskadens funktion (*Functional Assessment of Self-Mutilation*, FASM), de unges evne til følelsesregulering (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS-16), deres generelle trivsel (*WHO-5 trivselsindeks*) og livstilfredshed (*Cantril-stigen*). Derudover indeholder spørgeskemaerne en række supplerende spørgsmål, som bl.a. kredser om de unges selv vurderede udbytte af samtaleforløb. Spørgeskemaerne er designet med afsæt i projektets succeskriterier og forandringsteori, jfr. figur 1. Sidstnævnte er udformet på baggrund af dokumentanalyse og interview med foreningens fagspecialist på selvskadeområdet.

Databearbejdning og statistiske analyser er foretaget i Excel og Stata. Der er udført parret t-test for at sammenligne deltagernes gennemsnitsscores på de validerede skalaer før og efter samtaleforløb. De ledsagende p-værdier angiver, om ændringen er statistisk signifikant. Cohen's *d* benyttes til at måle effektstørrelsen, hvor $\geq 0,2$ er en lille effekt; $\geq 0,5$ er en moderat effekt; og $\geq 0,8$ er en stor effekt.

4.3. Datagrundlag

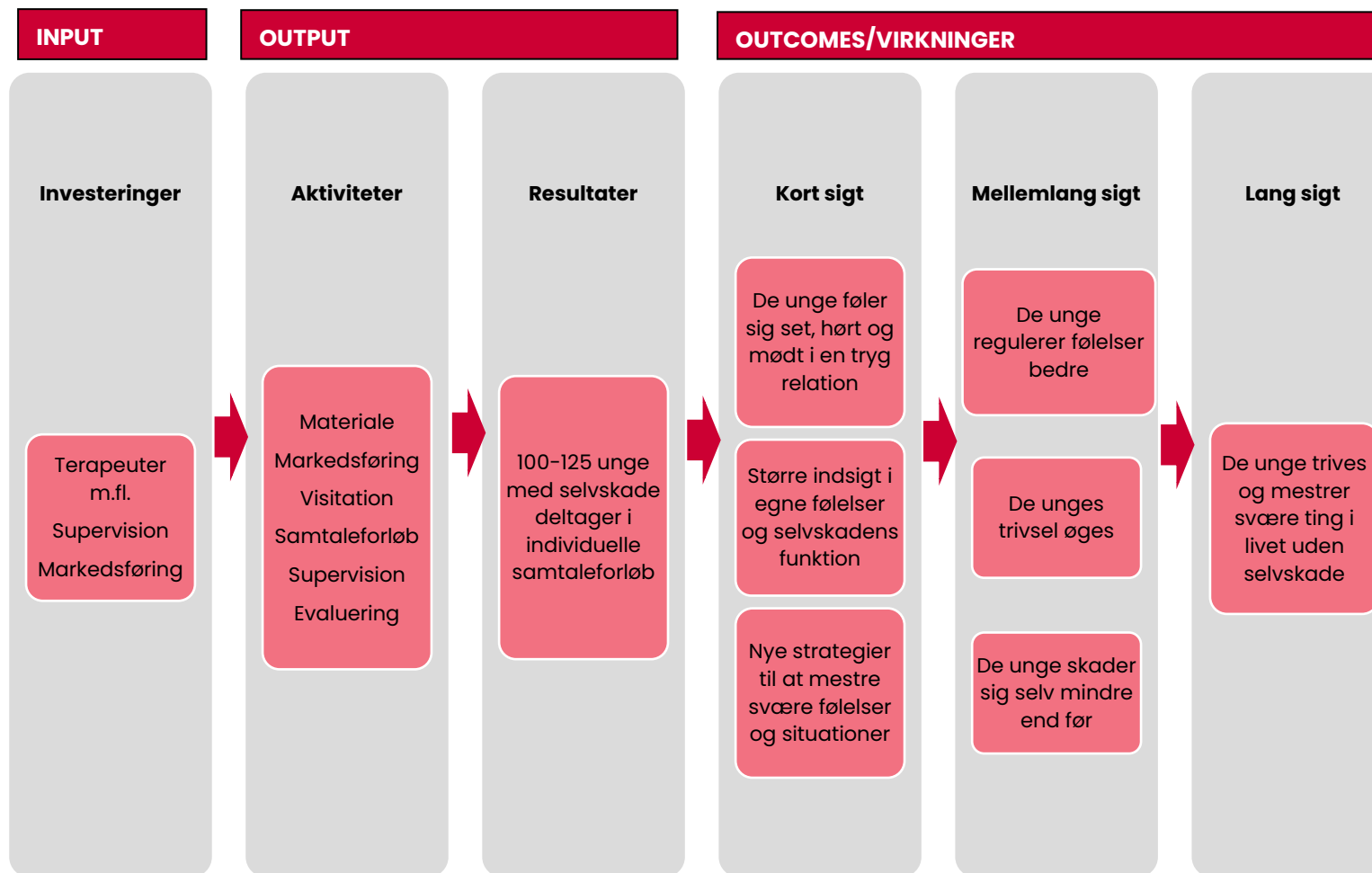
Der er gennemført individuelle samtaler med i alt 116 unge i projektperioden, hvoraf 88 unge har deltaget i et terapeutisk samtaleforløb, mens 28 unge har været i et afklarende forløb, hvor de er blevet vurderet uden for målgruppen og henvist til andre tilbud. De første 15 ud af 88 unge deltog i pilotfasen, hvor konceptet for samtaleforløb og evalueringsdesignet blev fastlagt. Der er derfor ikke indsamlet data på disse unge. 73 unge har deltaget i evalueringen, hvoraf 63 har gennemført et samtaleforløb, mens 10 er faldet fra før tid. Denne rapport bygger på besvarelser fra de unge, som *både* har besvaret et før- og efterskema. Det gælder 43 ud af 73 unge (svarprocent = 59 %). Et skævt bortfald kan ikke afvises. Lav generaliserbarhed og få respondenter kræver forsigtige konklusioner.


Figur 1: Forandringsteori for indsatsen, forenklet

Problemstilling: Selvskade er et symptom på mistrivsel og en strategi til at regulere følelser og håndtere svære ting i livet.

Indsatsens formål: At øge de unges trivsel og give dem redskaber til at håndtere svære ting i livet uden selvskade.

Målgruppe: Unge på 12–25 år med mild til moderat selvskade uden bagvedliggende psykopatologi.





"Jeg har lært mig selv og mine tankemønstre at kende, og kan derfor bedre tackle de svære følelser og lysten til selvskade. Jeg har været rigtig glad for de snakke, jeg har haft og har følt mig meget tryk og hørt."

(modelfoto)

5. HVAD VISER EVALUERINGEN?

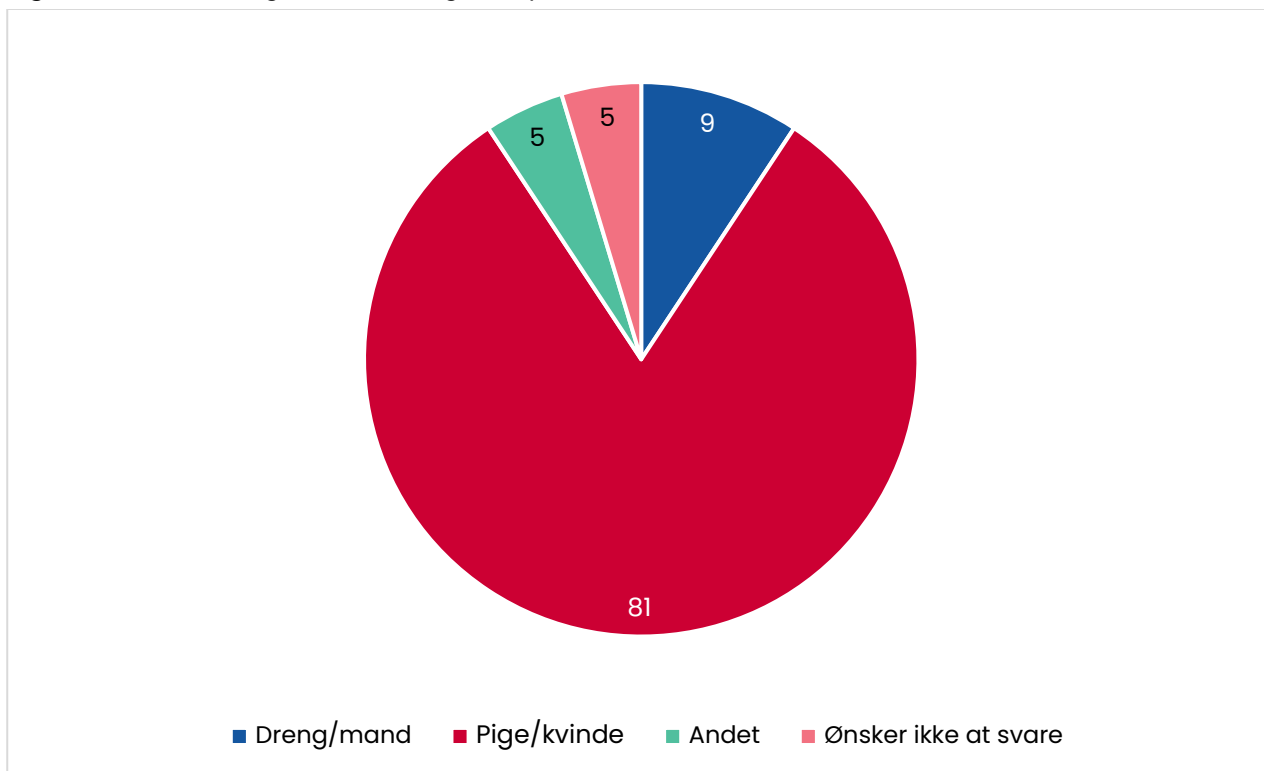
I dette afsnit præsenteres evalueringresultaterne, og der gøres status på indsatsens succeskriterier. Afsnit 5.1 giver en karakteristik af deltagerne i evalueringen. Dernæst beskriver afsnit 5.2 de unges selvskade inden samtaleforløbet. Resultaterne af progressionsmålingerne findes i afsnit 5.3, hvor der ses på udviklingen i de unges selvskade, trivsel og evne til følelsesregulering. Dernæst beskrives de unges selvvalgte udbytte af samtaleforløb i afsnit 5.4, mens afsnit 5.5 omhandler deres relationer til terapeuterne. Endelig skildrer afsnit 5.6 de unges relationer til pårørende.

5.1. Hvem har deltaget?

Dette afsnit beskriver baggrundskarakteristika for de unge, som har deltaget i evalueringen. Figur 2 viser, at langt de fleste er hunkøn (81 %). De unge er mellem 11 og 23 år med en gennemsnitsalder på 16 år. Over halvdelen befinder sig i aldersgruppen 11-15 år (60 %), jfr. figur 3.

Flest har deltaget i samtaleforløb i København (31 ud af 43 unge), efterfulgt af Aarhus (ni unge) og online-forløb (tre unge). Over halvdelen indledte et samtaleforløb i 2021 (26 unge), mens der startede næsten lige mange unge i forløb i 2020 og 2022 (hvh. ti og syv). Disse tal bygger kun på de unge, der både har besvaret et før- og efterskema. Det faktiske antal samtaleforløb er derfor højere i perioden.

Figur 2: Kønsfordeling blandt deltagerne, procent



Note: n = 43.

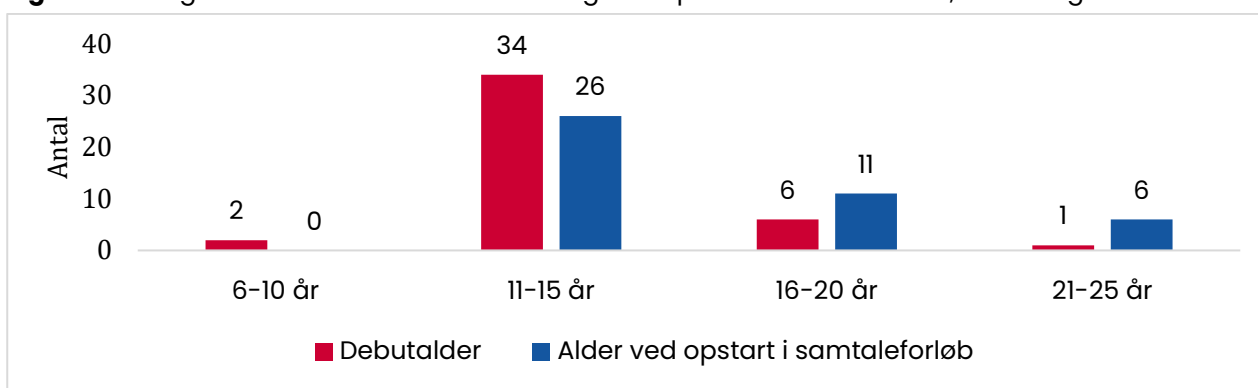
5.2. De unges selvskade inden samtaleforløbet

Dette afsnit omhandler de unges selvskade inden samtaleforløb, herunder debutalder, tidligere behandling, selvskadens funktion, motivation for deltagelse i forløbet og ønsket udbytte.

Alder ved selvskadedebut og opstart i samtaleforløb

De unge var mellem 10 og 23 år gamle, da de begyndte at skade sig selv med vilje. Den gennemsnitlige debutalder er 14 år. Figur 3 viser, at de fleste var 11-15 år (79 %), da selvskaden startede. Der ses også flest unge i denne aldersgruppe ved opstart i samtaleforløb (60 %), hvor de i gennemsnit er 16 år.

Figur 3: De unges alder ved selvskadedebut og ved opstart i samtaleforløb, antal unge

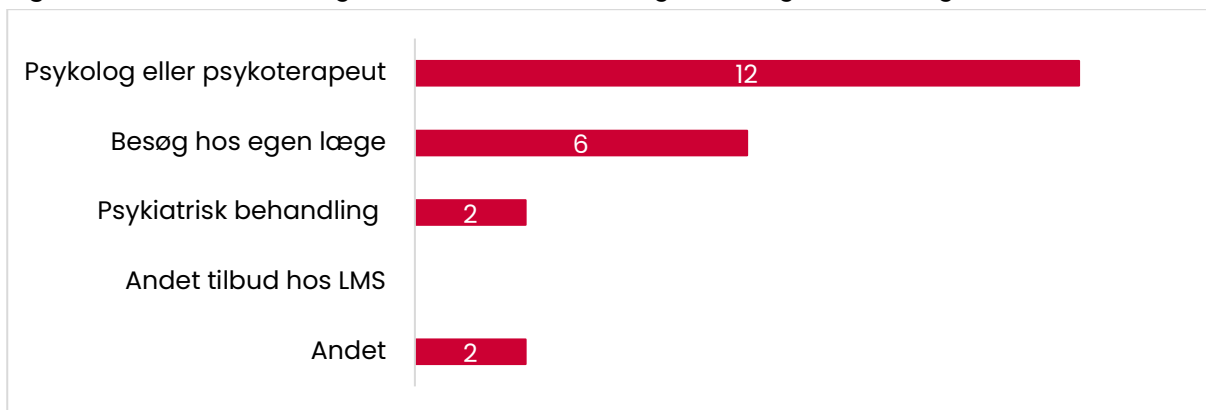


Note: n = 43.

Tidligere behandling for selvskade

De unge er blevet spurgt, om de har været i behandling for deres selvskade, hvis de ser bort fra samtaleforløbet i Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade. Her svarer 30 % "Ja", svarende til 13 unge. Figur 4 viser, at 12 af dem har set en psykolog eller psykoterapeut, mens seks har besøgt egen læge. To har fået psykiatrisk behandling, hvoraf én noterer "selvmordsforebyggelse". Endelig har to svaret "Andet", hvilket uddybes som "børnepsykiatri" og "diagnosticering i psykiatrien". Her kan måske være tale om unge, der kun har været i udredning.

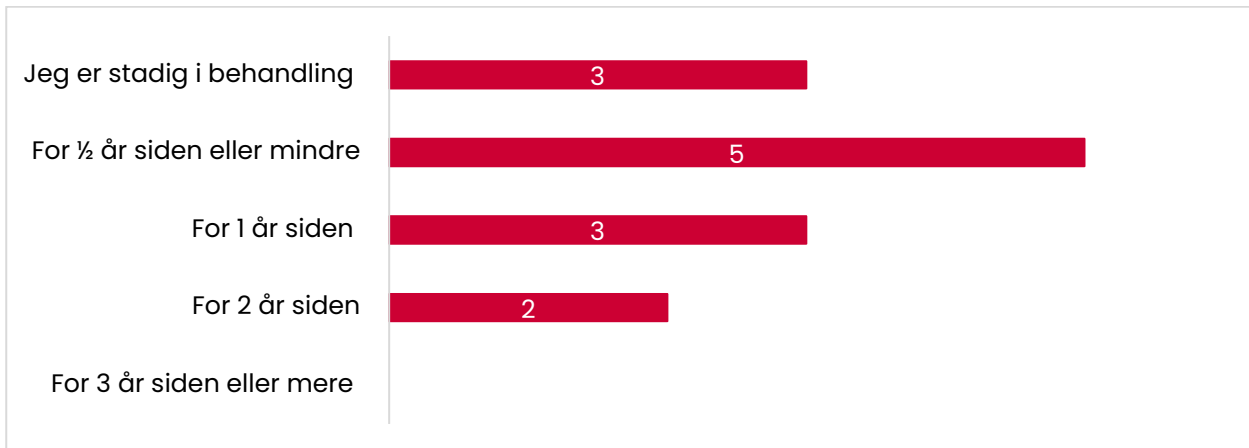
Figur 4: Hvilken behandling for selvskade har de unge modtaget, antal unge



Note: n = 13. Spørgsmålet lød: "Hvilken behandling har du modtaget? Angiv gerne flere svar".

Figur 5 viser, at alle har afsluttet deres seneste behandling inden for de seneste to år, medmindre de stadig er i behandling. Sidstnævnte gælder tre unge, mens fem unge har afsluttet deres behandling inden for det seneste halve år.

Figur 5: Hvornår afsluttede de unge deres seneste behandling for selvskade? Antal unge

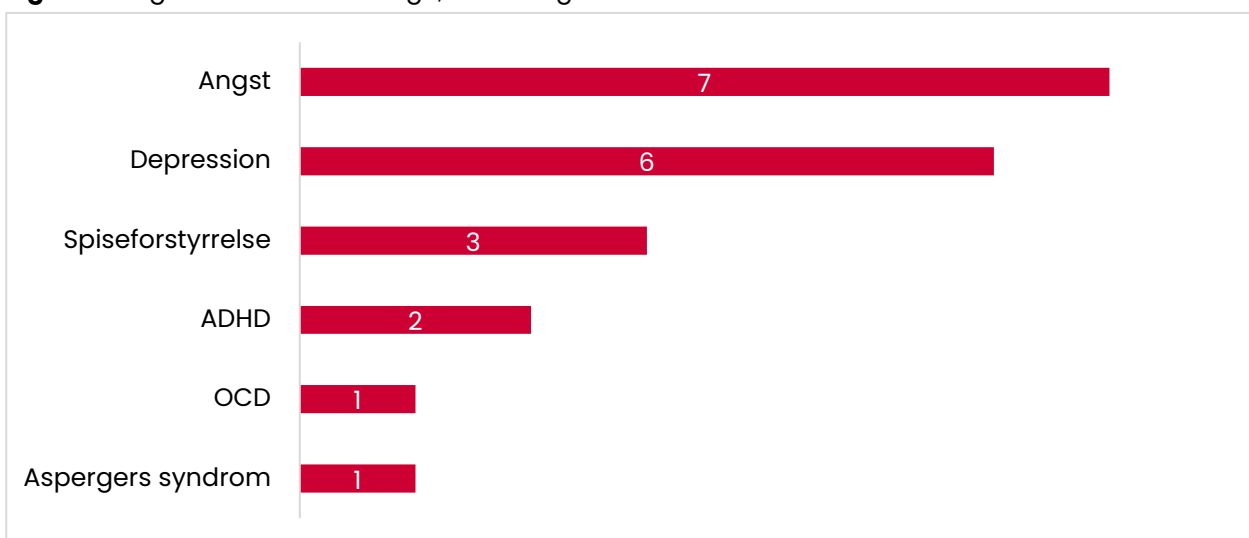


Note: n = 13. Spørgsmålet lød: "Hvornår afsluttede du behandlingen? Vælg det svar, der passer bedst på dig. Hvis du har været i flere behandlinger, bedes du angive, hvornår du afsluttede den seneste behandling".

Psykiatrisk diagnose

Inden samtaleforløbet er de unge blevet spurgt, om de har fået stillet en psykiatrisk diagnose hos lægen eller i psykiatrien. Her svarer 72 % af de unge "Nej" (31 ud af 43), mens 28 % tilkendegiver at have mindst én psykiatrisk diagnose. De unge har haft mulighed for at angive flere diagnoser. Figur 6 viser, at angst og depression er mest udbredt, dernæst spiseforstyrrelse, ADHD, OCD og Aspergers syndrom.

Figur 6: Diagnoser blandt de unge, antal unge



Note: n = 12. Figuren er baseret på besvarelser fra de 12 unge, som har angivet én eller flere diagnoser.

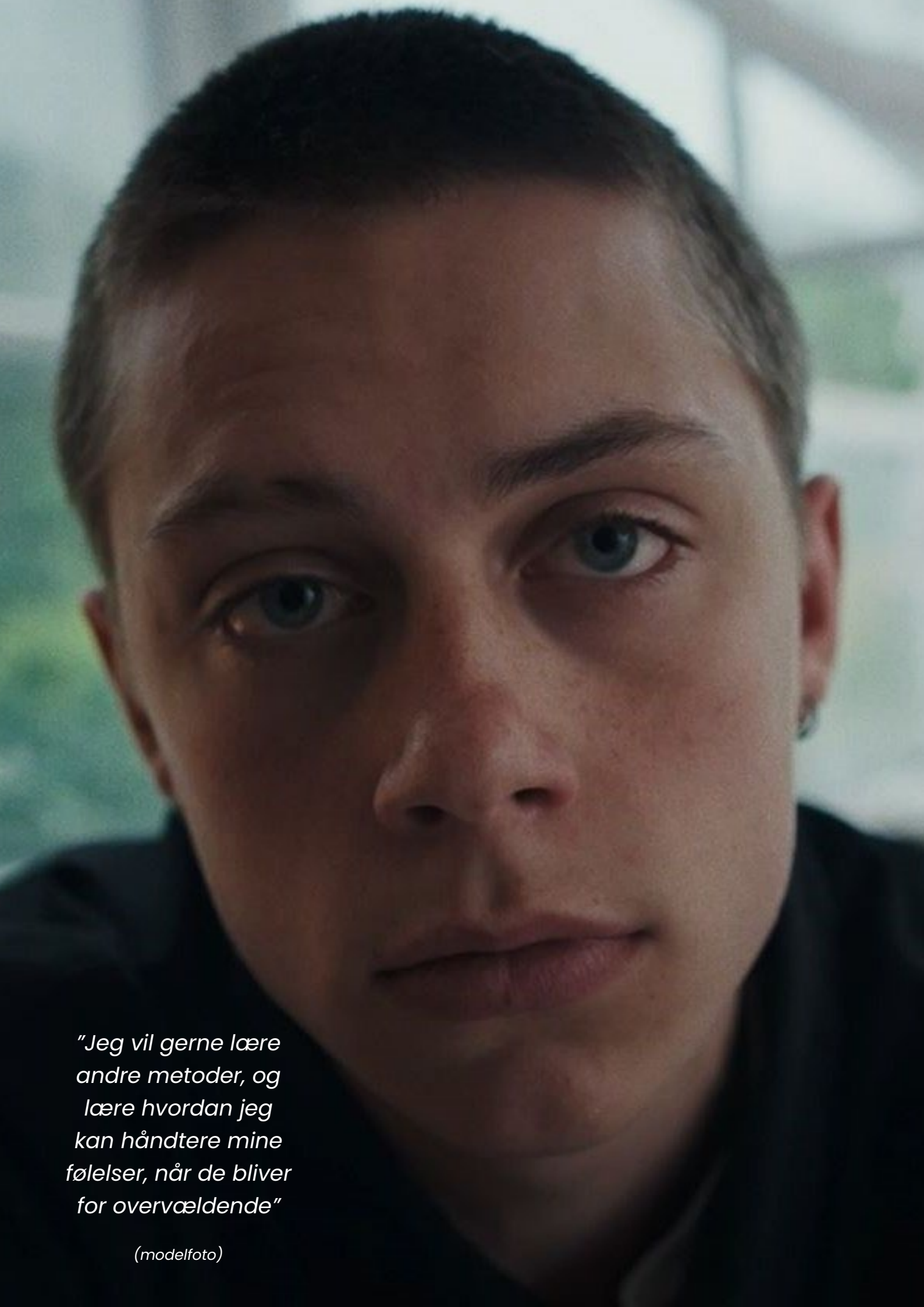
Hvad hjælper selvskaden de unge med?

Inden samtaleforløbet oplever de unge især, at de bruger selvskaden som en mestringsstrategi til at håndtere svære følelser. Figur 7 viser, at flest bruger selvskaden til at slippe væk fra svære følelser; til at føle sig i kontrol; til at føle noget; til at slappe af og til at straffe sig selv. Derudover er selvskaden en kommunikationsform, idet de unge ønsker at vise andre, hvor svært de har det og at få hjælp.

Figur 7: Selvskadens funktion inden samtaleforløbet, gennemsnitsscore



Note: n = 43. Spørgsmålet lød: "Hvis du har skadet dig selv på nogen af disse måder, var det så for at...", hvorpå de unge har taget stilling til svarkategorierne på en skala fra 0 ("passer slet ikke") til 5 ("passer præcist"). Figuren viser de unges gennemsnitsscore på udsagnene, målt med FASM.



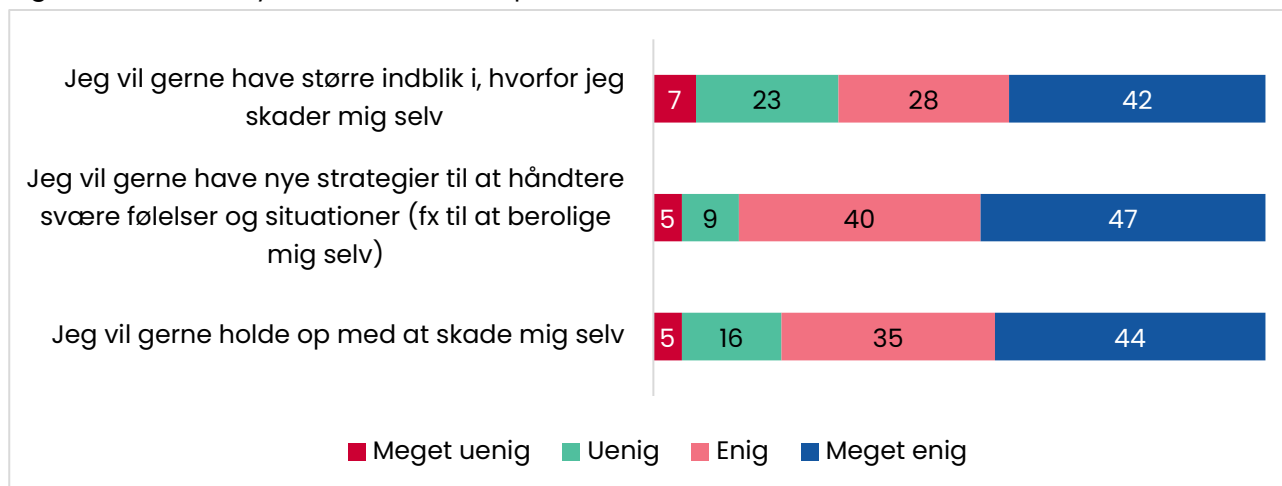
*"Jeg vil gerne lære
andre metoder, og
lære hvordan jeg
kan håndtere mine
følelser, når de bliver
for overvældende"*

(modelfoto)

Hvorfor har de unge valgt at deltage i samtaleforløb?

Inden samtaleforløbet er de unge blevet spurgt, hvorfor de har tilmeldt sig samtaleforløbet. De har bl.a. taget stilling til udsagnene i figur 8. Flest unge tilkendegiver, at de har tilmeldt sig forløbet, fordi de gerne vil have nye strategier til at håndtere svære følelser og situationer (86 %), mens færrest angiver, at de ønsker større indblik i, hvorfor de skader sig selv (70 %).

Figur 8: Ønsket udbytte i samtaleforløb, procent



Note: n = 43.

Alle 43 unge har desuden beskrevet med deres egne ord, hvorfor de har valgt at deltage i samtaleforløb. Svarene viser, at der er stor forskel på, hvordan de unge begrundede deres deltagelse, herunder om de deltog for deres egen eller for andres skyld.

1. Mit eget ønske

26 unge begrundede deltagelsen med afsæt i egne ønsker og behov uden henvisning til andre. De fleste nævner, at de ønsker hjælp til at få det bedre; redskaber til at håndtere svære tanker og følelser; samt hjælp til at dæmpe selvskadetrang og holde op med at selvskade. En ung skriver fx:

"Jeg var træt af, at jeg selvskader, og de forhindringer, det skabte for mig. Det ville jeg ændre, og det har jeg brug for hjælp til."

Nogle begrundelser ses kun hos enkelte unge, fx manglende effekt af anden behandling; tidligere gode erfaringer med Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade; at tilbuddet er gratis og derfor tilgængeligt; begyndende spiseforstyrrelsessymptomer; og et ønske om bedre selvværds.

2. Fælles ønske

Seks unge nævner, at de deltog på forældrenes initiativ, men at de også selv ønsker det. Hos disse unge fornemmes nogen ambivalens, men også motivation for deltagelse. En ung skriver:

"Mine forældre mente, at det her skulle til at stoppe. Jeg elsker smerten. Nogle gange er det også rart, at jeg ikke gør det. Jeg har SELV valgt at deltage, da jeg ville prøve at se, om der er en anden vej ud i stedet for at skade mig selv."

3. Forældrenes ønske

Otte unge skriver, at de ikke deltager efter eget ønske, men for forældrenes skyld, fx fordi de var bekymrede. En ung er blevet stillet et ultimatum om enten at tage imod dette tilbud eller et mere omfattende behandlingstilbud. To unge skriver: *"Det var ikke rigtig mig der ønskede det, bare mine forældre"* og *"Fordi mine forældre gerne vil have, at jeg skal have det bedre, så for deres skyld"*. Det er en vigtig indsigt og opmærksomhed, at cirka hver femte ung ikke deltager i et samtaleforløb efter eget ønske, men fordi de i nogen grad føler sig "pressede" til det. Det må formodes, at der i disse samtaleforløb er brug for et særligt fokus på de unges motivation og parathed.

4. Anbefaling fra fagperson

Tre unge har fået samtaleforløbet anbefalet af en psykolog eller lærer. Her synes deltagelsen at være i fuld samklang med de unges egen motivation. En ung skriver fx: *"Jeg har valgt at deltage i dette forløb, fordi jeg blev henvist til det af min psykolog. Jeg ønsker at få hjælp til mine problemer."*

Hvad ønsker de unge at få ud af at deltage?

Samtlige 43 unge har besvaret et spørgsmål om, hvad de med deres egne ord ønsker at få ud af at deltage. Én ung har skrevet *"[Jeg] er ikke sikker"*, mens otte unge har svaret, at de ønsker at få det bedre, uden at udfolde dette nærmere. Begrundelserne fra de øvrige unge kan inddeles i tre hovedtemaer.

1. En bedre forståelse af mig selv og selvskaden

Langt de fleste unge skriver, at de ønsker større indsigt i sig selv og selvskaden. De vil gerne blive bedre til at forstå, rumme og håndtere egne følelser uden brug af selvskade. De håber at få nye strategier og redskaber til at dæmpe selvskadetrang og håndtere det, der er svært. En skriver fx:

"Jeg ønsker at forstå, hvorfor jeg selvskader, hvilken funktion det har for mig, og hvordan jeg kan håndtere mine følelser på en mere konstruktiv måde."

Mange udtrykker et stort ønske om at stoppe selvskaden, bl.a. ved at få indsigt i, hvordan selvskaden er opstået, hvornår trangen opstår, hvad selvskaden hjælper med, og hvad de kan gøre i stedet.

2. At tale med en, der forstår

Otte unge ønsker at tale med nogen om det, de har svært ved at tale med deres nærmeste om. Tre savner at tale med en, der forstår dem, fx: *"Jeg vil bare gerne forstås i stedet for at være så alene. Ingen forstår"*. Derudover søger en ung hjælp til at løse familiekonflikter, der ofte udløser selvskade. To vil gerne forstå sig selv og selvskaden bedre, så de senere kan tale med deres nærmeste om det: *"Jeg ønsker at kunne snakke med mine nærmeste om mine problemer, når jeg ved mere om det"*.

3. Selvværd og selvtillid

Tre unge ønsker bedre selvværd, bedre social trivsel, eller at blive mere selvsikker og undgå præsentationsangst. En skriver: *"At jeg er mere selvsikker og føler mig god til ting. Og at jeg kan performe uden at være rædselsslagen og være stolt af det arbejde, jeg har fået lavet"*.

*"Jeg har fået en bedre
forståelse for min
selvskade og er blevet
bevidst om, hvordan jeg
kan forhindre det. Jeg har
fået fortalt mine forældre
om min selvskade og er
klar til en ny sommer, hvor
min selvskade og ar ikke
skal definere, hvem jeg er,
og hvad jeg kan."*



5.3. Hvordan udvikler de unge sig?

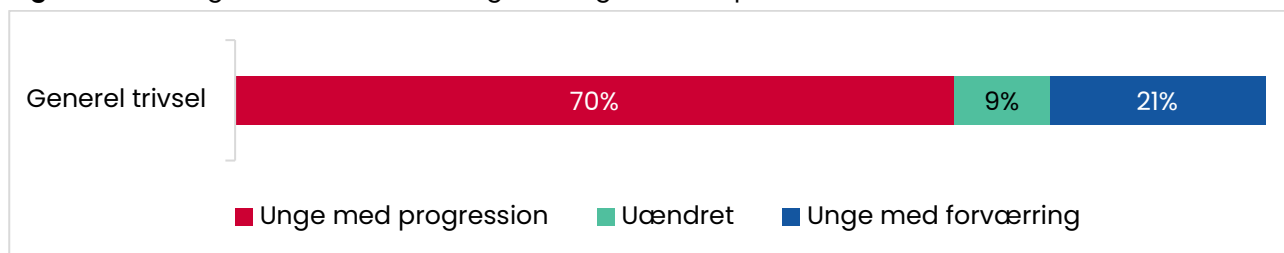
Dette afsnit beskriver resultaterne af progressionsmålingen, idet de unges før- og eftermålinger sammenlignes. Her er der særligt fokus på udviklingen i de unges trivsel og livstilfredshed, deres evne til følelsesregulering samt deres selvskadende adfærd.

De unges trivsel forbedres

Selvskade er ofte et symptom på mistrivsel og en mestringsstrategi til at håndtere og regulere svære følelser. Det antages derfor, at de unge vil opleve mindre trang til selvskade, hvis deres trivsel forbedres, jfr. forandringsteori i figur 1. Øget trivsel er et succeskriterium for samtaleforløbene.

I spørgeskemaerne er de unges trivsel målt med WHO-5 trivselsindeks. Trivselsscoren går fra 0 til 100 og afspejler risikoen for depression og stressbelastning: 0-35 = stor risiko, 36-50 = risiko, over 50 = ingen umiddelbar risiko. Det fremgår af figur 9, at 70 % af de unge (30 ud af 43) oplever en forbedret trivsel fra før- til eftermålingen, mens 21 % (9 ud af 43) rapporterer en forværring.

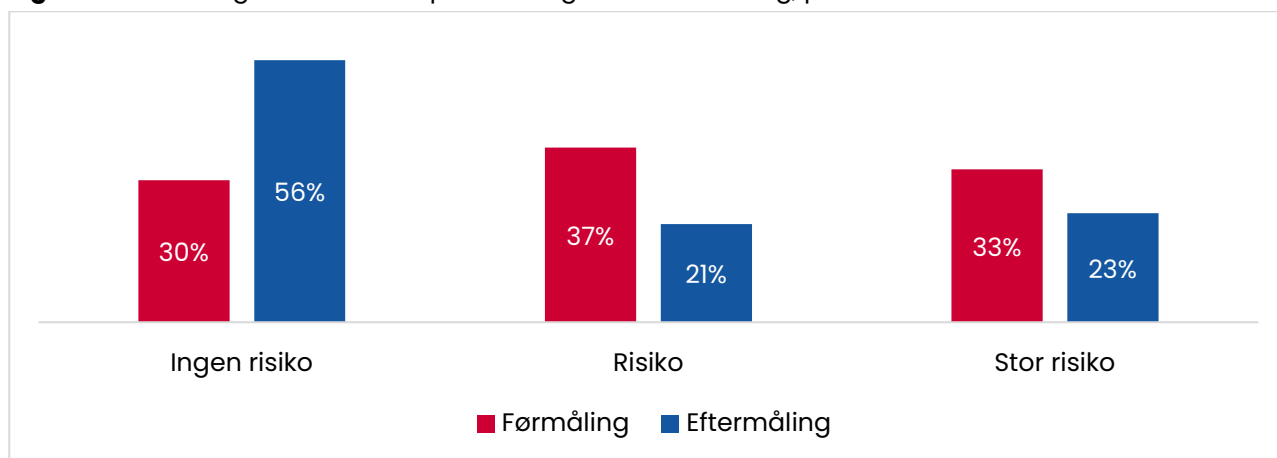
Figur 9: Udvikling fra før- til eftermåling i de unges trivsel, procent



Note: n = 43.

Figur 10 viser, at 70 % af de unge befandt sig i risiko eller stor risiko for depression og stressbelastning inden samtaleforløbet. Efter samtaleforløbet er denne andel reduceret til 44 %.

Figur 10: Andel unge i risiko for depression og stressbelastning, procent

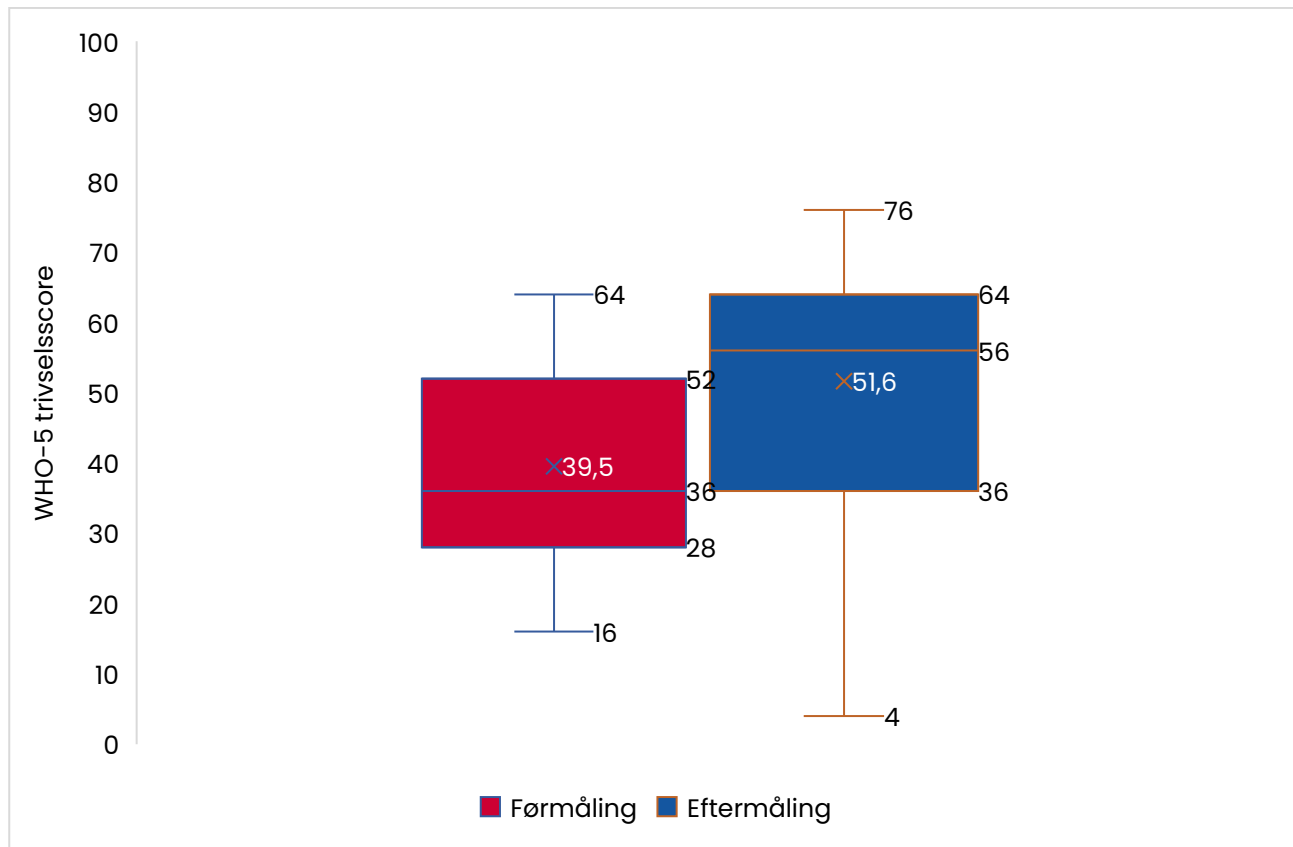


Note: n = 43.

Figur 11 viser, at de unges gennemsnitlige score er steget fra 39,5 før forløbet til 51,6 efter forløbet. Dermed har de unge i gennemsnit bevæget sig ud af risikozonen for depression og stressbelastning. En dobbeltsidet parret t-test viser en statistisk signifikant forskel på middelværdierne ($p < 0,001$), og Cohen's d viser en moderat til stor effekt ($d = 0,7$).

Medianerne viser, at 50 % af de unge havde en trivselsscore på 36 eller derunder ved førmålingen, mens 50 % af de unge havde en trivselsscore på 56 eller derunder ved eftermålingen.

Figur 11: De unges trivsel de seneste to uger

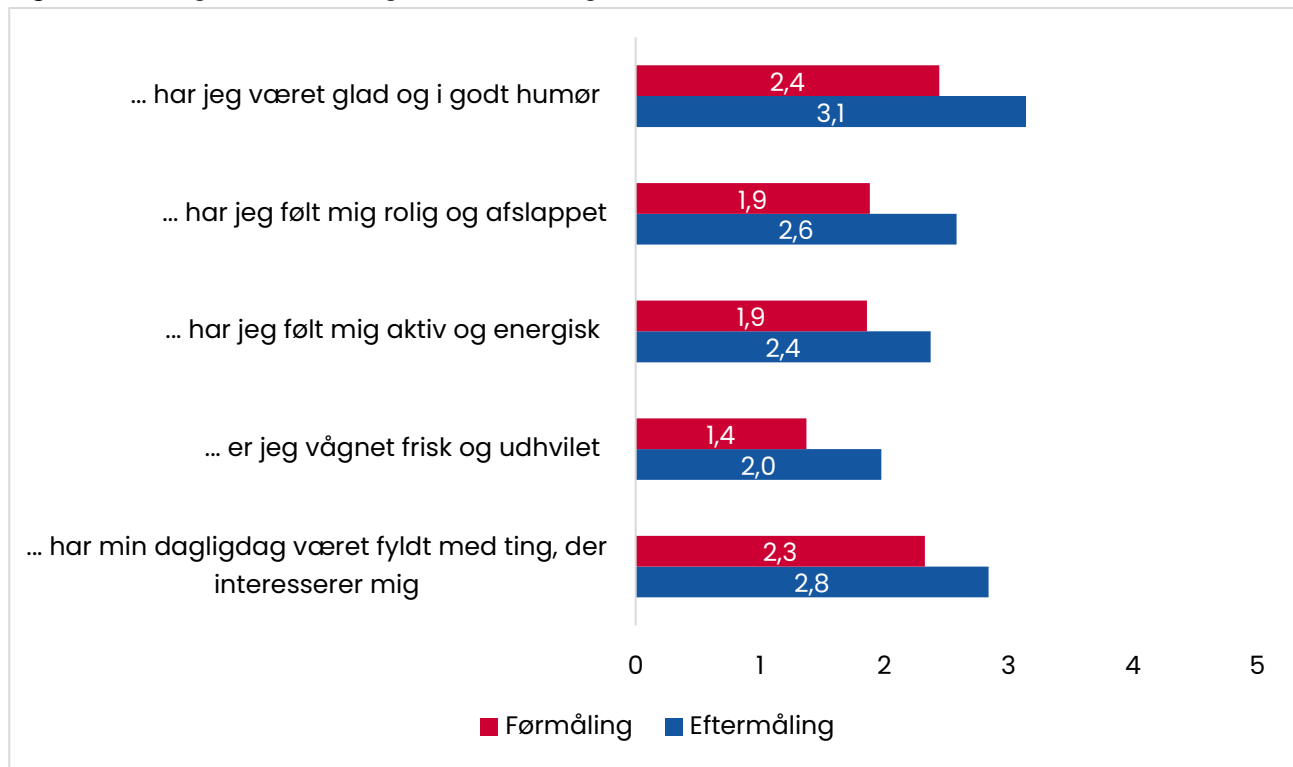


Note: n = 43.

"Jeg har fået en bedre forståelse for mig selv og mine handlinger. Jeg tror mere på mig selv, og jeg er blevet et gladere menneske."

Det ses i figur 12, at de unges gennemsnitsscore er steget på samtlige fem udsagn i WHO-5 trivselsindeks.

Figur 12: De unges trivsel før og efter forløbet, gennemsnitsscore



Note: n = 43. Scoren på de enkelte udsagn i WHO-5 trivselsindeks kan variere fra 0 til 5.

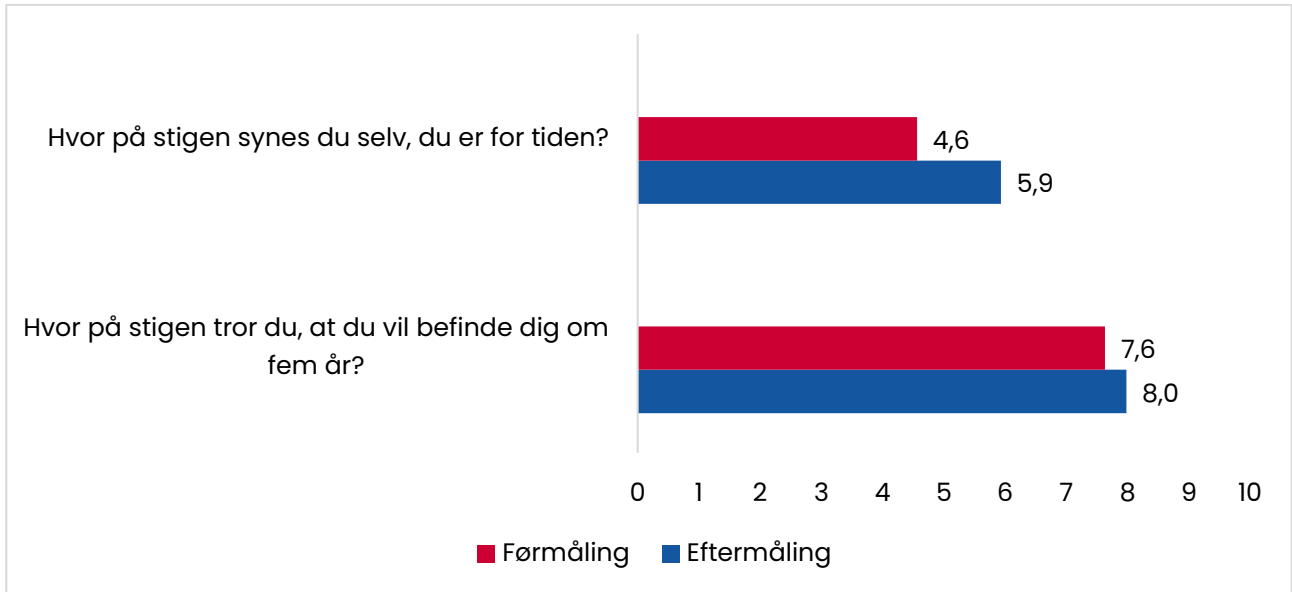
De unges aktuelle livstilfredshed forbedres

Cantril-stigen er blevet brugt til at måle de unges aktuelle livstilfredshed og forventede livstilfredshed om fem år. Vurderingen foretages på en skala fra 0 (det værst mulige liv) til 10 (det bedst mulige liv).

Det ses i figur 13, at de unges gennemsnitsscore er steget fra 4,6 til 5,9 i vurderingen af deres aktuelle livstilfredshed. En parvis dobbelt t-test for middelværdi viser, at forskellen er statistisk signifikant. Cohen's d viser en stor effekt ($d = 0,9$). Figur 14 indeholder flere informationer om distributionen i data for de unges aktuelle livstilfredshed.

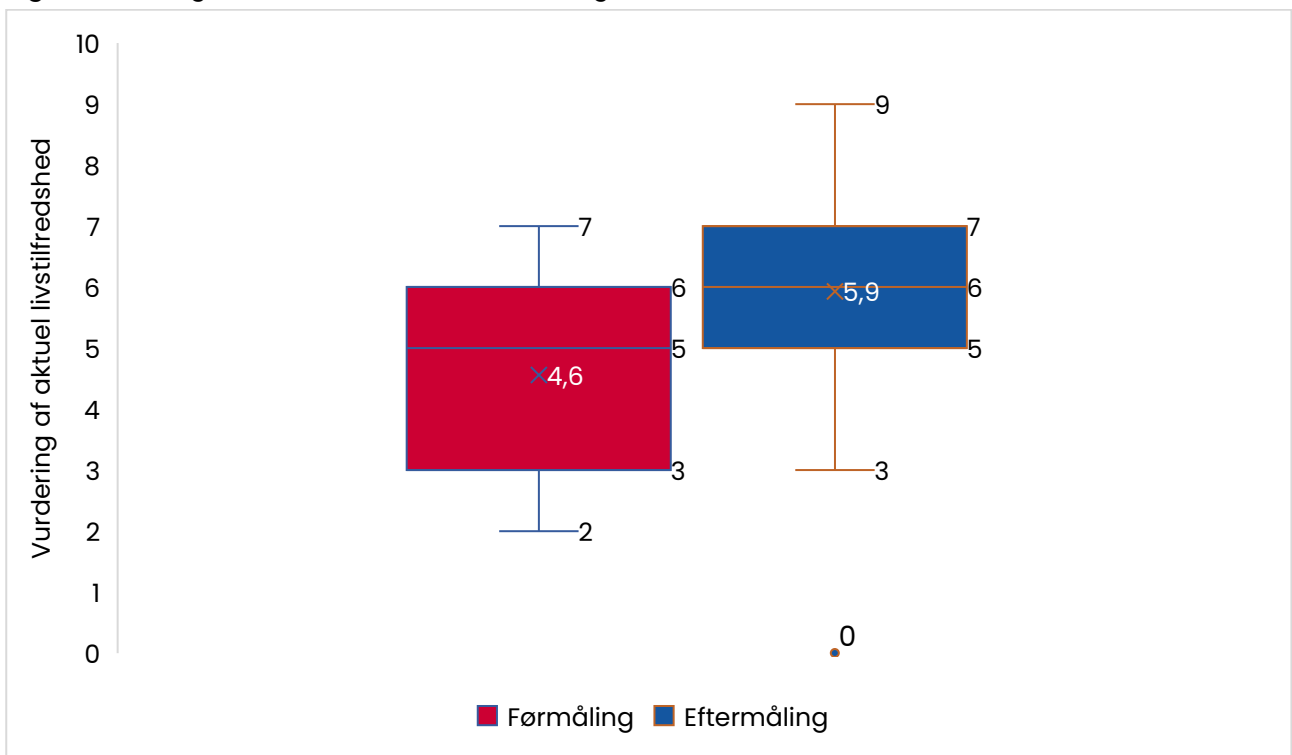
I figur 13 ses også en lille stigning i de unges forventede livstilfredshed om fem år, men her er forskellen ikke statistisk signifikant ($p = 0,137$).

Figur 13: De unges livstilfredshed før og efter forløbet, gennemsnitsscore



Note: n = 43. Spørgsmålene blev introduceret med følgende tekst: Forestil dig en stige med 10 trin som et billede på dit liv. Trin 10 betyder "det bedste mulige liv for dig", og trin 0 betyder "det værste mulige liv for dig".

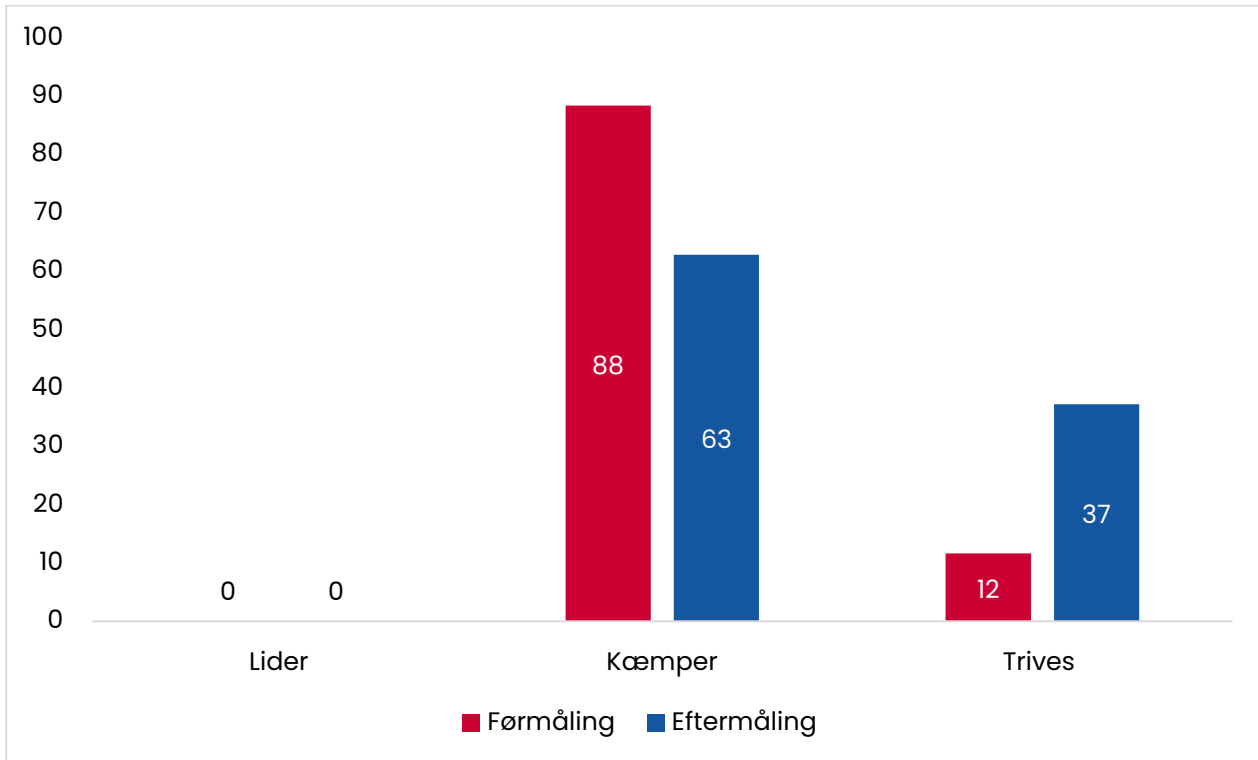
Figur 14: De unges aktuelle livstilfredshed, før og efter forløbet



Note: n = 43. Spørgsmålet lød: "Hvor på stigen synes du selv, du er for tiden?"

På Cantril-stigen kategoriseres de unge på baggrund af følgende fortolkningsnøgle: De unge "trives", hvis aktuel score $7 \geq$ og fremtidig score $8 \geq$, de unge "lider", hvis aktuel og fremtidig score $4 \leq$, de unge "kæmper", hvis de hverken lider eller trives. Det ses i figur 15, at langt flere unge (16 unge) trives i eftermålingen end i førmålingen (5 unge).

Figur 15: De unges livstilfredshed før og efter forløbet, procent



Note: n = 43.

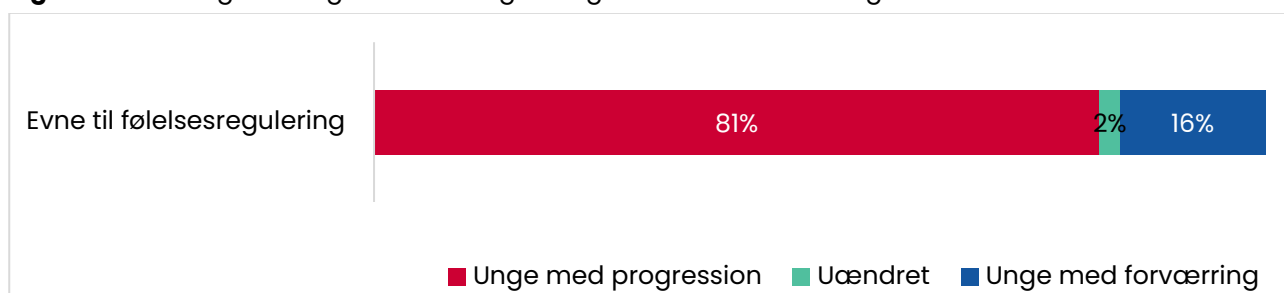
"Jeg har fået det meget bedre og er et godt sted nu."

De unge bliver bedre til at regulere følelser

I evalueringen måles de unges evne til følelsesregulering, da selvskade bl.a. kan være en mestringsstrategi til at regulere svære følelser. Det antages derfor, at de unge vil opleve et mindre behov for selvskade, hvis deres evner til følelsesregulering styrkes.

Måleredskabet DERS-16 er benyttet til at måle de unges følelsesregulering hhv. før og efter samtaleforløb. De unge opnår en samlet DERS-16 score mellem 16 og 80, hvor en højere score indikerer større vanskeligheder ved følelsesregulering. Figur 16 viser, at 81 % af de unge (35 ud af 43) har oplevet en forbedret evne til følelsesregulering fra førmålingen til eftermålingen, mens 16 % (7 ud af 43) rapporterer en forværring.

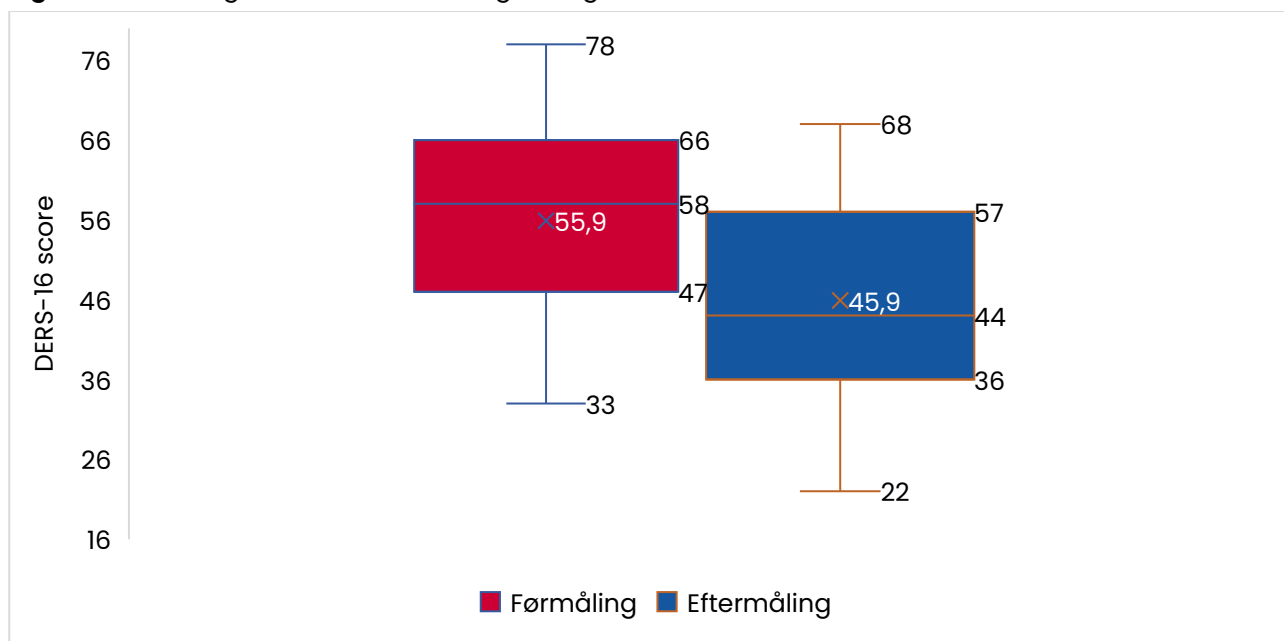
Figur 16: Udvikling i de unges følelsesregulering fra før- til eftermåling



Note: n = 43.

Figur 17 viser, at de unges gennemsnitlige score er faldet fra 55,9 ved førmålingen til 45,9 ved eftermålingen. En dobbeltsidet parret t-test viser en statistisk signifikant forskel på middelværdierne ($p < 0,001$), og Cohen's d viser en stor effekt ($d = -0,8$). Ved førmålingen varierer de unges scores fra 33 til 78, mens deres scores varierer fra 22 til 68 i eftermålingen.

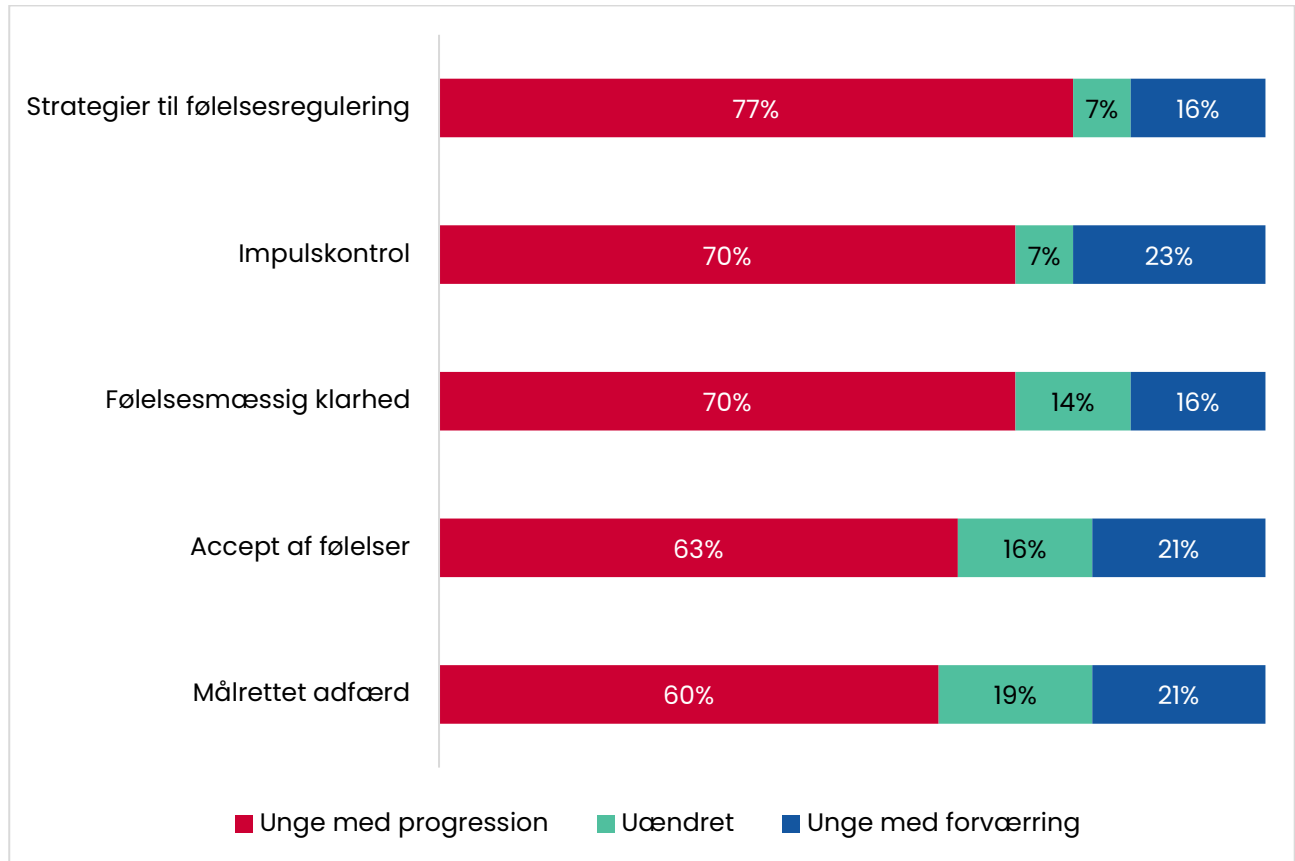
Figur 17: Vanskeligheder ved følelsesregulering



Note: n = 43.

DERS-16 måler følelsesregulering på fem dimensioner: følelsesmæssig klarhed; accept af egne følelser; målrettet adfærd, impuls kontrol samt strategier til følelsesregulering. Figur 18 viser, hvor stor en andel af de unge, der har oplevet progression på de fem dimensioner. Det ses, at flest oplever progression på "strategier til følelsesregulering" (77%).

Figur 18: Udvikling i de unges følelsesregulering fra før- til eftermåling, målt på fem dimensioner



Note: n = 43.

"Jeg har fået indsigt i mine mønstre, forståelse for hvordan og hvorfor, jeg agerer, som jeg gør, og konkrete værktøjer til at håndtere svære følelser og bryde med gamle vaner og tanker."

De unges selvskade reduceres

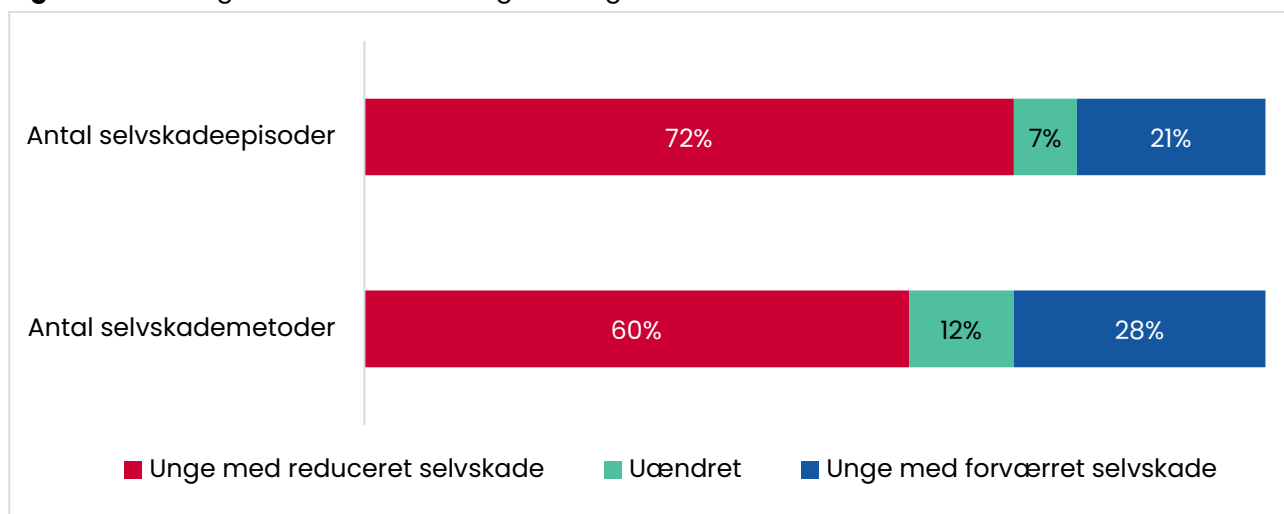
Da de fleste unge oplever forbedret trivsel og styrket følelsesregulering, forventes det med afsæt i forandringsteorien (figur 1), at de unges selvskade reduceres. Dette udgør indsatsens primære succeskriterium. Antal selvskadeepisoder og -metoder de seneste 30 dage er målt med DSHI-9.

Figur 19 viser, at 72 % af de unge (31 ud af 43) har færre selvskadeepisoder ved eftermålingen, mens 21 % (9 unge) har flere. 60 % (26 unge) bruger færre selvskademetoder ved eftermålingen, mens 28 % (12 unge) benytter flere. Det ses således, at nogle unge selvskader mere end før. Da der ikke indgår en kontrolgruppe i evalueringdesignet, kan vi ikke vide, hvordan det ville være gået disse unge uden indsatsen, herunder om de ville have oplevet en endnu større stigning i antal selvskadeepisoder.

Da der kun er tale om ni unge, der oplever en stigning i selvskadeepisoder, er det svært at udtale sig om, hvad der eventuelt adskiller denne gruppe unge fra de øvrige unge i indsatsen. Det ses dog, at næsten halvdelen af disse unge har fået stillet en eller flere psykiatriske diagnoser, hvilket kun gælder cirka hver fjerde ung i den store gruppe, der ikke har oplevet en forværring. Det er derfor muligt, at forværringen skyldes en bagvedliggende psykopatologi. Ifølge terapeuterne viser det sig nogle gange undervejs i samtaleforløbene, at de unge har større udfordringer, end det først kom frem til visitationssamtalen. De unge åbner gradvist op, efterhånden som tilliden til terapeuten opbygges.

Når der viser sig behov for det, bliver de unge hjulpet videre til andre og mere omfattende tilbud uden for foreningen, fx i psykiatrien. I nogle tilfælde viser det sig også, at de unge har et større behov for social støtte, end et samtaleforløb kan give. Terapeuterne har derfor også lavet en del underretninger i samarbejde med unge og forældre. Typisk fastholdes de unge i samtaleforløb i den periode, hvor de afventer anden hjælp. Terapeuterne fortæller desuden, at nogle unge har oplevet store livsændringer i løbet af deres forløb, fx forældres skilsmisse, dødsfald i nærmeste familie, tab af nære venskaber, skoleskift mv. Det er derfor muligt, at nogle af de unge med forværret selvskade, falder i disse kategorier, men det er hverken muligt at be- eller afkræfte på baggrund af evalueringens data.

Figur 19: Udvikling fra før- til eftermåling i de unges selvskade

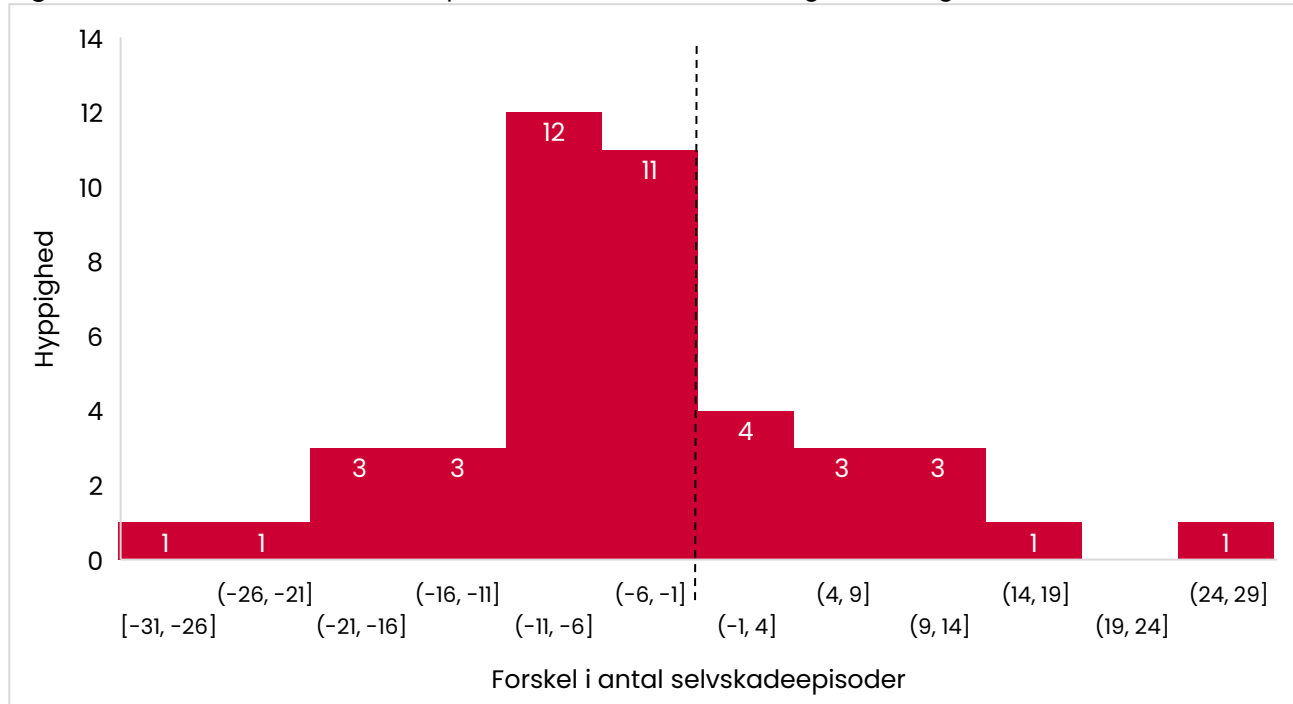


Note: n = 43.

Figur 19 slører, at den faktiske ændring i antal episoder varierer meget blandt de unge. Hos nogle er ændringen så lille, at den formentlig er tilfældig.

Figur 20 viser distributionen i data: Ændringen i antal selvskadeepisoder er inddelt i intervaller (det højre endepunkt tælles med i hvert interval). Søjlerne viser antal unge i intervallerne. Der er indsat en stiplet skillelinje ved 0, så unge med reduktion i antal episoder (31 unge) er til venstre for linjen, mens unge med et uændret eller stigende antal episoder (hvh. 3 og 9 unge) fremgår til højre for linjen.

Figur 20: Forskel i antal selvskadeepisoder fra før- til eftermåling, antal unge

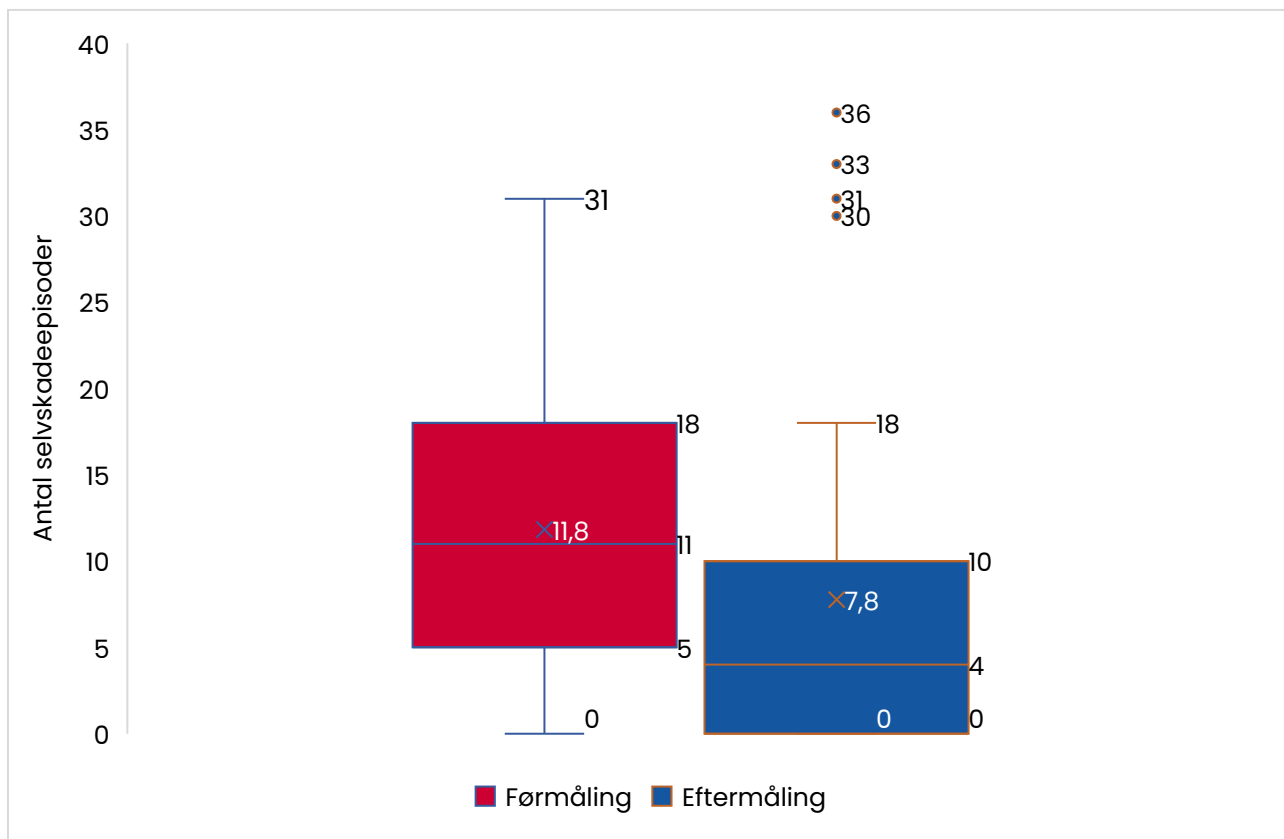


Note: $n = 43$. Der er valgt en intervalbredde, som kan vise skillelinjen ved 0.

Data fra før- og eftermålinger kan sammenlignes i figur 21. Det fremgår, at det gennemsnitlige antal selvskadeepisoder er faldet fra 11,8 ved førmålingen til 7,8 ved eftermålingen. En dobbeltsidet t-test for parvise observationer viser, at forskellen på middelværdierne er statistisk signifikant ($p < 0,05$), og Cohen's d viser en lille til moderat effekt ($d = -0,4$).

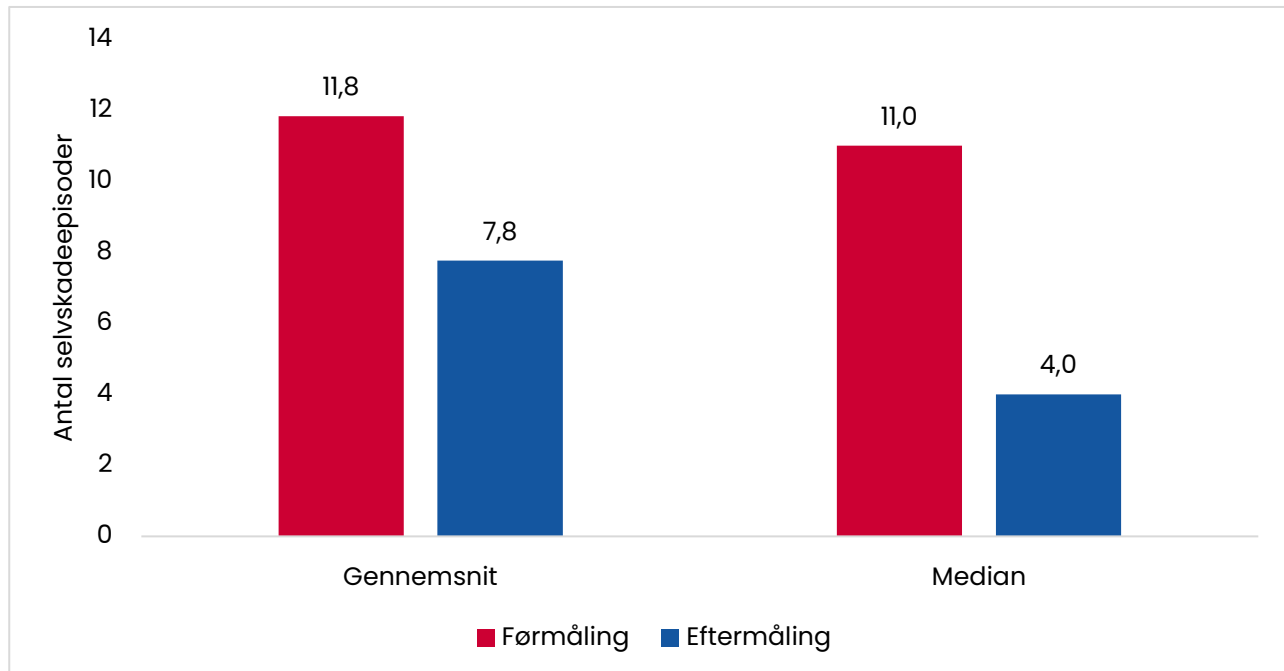
I eftermålingen er der dog tale om en meget skæv fordeling, hvor gennemsnittet trækkes op af nogle få unge med mange episoder. Det er derfor mere retvisende at se på medianen. Her ses det i figur 21, at 50 % af de unge havde 11 episoder eller derunder ved førmålingen, mens 50 % af de unge havde 4 episoder eller færre ved eftermålingen. Dette er også illustreret i figur 22.

Figur 21: Antal selvskadeepisoder de seneste 30 dage, målt før og efter samtaleforløb



Note: n = 43.

Figur 22: Antal selvskadeepisoder de seneste 30 dage, målt før og efter samtaleforløb

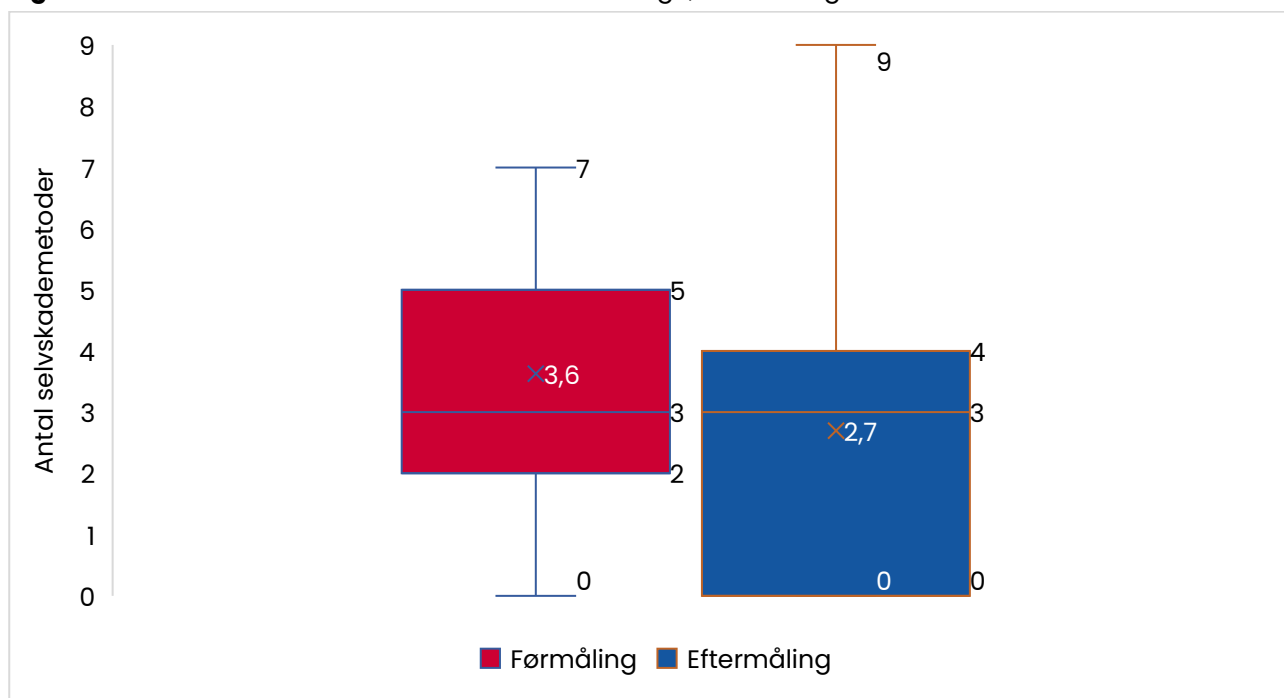


Note: n = 43.

I måleredskabet DSHI-9 spørges ind til antal selvskadeepisoder fordelt på ni forskellige metoder. Antal selvskademetoder kan således variere fra 0 til 9. Figur 23 viser, at det gennemsnitlige antal metoder blandt de unge er faldet fra 3,6 i førmålingen til 2,7 i eftermålingen. En dobbeltsidet t-test for parvise observationer viser, at forskellen er statistisk signifikant ($p < 0,05$), og Cohen's d viser en lille til moderat effekt ($d = -0,4$).

Det bemærkes, at antal metoder varierer fra 0 til 7 i førmålingen, men fra 0 til 9 i eftermålingen. Et nærmere blik på datasættet viser, at der er tale om én ung i eftermålingen, som benytter alle ni selvskademetoder.

Figur 23: Antal selvskademetoder de seneste 30 dage, målt før og efter samtaleforløb



Note: $n = 43$.

Tabel 1 viser antal selvskadeepisoder fordelt på metoder i før- og eftermålingen. Det fremgår blandt andet, at antal episoder samlet set er faldet med 34 %. Vækstbidraget i procentpoint viser, hvad der "trækker" reduktionen i antal selvskadeepisoder. Her ses det, at faldet især kan tilskrives en reduktion i episoder, hvor de unge skærer i sig selv (dette redegør for 11 procentpoint ud af 34).

Tabel 1: Antal selvskadeepisoder fordelt på metoder ved før- og eftermålingen

Antal selvskadeepisoder fordelt på metoder	Førmåling	Eftermåling	Faktisk ændring	Procentvis ændring	Før- andel	Efter- andel	Ændring i procentpoint	Vækstbidrag i procentpoint
Alle metoder	509	334	-175	-34	100	100	0	-34
Skåret	146	88	-58	-40	29	26	-2	-11
Brændt	22	20	-2	-9	4	6	2	0
Ridset	29	27	-2	-7	6	8	2	0
Revet	79	44	-35	-44	16	13	-2	-7
Bidt	43	25	-18	-42	8	7	-1	-4
Stukket	44	20	-24	-55	9	6	-3	-5
Banket	11	17	6	55	2	5	3	1
Slået	34	28	-6	-18	7	8	2	-1
Forhindret sårheling	101	65	-36	-36	20	19	0	-7

Note: n = 43. Der er målt med DSHI-9. Spørgsmålet lød: "Har du på noget tidspunkt i løbet af de seneste 30 dage gjort noget af det nedenstående, og i så fald hvor ofte?" 1. med vilje skåret dig i håndleddene, armene eller i nogen anden del af din krop? 2. med vilje brændt dig selv med en cigaret, lighter eller tændstikker? 3. med vilje ridset ord, billeder eller symboler ind i din hud? 4. med vilje revet dig selv så hårdt, at det blev et sår, eller så det begyndte at bløde? 5. med vilje bidt dig selv så hårdt, at der er gået hul på huden? 6. med vilje stukket skarpe genstande (såsom nåle eller lignende) i din hud? 7. med vilje banket dit hoved så hårdt imod noget, at det gav et blå mærke? 8. med vilje slået dig selv så hårdt, at det gav et blå mærke? 9. med vilje forhindret sår i at heles? Sværskala: 0 gange, 1, 2, 3, 4, 5, flere end 5 gange (sidstnævnte er kodet som 6 gange).

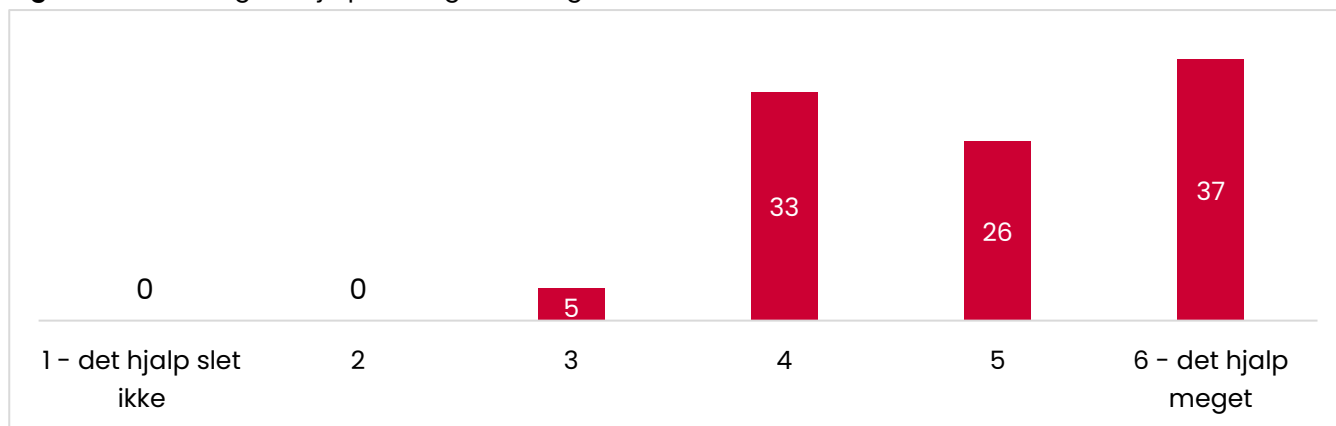
*"Jeg tror, jeg er længere på
vejen til at acceptere mig
selv og stole mere på, at jeg
kan passe på mig selv. Jeg
havde en vigtig indsigt
omkring situationen, jeg var i,
da jeg begyndte at
selvskade"*



5.4. Selvvurderet udbytte af forløbet

De unge er blevet bedt om at vurdere deres udbytte af samtaleforløbet. Det fremgår af figur 24, at de generelt oplever, at samtaleforløbene har været en stor hjælp. Kun 5 % scorer lavere end 4 på en skala fra 1 til 6, hvor 1 betyder "det hjalp slet ikke", mens 6 betyder "det hjalp meget".

Figur 24: I hvilken grad hjalp det dig at deltage i samtaleforløbet? Procent



Note: n = 43.

"Jeg har opdaget virkelig meget om mig selv, og har opdaget måder jeg kan hjælpe mig selv på. Jeg har følt mig fortabt og alene, men samtaleforløbet hjalp mig virkelig."

De unges egne ord om udbyttet

41 ud af 43 unge har beskrevet med deres egne ord, hvad de har fået ud af samtaleforløbet. En enkelt ung oplever ikke noget udbytte. En anden ung er overbevist om at have profiteret af forløbet, men sætter ikke flere ord på det. De øvrige 39 unge har givet konkrete eksempler på deres udbytte, som kan kategoriseres i fem hovedtemaer.

1. Øget indsigt i egne følelser og tankemønstre

Langt de fleste unge nævner, at de har lært sig selv bedre at kende igennem forløbet. De fremhæver ofte, at de har fået større indsigt i egne tanker og følelser, herunder at de er blevet bedre til at sætte ord på og håndtere svære følelser. Mange unge har fået større indblik i og nye perspektiver på deres situation. Flere oplever, at de kan håndtere tanker og følelser bedre. En ung skriver fx:

"Jeg har lært mig selv og mine tankemønstre at kende, og kan derfor bedre tackle de svære følelser og lysten til selvskade."

2. Øget indsigt i selvskaden og alternative mestringsstrategier

14 unge nævner eksplicit, at deres udbytte omfatter en større indsigt i selvskaden. De har bl.a. fået større indblik i, hvorfor de begyndte at selvskade, hvad selvskaden hjælper dem med, og hvordan de kan dæmpe selvskadetrangen. Derudover har de fået nye redskaber til at håndtere svære tanker, følelser og situationer uden at udøve selvskade. En ung skriver fx:

”Jeg har fået større forståelse for mine følelser, og hvorfor jeg gør, som jeg gør. Jeg er blevet hørt og har fået nogle redskaber, jeg kan anvende, når jeg bliver presset. Det har sat mange tanker i gang. På en god måde. Jeg synes, jeg har fået noget kontrol tilbage ved at have fået en større indsigt i den funktion, selvskade har.”

3. Øget trivsel

I alt seks unge skriver, at de har fået hjælp og trives bedre som følge af samtaleforløbet. To unge skriver fx: ”Det har gjort mig en del gladere og meget mere energisk” og ”Jeg blev gladere, når jeg var til forløbet og fik snakket om ting, jeg stressede over”.

4. Bedre relationer til andre

Seks unge omtaler en positiv udvikling i deres sociale relationer. Det handler bl.a. om, at de har fået nogen at tale med; er blevet mere åbne over for andre; har fortalt nogen om selvskaden; og at forløbet har haft en positiv effekt på relationen til deres familie. En ung skriver:

”Jeg har fået nogle redskaber, der kan hjælpe mig til at stoppe med selvskade (...). Og så var mine forældre, søster og jeg til samtale med [terapeut], som hjalp mig med at fortælle dem, hvordan jeg har det. Det har gjort en stor forskel, da vi nu herhjemme kan snakke om tingene, og jeg er blevet god til at sige: ”Hey, det der blev jeg faktisk rigtig ked af, at du sagde”, og så snakker vi om det.”

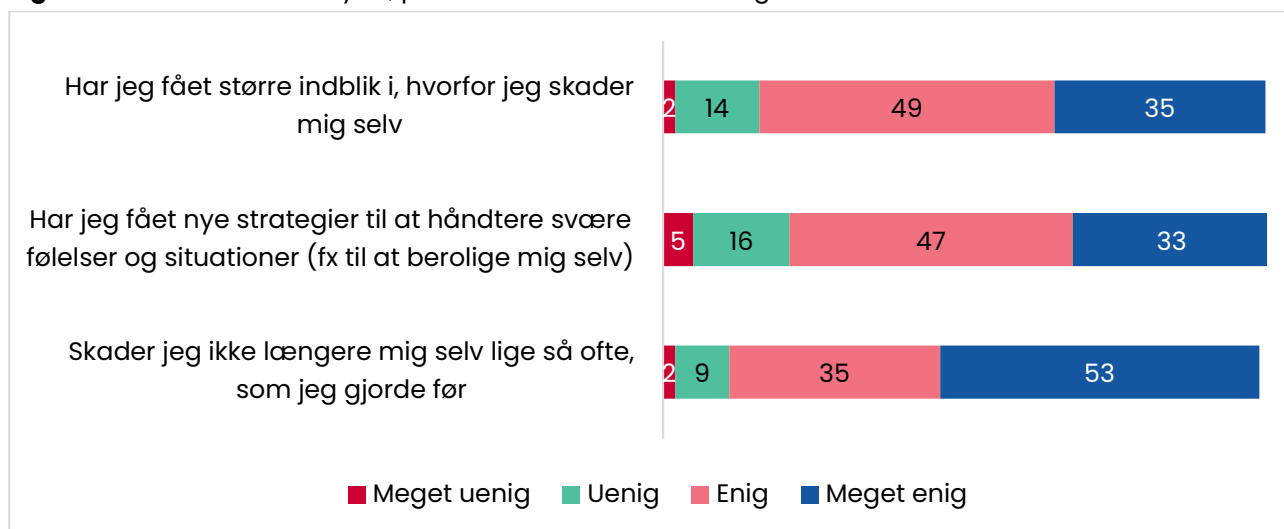
5. Større selvaccept

Fire unge giver udtryk for, at samtaleforløbet har hjulpet dem til at acceptere sig selv og blive mere afklarede med fortiden.

Selvurderet effekt på selvskade og følelser

De unge har vurderet deres udbytte af forløbet ved at tage stilling til udsagnene i figur 25. Flertallet er enige eller meget enige i, at de har fået større indblik i, hvorfor de skader sig selv; at de har fået nye strategier til at håndtere svære følelser og situationer; og at de ikke skader sig selv så ofte som før.

Figur 25: Selvvurderet udbytte, procent. "Efter at have deltaget i samtaleforløbet..."

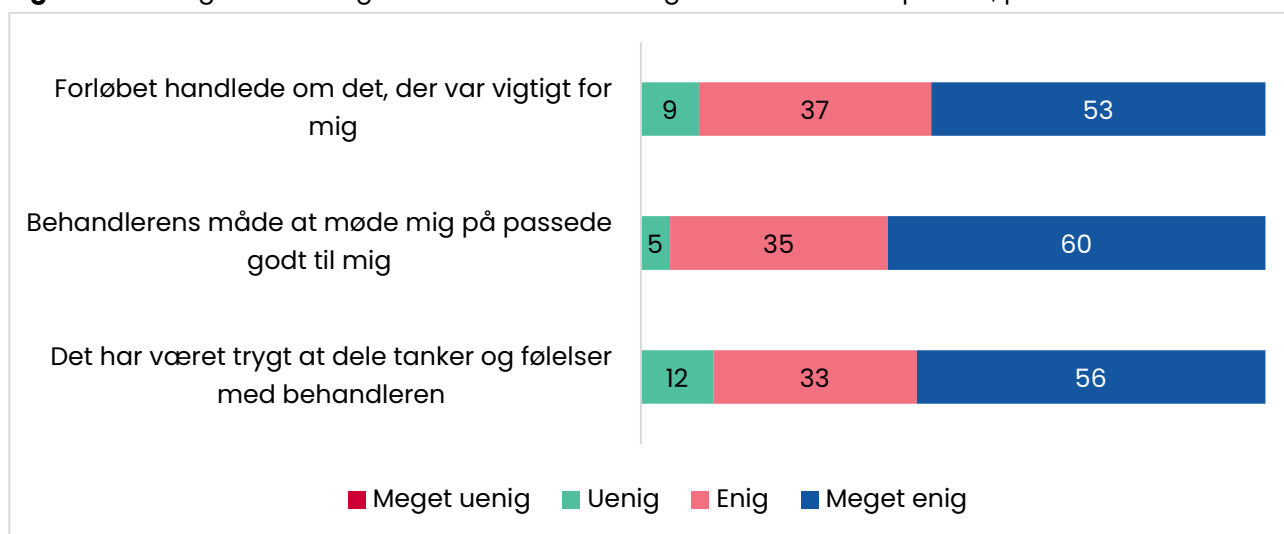


Note: n = 43.

5.5. Vurdering af forløbet og terapeuten

De unge har vurderet samtaleforløbet og relationen til terapeuten på de tre udsagn i figur 26. Det ses, at næsten alle er enige eller meget enige i udsagnene. Resultaterne er særligt positive på udsagnet "Behandlerens måde at møde mig på passede godt til mig". Det tyder på, at de unge har følt sig set og mødt af terapeuterne.

Figur 26: De unges vurderinger af samtaleforløbet og relationen til terapeuten, procent



Note: n = 43.



"Det ville være fedt, hvis der blev holdt en "get-together"-ting for at snakke med andre, der er i samme situation som en selv, for det kan blive meget ensomt. Selvfølgelig noget som er frivilligt."

(modelfoto)

Hvad fungerer godt ved samtaleforløbene?

41 ud af 43 unge har beskrevet med deres egne ord, hvad der fungerede godt ved samtaleforløbet. Deres svar kan inddeles i tre hovedtemaer, hvor mange besvarelser indeholder flere af temaerne.

1. Kvaliteter ved terapeuterne

Det går igen hos mange unge, at terapeuterne er tillidsvækkende og behagelige at være sammen med. De unge beskriver bl.a. terapeuterne med ord som "sød", "rar", "venlig" og "afslappet". Endnu mere fremtrædende er det, at terapeuterne beskrives som empatiske med ord som "omsorgsfuld", "støttende", "forstående", "god at snakke med", "engageret" og "oprigtigt interesseret i at hjælpe bedst muligt". Dette vidner om, at de unge føler sig set og mødt af terapeuterne i trygge relationer. Endelig fremhæves terapeuternes faglighed af flere unge med ord som "dygtig", "god til sit job", "fantastisk" og "en voksen, der ved, hvad hun laver".

2. Kvaliteter ved relationen og samværet

Kvaliteter ved relationen og samværet med terapeuten fylder mest, når de unge beskriver, hvad der fungerede godt ved samtaleforløbet. De unge giver udtryk for, at de i mødet med terapeuterne "føler sig lyttet til", "set, hørt og forstået", "taget alvorligt", "mødt med respekt" og "mødt i øjenhøjde". De beskriver desuden et "rart og trygt rum" med "tillid" og "omsorg", hvor de kan "føle sig tilpas" og "fejle uden at få skæld ud". Nogle nævner at "blive konstruktivt presset til at tale om det svære".

Flere unge oplever det befriende at tale med én "udefra". Det handler bl.a. om at kunne "dele tanker og tale med én, som ikke har følelser i klemme og bliver personligt berørt", at kunne "være helt sig selv", "tale åbent om følelser", "læsse af" og "lette sit hjerte". Samtaleforløbene opfylder et stort behov for at kunne tale højt og frit om det svære. Det er vigtigt at blive mødt i øjenhøjde og uden fordømmelse. De unge føler sig trygge, set og forstået. I samtaleforløb kan man fx "føle sig normal" og "dele det svære og grimme uden at føle skam".

3. Individuelt tilrettelagte samtaleforløb

I samtaleforløbene kan de unge tale om, hvordan de har det. Flere fremhæver, at forløbet handlede om det, der var vigtigt for dem. Det var godt "selv at kunne sige, hvad man har brug for at snakke om", "at tale om de problemer, der fylder lige nu", og "at sætte ord på, hvordan man har det". De unge har fået større indsigt i sig selv og selvskadens årsager, funktioner og mekanismer. De oplever at have fået "hjælp", "råd", "værktøjer" og "strategier", fx til at håndtere selvskadetrang og svære følelser. Forløbet har også skabt rum for "at udfordre sig selv". Endelig nævnes, at forældre har fået mere indsigt i de unges liv.

4. Form og rammer for samtaleforløb

Enkelte unge fremhæver, at det var positivt, at samtaleforløbet "kunne foregå online", at "brug af tavle gør forklaringerne mere visuelle og lettere at forstå". Der udtrykkes også taknemmelighed over små ting såsom "gratis the".

Hvad fungerer mindre godt ved samtaleforløbene?

De unge er også blevet spurgt, hvad der fungerede mindre godt ved samtaleforløbet. Syv har undladt at svare, mens 15 unge blot har skrevet, at det hele fungerede godt. De øvrige 21 unge har givet input til, hvad der fungerede mindre godt ved samtaleforløbene. Inputtene kan inddeles i fire hovedtemaer.

1. Online-forløb og tekniske udfordringer

I alt syv unge har skrevet kommentarer under dette tema. Fire tilkendegiver, det var mindre godt, at (dele af) samtaleforløbet blev gennemført online. Her forklarer nogle, at det skyldtes Corona-nedlukningen. To unge nævner tekniske udfordringer i online-forløb. En ung har oplevet, at der er gået lang tid mellem nogle samtaler: *"Corona har gjort, at der har været længere perioder mellem nogle samtaler, men til gengæld har jeg oplevet stor fleksibilitet hos LMS"*. I dag tilbyder foreningen fortsat online-forløb for unge, der bor uden for de store byer, eller som blot foretrækker online-samtaler. Det bør undersøges, om det digitale set-up fungerer godt i dag, hvor der er større erfaring med det.

2. Føler sig sluppet for tidligt

Samtaleforløbene var for korte ifølge tre unge, hvoraf to antyder, at de føler sig alene efter endt forløb. Den ene skriver: *"Det var for kort med 10 gange. Jeg nåede ikke at åbne helt op, og jeg kan ikke snakke med nogen længere, ikke engang på SMS. Man mister bare kontakten"*. Den anden skriver: *"Måske at der ikke er flere samtaler, for det var rart at vide, der var nogen, som gik op i mig og det"*. En fjerde ung *"ville gerne være blevet anbefalet noget litteratur/forskningsartikler at have til rådighed efter endt forløb. Men det var ikke noget, jeg efterspurgte i forløbet"*.

3. Det kan være svært og sårbart at åbne op

Tre unge skriver, at de havde svært ved at udtrykke sig eller åbne op overfor terapeuten. Én ung begrundet dette med, at *"jeg har det svært med at åbne mig op på kort tid"*. En anden konstaterer, at *"jeg havde tit svært ved helt at udtrykke de ting, jeg på forhånd havde tænkt på"*. Den tredje *"havde rigtig svært ved at være ærlig, da der kom rigtig mange spørgsmål, og det blev overvældende"*. Yderligere tre unge giver udtryk for, at det er sårbart at deltage i samtaleforløbet. To skriver: *"Der var en del fokus på en. Man kan godt ende med at føle sig udstillet"* og *"jeg skammede mig og følte mig skyldig"*. Det er uvist, om kommentarerne knytter sig til noget konkret, det har været sårbart at dele med terapeuterne, eller om selve samtalsituationen har været svær.

4. De praktiske rammer for forløbene

I alt fire unge nævner praktiske forhold omkring samtaleforløbene. Tre fremhæver skolefravær, da de ofte må tage fri fra skole for at deltage, fordi samtalerne afholdes inden for terapeuternes normale arbejdstid. En ung skriver, at hun derfor ikke deltog så ofte som ønsket. For en anden har det været svært med de afledte spørgsmål af skolefraværet: *"Det var midt på dagen, så folk ville spørge om, hvor jeg har været henne"*. Den unge ønsker formentlig at holde selvskaden skjult i skolen. For mange er selvskade forbundet med skam, hvilket måske også er på spil, når en anden ung skriver: *"Jeg synes, det hele har fungeret godt. Mit eneste problem er jeres meget offentlige placering. Det skabte angst for mig at gå derhen gennem strøget og midtbyen."*

Forbedringsforslag fra de unge

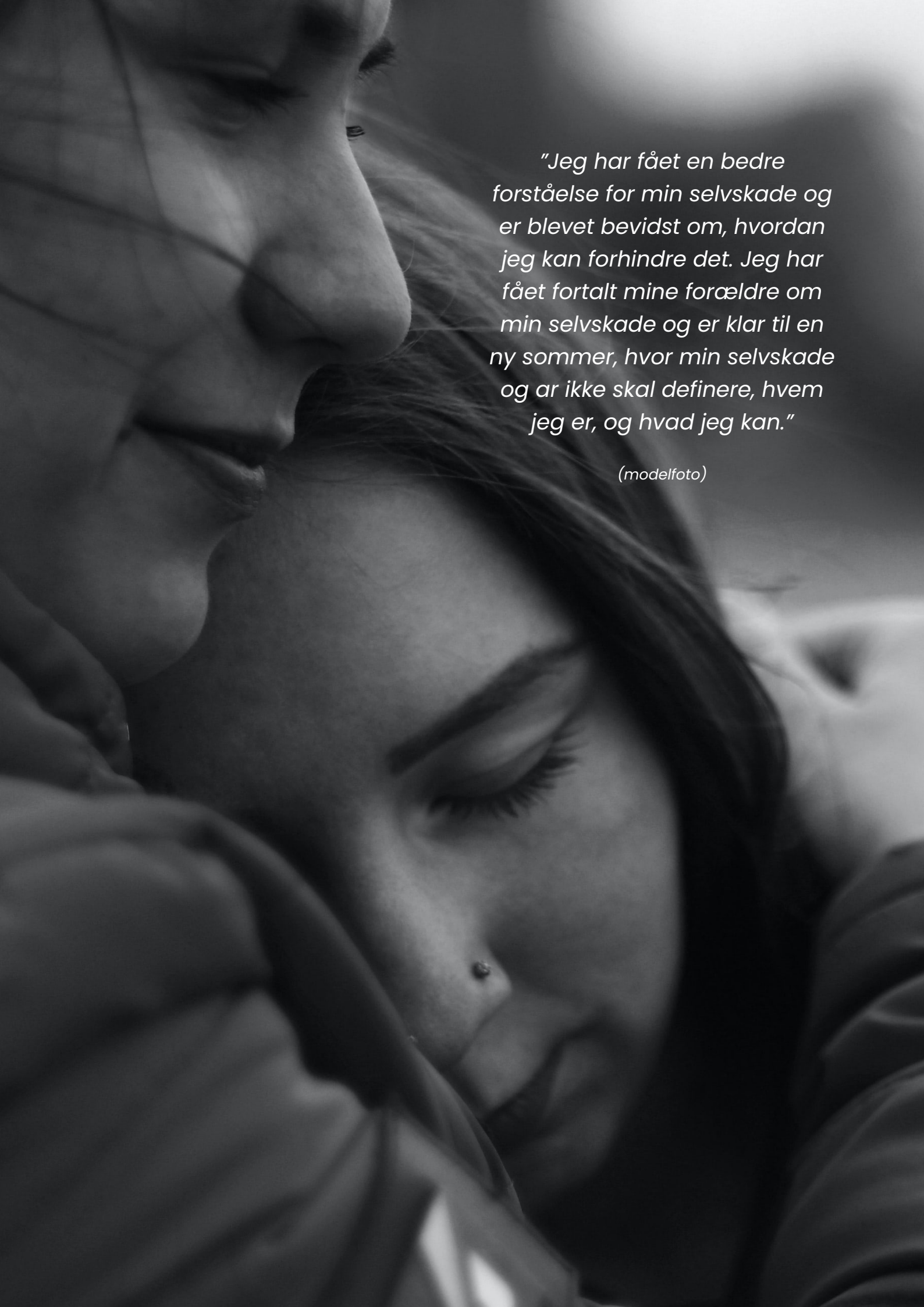
De unge er blevet spurgt, om de har yderligere kommentarer eller forslag til forbedringer. I alt tre unge har skrevet forbedringsforslag, hvoraf to efterlyser et gruppetilbud for unge med selvskade. Begge giver udtryk for, at de savner et fællesskab med andre unge, som de kan spejle sig i, hvilket kan udfordre oplevelsen af at være alene og forkert. En skriver:

“Det kunne være godt at lave et forløb med gruppeterapi for folk i min situation, fordi det kan føles udstillende og ubehageligt at skulle håndtere det alene.”

En tredje ung efterspørger længere samtaleforløb og muligheden for at kunne tage kontakt efter endt forløb, hvis behovet opstår. Man får indtryk af, at den unge føler sig overladt til sig selv:

“Længere tid, 10 gange er slet ikke nok, og måske et telefonnummer, hvis man får det slemt, eller bare nogle man kan skrive til, så man ikke bare skal stå med det hele selv alene bagefter”.

Denne kommentar synliggør bl.a. vigtigheden af, at terapeuterne fortsætter med at orientere de unge om, at de til enhver tid kan kontakte foreningens anonyme rådgivning efter endt samtaleforløb. Der oplyses også om andre aktører (fx privatpraktiserende læge, psykiatrisk skadestue mv.), som de unge kan kontakte, hvis deres tilstand forværres.



"Jeg har fået en bedre forståelse for min selvskade og er blevet bevidst om, hvordan jeg kan forhindre det. Jeg har fået fortalt mine forældre om min selvskade og er klar til en ny sommer, hvor min selvskade og ar ikke skal definere, hvem jeg er, og hvad jeg kan."

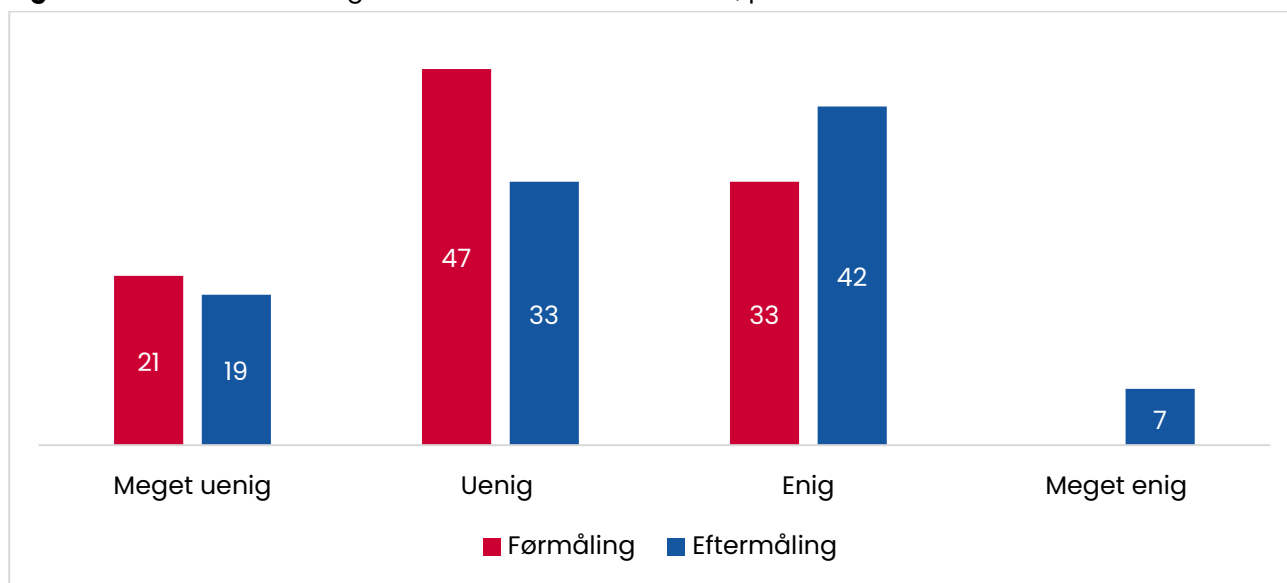
(modelfoto)

5.6. Relationer til pårørende

De unge er blevet stillet spørgsmål om deres relationer til pårørende, da forældreinvolvering er en del af forløbet. Det er et delformål i indsatsen at hjælpe forældrene til at støtte de unge bedst muligt.

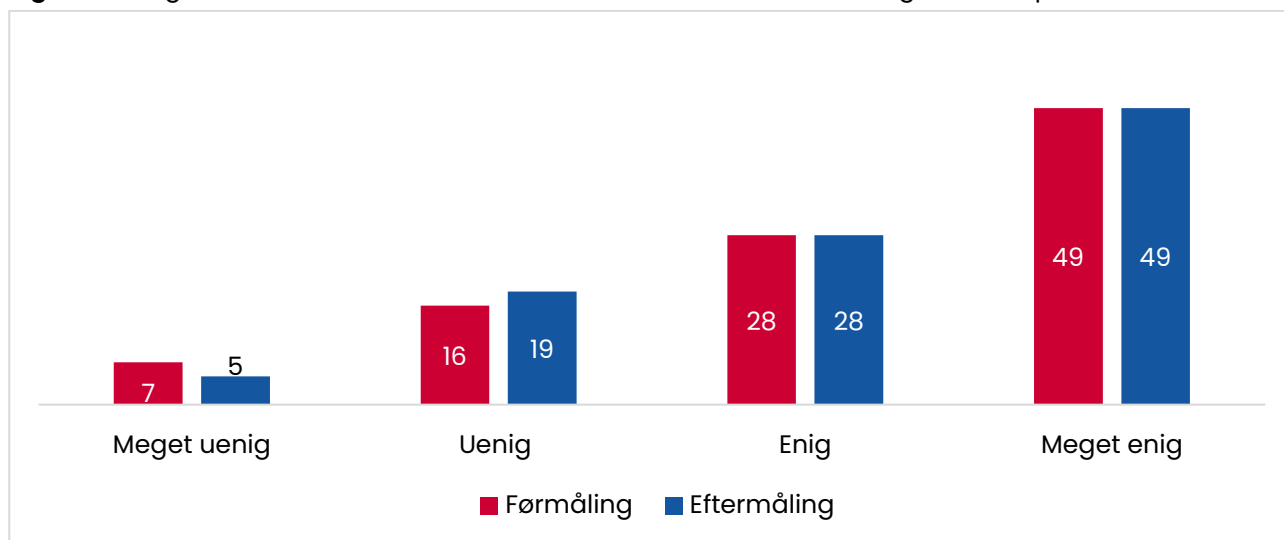
63 % af de unge (27 unge) angiver, at deres pårørende har deltaget i dele af forløbet, mens 37 % afviser dette. Det ses i figur 27, at andelen af unge, der oplever, at deres forældre er gode til at forstå deres situation, er steget fra 33 % (14 unge) før samtaleforløbet til 49 % (21 unge) efter forløbet. Der er dog ikke sket nogen ændring i andelen af unge, der har svært ved at tale med deres familie om deres tanker og følelser. Dette gælder 77 % (33 unge) i både før- og eftermålingen, jfr. figur 28.

Figur 27: "Mine forældre er gode til at forstå min situation", procent



Note: n = 43.

Figur 28: "Jeg har svært ved at tale med min familie om mine tanker og følelser", procent

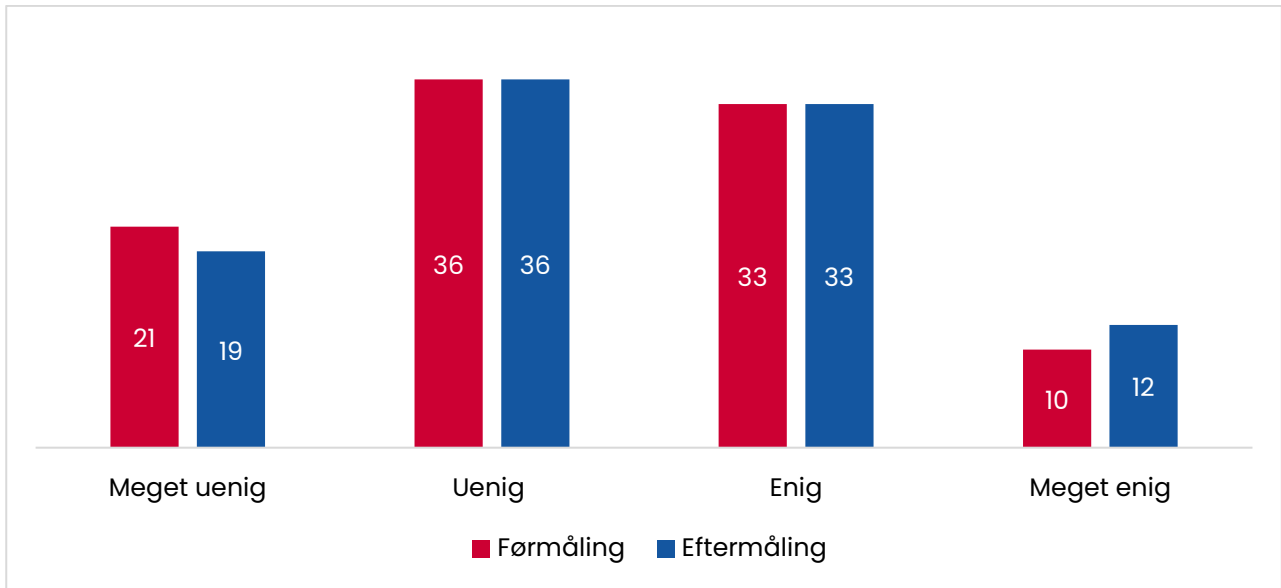


Note: n = 43.

Der ses ingen ændring i andelen af unge, som oplever at have venner, der er gode til at forstå deres situation, jfr. figur 29. Til gengæld er andelen af unge, der føler sig alene med deres situation, faldet fra 70 % i førmålingen (30 unge) til 49 % (21 unge) i eftermålingen, hvilket ses i figur 30.

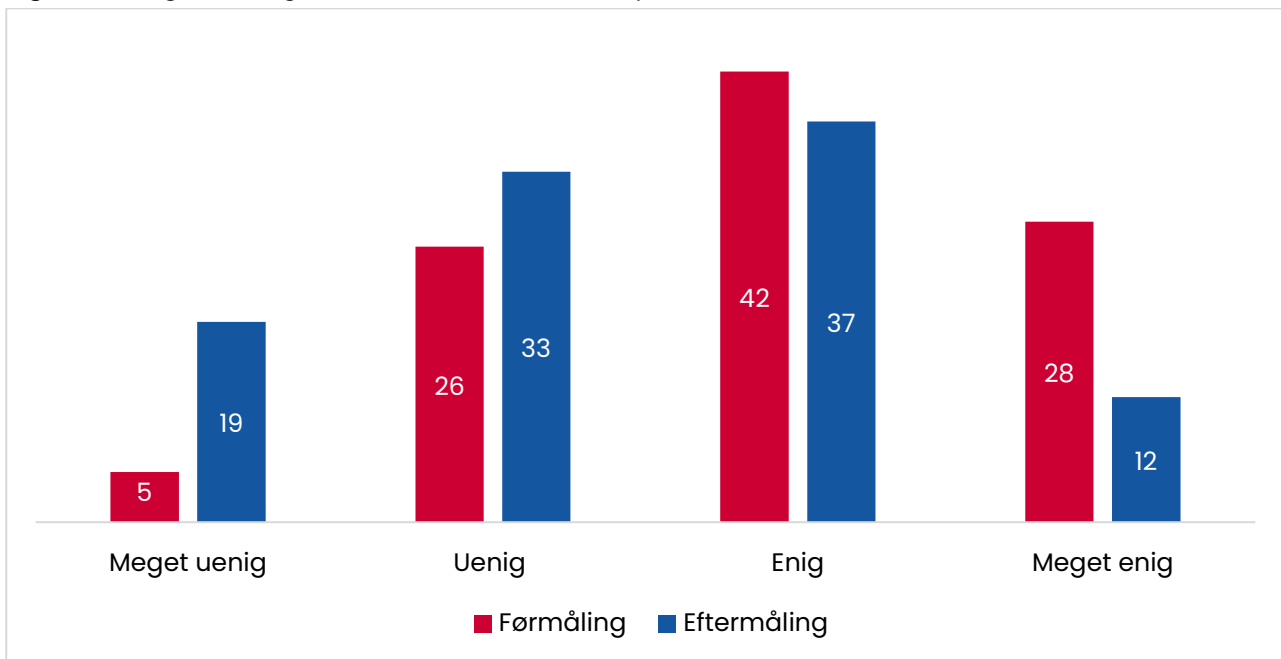
Da færre unge føler sig alene med deres situation, trods de uændrede resultater i figur 28 og 29, er det positive resultat muligvis bundet op på relationen til terapeuten. Det kan være én forklaring på, at nogle få unge føler sig sluppet for tidligt eller brat og oplever at stå alene tilbage efter endt forløb.

Figur 29: "Jeg har venner, der er gode til at forstå min situation", procent



Note: n = 43.

Figur 30: "Jeg føler mig alene med min situation", procent



Note: n = 43.

6. SAMMENFATNING

Evalueringen viser, at projektets succeskriterier er indfriet. Der er gennemført individuelle samtaler med i alt 116 unge i projektperioden, heraf 88 terapeutiske samtaleforløb og 28 afklarende forløb.

Karakteristik af deltagerne

Evalueringens resultaterne bygger på besvarelser fra 43 unge i alderen 11-23 år. De unge er i gennemsnit 14 år ved selvskaadedebut og 16 år ved opstart i samtaleforløb. 81 % af deltagerne er hunkøn, og 72 % har deltaget i København. Inden forløbet bruger de fleste selvskaaden til at håndtere svære følelser. 30 % har tidligere været i behandling for selvskaade, og 28 % har en eller flere psykiatriske diagnoser.

Forbedret trivsel og følelsesregulering

Der ses en statistisk signifikant og moderat til stor forbedring i de unges trivsel og aktuelle livstilfredshed. Ifølge WHO-5 trivselsindeks var 70 % af de unge i risikozonen for depression og stressbelastning inden forløbet, hvilket falder til 44 %. Målt med Cantril-stigen stiger andelen af unge i trivsel fra 12 % til 37 %. Der opnås en statistisk signifikant og stor forbedring i de unges evne til følelsesregulering målt med DERS-16. Hele 81 % oplever progression. Der ses især stor fremgang i de unges strategier til følelsesregulering, impuls kontrol og deres følelsesmæssige klarhed.

Reduceret selvskaade

Evalueringen viser en statistisk signifikant og lille til moderat forbedring i de unges selvskaade. 72 % har færre selvskaadeepisoder efter forløbet, mens 60 % benytter færre selvskaademetoder. Det antages, at denne progression bl.a. beror på de unges forbedrede trivsel og følelsesregulering. Medianen for antal selvskaadeepisoder de seneste 30 dage falder fra 11 til 4. Der ses et fald i antal selvskaadeepisoder på 34 %, hvoraf 11 procentpoint skyldes et fald i antal episoder, hvor de unge skærer i sig selv.

Selvoplevet udbytte og relation til terapeuten

Langt de fleste unge fremhæver, at de har fået større indsigt i egne følelser og tankemønstre. De har fået redskaber til at dæmpe selvskaadetrang og håndtere svære tanker, følelser og situationer uden brug af selvskaade. Flere nævner også bedre sociale relationer og større selvaccept.

De unge oplever, at terapeuterne har mødt dem i øjenhøjde og med stor empati og forståelse. De har følt sig set og mødt i en tryk relation, hvor mange har fået delt tanker og følelser, som flere har båret rundt på alene. Det kan udfordre den skam og ensomhed, der kan være forbundet med selvskaade.

Støtte i nære relationer

Der er ingen ændring i andelen af unge, der har svært ved at tale med familien om tanker og følelser, eller som oplever forståelse fra venner. Ikke desto mindre føler færre unge sig alene med deres situation efter forløbet, og flere unge svarer, at deres forældre er gode til at forstå deres situation.

Opmærksomhedspunkter

Cirka hver femte ung starter kun i samtaleforløb, fordi forældrene ønsker det. Efter forløbet føler nogle unge, at de bliver sluppet for tidligt eller for brat. Der efterspørges bl.a. gruppetilbud.