



LINE INDREVOLL STÅNICKE er ph.d.-stipendiat og psykologspesialist innen arbeid med barn og unge og voksepsykologi. Hun er tilknyttet Nic Waals Institutt ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og er universitetslektor ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo.

SELVSKADING OG UNGDOMSTIDENS UTFORDRINGER

– om å unngå og uttrykke det vanskelige

Så mange som 13–17 prosent av alle barn og unge i normalbefolkningen har påført seg selv smerte ved å kutte, brenne eller slå seg. Selvskading må ses i sammenheng med psykisk lidelse, men også med aktuell livssituasjon og utviklingstemaer i ungdomstiden. Selvskading kan være en måte å unngå eller kontrollere vanskelige følelser på, men kan også være et forsøk på å uttrykke og dele noe som ikke kan settes ord på.

Maren¹ ble henvist BUP etter at foreldrene hadde oppdaget at hun kuttet seg. Hun fortalte at det bare var noe hun hadde begynt med. Hun hadde sett det i en blogg og hørt andre snakke om det. En dag satt hun med et barberblad hun hadde funnet på badet. Det var som om «noe tok over, noe fremmed», sa hun. Hun var ganske overrasket selv, og det gjorde vondt, men endelig kjente hun noe – en smerte. Hun hadde kjent en nummenhet og likegyldighet over lang tid. Ingenting var viktig. Ingenting interesserte henne. Hun hadde ingen konkret selvmordsplan, men ønsket at hun bare ble kjørt på av en bil eller noe. «Det hadde vært deilig å bare slippe», sa hun. Hun avviste at hun var trist, sint eller engstelig. Det mest dominerende var en likegyldighet. Men når hun kuttet seg så var det som om hun «våknet» – hun følte seg ekte og på siden av seg selv på

samme tid. Selv om hun syntes det var skremmende at «noe tok over som ikke var henne», så vil hun ikke at det skal slutte. Endelig kjente hun at hun levde.

HVA ER SELVSKADING, OG HVOR VANLIG ER DET?

Selvskading er aktivt og direkte å påføre egen kropp smerte og skade. Det er en pågående diskusjon i fagfeltet om selvskading med ønske om å dø skal inkluderes i definisjonene (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; Nock, 2014). Selvskading omtales også som «villet egenskade», men mange ungdommer som skader seg, opplever at de ikke har noe valg. Det er noe de føler at de må gjøre. De klarer ikke å gjøre noe annet når de får det vanskelig. Selvskading kan arte seg forskjellig, og vi kan skille

¹ Klinisk illustrasjon er omskrevet for å sikre anonymisering.

² En bearbejdet versjon av teksten vil brukes i bokkapittelet, «Selvskade - om å unngå og å uttrykke det vanskelige» i boken «Ungdommen nå til dags - psykisk helse blant ungdommer» (Sand, Øhichers, & Heradstveit, red., in press), Bergen: Fagbokforlaget.



mellom 1) moderat selvskadning (episodisk eller repeterte) som å kutte, brenne, rispe, slå seg eller forgifte seg; 2) alvorlig selvskadning der noen kutter av seg en kroppsdelt, noe vi kan se ved psykoselidelser; og 3) stereotypisk selvskadning som å dra ut håret eller pille av hud, som kan være til stede ved utvirkingsforstyrrelser (Favazza, 2011/1987). Kutting er vanligst metode for selvskadning uavhengig av kjønn (Swannell, Martin, Page, Hasking & St. John, 2014).

Selvskadning starter oftest i 12–13 års alder og er oftere registrert blant jenter, og så mange som 13–17 prosent av ungdom i alderen 12–18 år bekrefter å ha skadet seg en gang i løpet av livet (Swannell et al., 2014). I kliniske utvalg er tallet mye høyere, opp til 40–60 prosent beklærer selvskadning (Klonsky, Victor, & Saffter, 2014). Det diskuteres om selvskadning er et økende fenomen blant ungdom (Korgan et al., 2017), men her trengs det flere studier. Selvskadning slik det defineres her, kan skiller fra mer indirekte former for selvskade – som å utsette seg for risikosituasjoner eller å bli med i slåsskamper (Sutton, 2007). Det viser seg at gutter bekrefter mer indirekte former for selvskadning (Möhl & Skarsten, 2012).

Selvskadning er relatert til én eller flere risikofaktorer, som å være jente, ha lav sosioøkonomisk status, ikke heterofil legning, trauma, overgrep, vold, selvmord i familien, psykisk lidelse, mobbing, dating, evne til problemløsning, lav selvbillit, impulsivitet og selvskadning blant venner (Graz, 2003). Noen fysiologiske studier har fremhevet at de som skader seg selv, har forhöyet aktivert ved stress (Nock, 2014), kan synes å ha høyere smertetoleranse (Hoadley & St. Germain, 2014) eller generelt har vanskelig for å spesifisere tanker og følelser i vanskelige situasjoner (Andrews, 2017).

SELVSKADNING OG PSYKISK LIDELSE

Nærmere 50 prosent av alle ungdommer som har erfaring med selvskadning, mottar ikke hjelp eller behandling for dette. Om lag 30 prosent oppgir at de får støtte i sitt sosiale nettverk, mens om lag 20 prosent har kontakt med psykisk helsevern (Ystgaard et al., 2009). Mange ungdommer oppsøker ikke hjelp fordi de er redd for å bli misforstått eller ikke å bli tatt på alvor. Andre har opplevd vanskelige møter med helsepersonell og unngår derfor ny kontakt, eller de er redd for å være til byr (Johnsen, Ferguson, & Copley, 2017). Det er bekymringsfullt at mange ungdommer som skader seg, ikke oppsøker hjelp, spesielt fordi selvskadning er *assosiert med en rekke psykiske lidelser* som depresjon, rus, tvang, autisme, spiseforstyrrelse, bipolar lidelse, psykose og personlighetsforstyrrelse (emosjonelt ustabil type / borderline type, BPD) (Larkin, DIBlasi, & Arentman, 2014). Vi finner også at selvskadning har sammenheng med psykiske lidelser i ikke-kliniske utvalg (Klonsky et al., 2007). I tillegg er selvskadning assosiert med økt risiko for selvmord (Hawton et al., 2012, 2016), selv om det er mange som skader seg som ikke har selvmordstanker eller -planer eller gjør selvmordstforsøk (Nock, 2014).

Selvskadning er ikke kategorisert som en egen psykisk lidelse i ICD-10 (2004) eller DSM-IV (2013). Selvskadning er foreslått som diagnose i DSM-V og er under vurdering. Selvskadning inngår riktignok som ett av kjennetegnene på *personlighetsforstyrrelse* av emosjonelt ustabil type (ICD-10) eller *borderline* type (DSM-IV). Personlighetsforstyrrelse kommer til uttrykk som avvikende oppfatning, tenkning og atferd i en slik grad at det går utover en persons funksjonsnivå og livskvalitet. Internasjonale studier (Chanen & McCutcheon, 2013) og en norsk studie (Korsgaard, 2017) viser at om lag 20 prosent av ungdommer i offentlig psykisk helsevern tilfredsstiller kriterier for personlighetsforstyrrelse, mange med BPD. Vi vet også at

andelen som tilfredsstiller kriterier for BPD, er høy blant jenter innlagt i døgntil behandling på grunn av repeterte selvskadning og/eller selvmordstforsøk (Nock, 2014).

Chanen og McCutcheon (2013) mener at selvskadning kan betraktes som «et tidlig tegn» på mulig personlighetsforstyrrelse, og at disse ungdommene er sårbare for å bli involvert i risikosituasjoner. En lengitudinell studie viser også at de som beklæret personlighetsforstyrrelse som voksne, hadde flere erfaringer med fysisk vold, emosjonell omsorgssvikt, seksuell misbruk, lav sosioøkonomisk status i barndommen, inkonsistens i barneoppdragelse, overinvolvering og fiendtlighet fra foreldre, foreldrekonflikt og foreldrefravær (Cohen & kollegaer, 2005). Det er viktig å vurdere om selvskadning er tegn på personlighetsforstyrrelse, spesielt fordi dette gjør at de som trenger det, får mer adekvat støtte, veiledning og strukturt behandling over tid. Når det er sagt, vet vi at mange som skader seg i ungdomstiden, slutter etter noen forsøk eller skader seg i en periode. Det er store forskjeller blant ungdom som skader seg.

Hvis vi går tilbake til Maren, avkretet hun vanskelige opplevelser i oppveksten – i familien eller sosialt. Det var ikke så lenge å se andre tydelige risikofaktorer enn at hun var jente. Likevel fikk behandlingen hennes et inntrykk av at det var noe forknytt og utforstått i hennes fremferd – hun var stille og kunne således virke usikre på seg selv, men samtidig hadde hun et klart og strengt bilik. Hun avkretet også mange psykiske plager, og stridde mest med nummenhet, likegyldighet og manglende interesse – noe som måtte utredes blant annet med tanke på depresjon. Interessant nok var foreldrene overrasket da de oppdaget selvskadningen, for de var ikke generelt bekymret for Maren. De hadde ikke tidligere opplevd noen vansker med henne – det var ingen store

MANGE SOM SKADER SEG I UNGDOMSTIDEN SLUTTER ETTER NOEN FORSØK ELLER SKADER SEG I EN PERIODE.

konflikter, hun gjorde lekser og hadde noen venner. «Det eneste», sa mor: «er at det er litt vanskelig å vite hvordan hun har det. Maren er så stille, alt er bare greit!». Hvordan kan vi forstå at Maren skadet seg? La oss se på noen måter å forstå selvskadningens funksjon på fra ungdommens perspektiv.

SELVSKADNINGENS FUNKSJON

Mange teorier er lansert for å forstå selvskadningens funksjon (for oversikt se Soyemoto, 1998). Klonsky (2007) konkluderte med at det er mest empirisk støtte for at selvskadning har en *følelserregulerende* funksjon (frigjør press, reduserer vanskelige følelser og øker positive følelser) – eller en *selvstraffende* funksjon (uttrykker sinne mot en selv). Vi kan si at denne forståelsen ikke er så spesifikk for selvskadning, men like gjerne kan gjelde rusmisbruk eller overdreven slanking. Samtidig gir det mening å forstå Maren beskrevet av effekten av selvskadning som en måte å oppnå positive følelser på – hun «våknet» og «fjente at hun levde».

De fleste kvalitative studier av selvskadning fokuserer på voksne kvinner med borderline personlighetsforstyrrelse (Graz, 2003) eller på unge voksne i ikke-kliniske utvalg (Brown & Kimball, 2012). De fleste teorier om selvskadningens funksjon og sporskjennemene om selvskadning i kvantitative studier er i stor grad utviklet med utgangspunkt i voksne pasienter. Med utgangspunkt i at selvskadning oftest starter i ungdomstiden, oppsummerte Stånick, Haavind og Gullstedt (2018) kvalitative studier på *ungdoms opplevelse* av selvskadning. Ungdommer beskriver selvskadning som et middel til å 1) oppnå letelse, 2) kontrollere vanskelige følelser, 3) forsøke å uttrykke ikke-aksepterte følelser og 4) forsøke å skape kontakt og dele. Selv om det å redusere og kontrollere følelser også blant ungdom er sentralt ved handlingen, oppleves selvskadning som nødvendig for å *uttrykke* følelser og frustrasjon som ikke

kan vises eksplisitt, eller for å *dele* noe som er umulig eller ulovlig å sette ord på. Funnene er interessante i lys av utviklingsmessig, endringer og utfordringer i ungdomstiden, ikke bare emosjonell, biologisk og kognitiv, men også relasjonelt og sosialt (Siegal, 2013; Landmark & Stånick, 2016). Hjernen, kropp og sinn utvikles i tett samspill med andre mennesker og påvirkes av sosiale og kulturelle rammer. Stånick og kollegene (2018) fremhever at ungdom som skader seg, kan synes å oppleve en konflikt mellom et grunnleggende behov for å *utvikle mater* å *uttrykke* og *behandle* opplevelser på og et relasjonelt behov for å *få omsorg, trygghet og ivaretaelse*. Det å uttrykke vanskelige opplevelser i nære relasjoner med ord og følelser kan bli umulig – man må beskytte viktige andre for å opprettholde adekvat omsorg. Kan Marens selvskading være en måte å håndtere likegyldighet og nummenhet på, men også *et forsøk på kommunikasjon*? Et delvis noe vanskelig hun ikke vil eller kan uttrykke eller dele med ord? La oss senernære på noen psykologiske utviklingsmessige i ungdomstiden for å få innblikk i hvordan risikoførdet som selvskading kan bli en del av ungdommens identitet.

SELVSKADING OG PSYKOLOGISKE UTFORDRINGER I UNGDOMSTIDEN

Selvskading som fenomen er knyttet til begynnelsen av puberteten. I bevegelsen vekk fra barnealderen kan ungdommer beskrive følelsesmessige opplevelser som *sterke og svingende*, eller de kan oppleve at følelsene er den eneste sannheten om dem (Landmark & Stånick, 2016; Siegal, 2015). Noen kan kjempe fravær av følelser, følelseshet, likegyldighet eller at «alt er greit», som Marens sa. Kanskje er det riktige å si at yttre punktene dominerer følelseshet – skam eller skamløshet, sinne eller likegyldighet, tristhet eller følelseshet. Venner og interesser endrer seg også, ofte på kort tid, og alt synes å representere sterke motsetninger som idealisering eller

opposisjon. I vår kultur er det ungdommelige forbundet med å være åpen, innovativ, kreativ og spennende. Likevel kan foreldre og personer nær ungdommen oppleve deres endringer og raske bevegelser i følelser, tanker og atferd som *uforutsigbare og uforståelige*. Ungdommen kan oppleves som impulsiv, grenseløs eller utforpløket. Noen kan også kjenne på en fremmedgjorthet overfor endringene i kroppen eller bli overrasket over egne handlinger. Vi husker at Marens beskrev det som at «noe fremmed tok over».

I ungdomstiden skjer det en stor *omorganisering i hjernen* og en modning i kroppen som kan forklare mange av de kraftige bevegelsene (Case, Jones & Hare, 2008). De kroppslige endringene i puberteten kan medføre usikkerhet, engstelse eller fremmedgjorthet, og selv om ungdommer har utviklet en bedre evne til abstraksjon og problemløsning enn yngre barn, vil hjernens endringer medføre en viss ustabilitet i kognitiv funksjon. Vi kan si at de følelsesmessige områdene av hjernen *dominerer* – kanskje både fordi følelsene er så sterke, og fordi den kognitive evnen til å håndtere sterke opplevelser ikke er tilstrekkelig utviklet (Siegal, 2015; Urnes, 2018). Trangen til å *dempe* sterke følelser og frustrasjon kan oppleves som presserende i ungdomstiden, og selvskading kan være en måte å regulere og avlede fra vanskelige opplevelser på. I tillegg er ungdom svært opptatt av *her og nå*. Case, Jones og Hare (2008) understreker at ungdomshjernen har en økt sensitivitet, og at stimuli gir en sterkere aktivering i ungdomstiden. Det å være sensitiv og opptatt av det som skjer i øyeblikket, kan gi en draging mot situasjoner med sterk aktivering, men kan også bidra til raske læringer – av mer eller mindre hensiktsmessig informasjon og atferd. Chanen og McClutcheon (2013) går så langt som til å argumentere for at ungdom har en *nevrobiologisk sårbarhet* på grunn av de store kroppslige og hjerneargamisatoriske endringene, og at de derfor har økt risiko for

emosjonelle forstyrrelser, impulsivitet, rus og selvskading.


Et annet sentralt tema i ungdomstiden er å utvikle økt *selvstendighet* og *løstivelse*. I barnealderen over barnet på å gå, spise, kle på seg og legge seg, men i ungdomstiden handler det om å bli kjent med og uttrykke egne behov, følelser og interesser, be om hjelp når det trengs og øve på selvomsorg og autonomi. Vi kan si at de ytre grensene omsorgspersonene har stått for, internaliseres. Det er viktig å understreke at når løstivelse er et viktig tema i ungdomstiden, så handler det ikke om å skulle klare seg alene. Det dreier seg mer om å utvikle et potensial for *relasjonell gjensidighet* – det å se både egne og andres styrker og svakheter (Gulbrandsen, 2008). Til forskjell fra barnet, som kan opphøve sine foreldre og anta at de har svarer på alt, kan ungdommen begynne å stille spørsmål ved foreldrenes suverenitet, i noen tilfeller med åpenlys devaluering og opposisjon. Å utvikle relasjonell gjensidighet handler mer om å kjenne at ens foreldre også er mennesker, og at de kan hjelpe, men ikke er ansvarlig for eller har svar og løsninger på alt som er feil og vanskelig.

En nødvendig forutsetning for økende selvstendighet er å *erfare* egne følelser og behov, men også finne ut hvor grensene går mellom en selv og andre. *Grensetesting*, konflikter, opposisjon, risikoførd og rolleutproving kan være forsøk på å erfare grenser mellom seg selv og andre, teste egen innflytelse og utforske egne interesser, og å bli kjent med seg selv. Selv om selvskading rettes mot egen kropp, kan vi kanskje forstå denne atferden som en destruktiv hjelp til konkret å bli kjent med egen kropp, de fysiske grensene mellom indre og ytre verden og med overgangen mellom psykisk og fysisk smerte. Mange ungdommer som skader seg, rapporterer om *økt utrygghet i nære relasjoner* (Thadell, Håskjog & Newman, 2017; Rossouw & Fonagy, 2012). Kanskje kan selvskading være en innadrettet

grenseutproving, til forskjell fra en opposisjonell kritikk av foreldre eller institusjoner. Noen kan oppleve det som uttrykt å uttrykke eller dele det vanskelige ved å være ung eller å bli voksen kvinne eller mann.

En økende selvstendighet og løstivelse i retning av en relasjonell gjensidighet er tett sammenvevd med hvordan vi utvikler *selvfølelse* og *selvopplevelse*. Fra vi er små, utvikler vi gradvis en evne til å skape mening og forstå egen og andres atferd i lys av psykologiske forhold som tanker, følelser, behov og interesser (menalisering) (Fonagy et al., 2002; Stånick, 2012). I barnealderen tar vi for gitt at andre kjenner vårt indre, eller at vi opplever verden likt. I ungdomsalderen har vi forstått at ikke alle vet alt om oss, og at vi kan oppleve en situasjon veldig forskjellig. Utfordringen i ungdomstiden er at hjernens omorganisering og de sterke følelsesmessige erfaringene setter vår mentaliseringssevne på prøve – det blir vanskelig å opprettholde en stabil selvfølelse, stille mellom seg selv og andre og å regulere sterke følelser i vanskelige situasjoner (Rossouw & Fonagy, 2012). Skam kan således bli *hele* sammenheng om meg. Marens stilhet kan forstås på mange måter, men kanskje viser den hvor vanskelig det er å dele sårbarhet, at hun er redd for at nåken hun er på, kan vekke forakt eller fordømmelse hos andre, og at selvkritikken er svært sterk. Følelsen av hele hennes selv nå vekk. Kanskje kan drastiske handlinger som å skade seg, trene veldig mye, sulle seg eller ruse seg være måter å håndtere en *overveldende negativ selvfølelse* på.

Grensetesting og rolleutproving i relasjonen til foreldre, jevnaldrende og institusjoner er sentralt for å *finne og bygge en identitet* (Erikson, 1980). Mens foreldre er de sentrale premisseverandørene i barnealderen, er venner, kjærester og samfunnet generelt sentrale omdreiningspunkt for ung-



KANSKJE KAN DRASTISKE
HANDLINGER SOM Å
SKADE SEG, TRENE
VELDIG MYE. SULTE SEG
ELLER RUSE SEG VÆRE
MÅTER Å HÅNTERE EN
OVERVELDENDE NEGATIV
SELVFØLELSE PÅ.

dommen. I tidlig ungdomstid handler det mest om å finne ut om en er lik eller forskjellig fra venner: «Er jeg innenfor eller utenfor?» I senere ungdomstid er det mer grunnleggende eksistensielle spørsmål: «Hvem er jeg?» eller «Hvorfor lever jeg?» Det er derfor slikende og bekymringsfullt når så mange av ungdommene vi møter i psykisk helsevern, forteller om ensomhet. Det å ikke kunne prøve ut grenser sammen med venner, eller å ikke kunne dele oppgaver og nedture, fratår ungdommen et viktig utviklingsområde og en erfaring av at det vanskelige ved meg kan *tåles*: «Hvis du orker meg, så orker kanskje jeg også meg.» Kanskje var det viktig at Maren oppdaget en måte som fikk henne til å kjempe at hun levde – om enn med et destruktivt uttrykk. Kanskje kan handlingen uttrykke en utforskning av det eksistensielle ved å leve, et forsøk på å finne ut hvem hun er, og kanskje til og med om andre kan møte kuttene, blodet og hennes «råskap». Vi kan også spørre om identitetsformasjon er en mer kompleks og langvarig prosess i vår tid på grunn av mindre tydelige overgangsrutiner til voksenalivet og færre felles innstusjoner å idealisere/kritisere. Maren sa at hun ikke ville bli voksen, fordi det bare handlet om «mer lesing, mer skole, være flink, og så jobbe til du stupet. Det er ikke noe å trakte etter». Valgfriheten er også stor, noe som kan gi frihet, men som også kan oppleves som krevende. Det kan føles som det kun er din skyld om du ikke lykkes. Maren sa: «Hvis jeg velger riktig og oppdager mitt potensial, så blir jeg ekspert jeg og. Men tenk om jeg aldri oppdager hva jeg skal bli best i?»

Den digitale verden fremhever også noen aspekter og uttrykksskåner forbundet med det å være menneske – *det visuelle og auditive*. Det å skape og *vise identiteter* visuelt kan få forrang fremfor det å dele og være med seg selv og andre i alle sanser. Nå er ikke visuelle idealer og verdier om sjønmohet og kropp, styrke og mestring, flinkhet og perfektjonisme nytt i

menneskets historie, men det får kanskje en mer sentral plass i vår sosiale og digitale kommunikasjon. Teknologiske og kulturelle forhold kan sette rammer for å oppdage og utforske opplevelsesfæret for å være sårbar, frustrert eller ikke-mestrende. Når det er sagt, kan den digitale arenaen og dens sosiale kommunikasjonsformer forstås som en *utvidet verne-arena* som kan gi lavere terskel for sosialkontakt og informasjon som kan minske ensomhet blant sårbare ungdom. På samme måte som venner kan påvirke oss til gode og mindre heldige valg, tilbyr den digitale arenaen en mulighet til å dele smerte gjennom bilder av selvskadning og å finne et felleskap, samtidig for destruktiv og risikofyllt atferd (Marchant et al., 2017).

Kanskje er det avgjørende ikke å forbyr digitale kanaler for deling av risikoatferd, men at vi voksne må være til stede, veilede og bry oss slik at vi kan fange opp de mest sårbare. Når vi oppdager at noen skader seg

NÅR VI OPPDAGER AT NOEN SKADER SEG

Derksom du (enten du er forelder, familiemedlem, venn, helsestyrkepleier, lærer, trener eller terapeut) tilfeldigvis oppdager at noen har skadet seg, eller de forteller deg det, er det viktigste budskapet at du må *vise at du bryr deg*. Forsøk å snakke rolig med dem om det du hører og ser, og vis at du er interessert. Ikke få panikk, og ikke bli invaderende. Underøk om de selv er bekymret, og lytt til hva de selv er redde for eller synes er vanskelig i deres liv. Hvis det er første gang de viser det eller tør å være åpne, så tenk på det som en gylden mulighet til å vise omsorg og respekt og bidra til at de ikke fortsetter å gjennoppe sine vansker. Si ikke med en gang at de må slutte med det. Du kan godt vise at dette gjør deg bekymret, at du lurte på om det kan uttrykke at de ikke har det bra, og at du synes det er lett at de gjør seg selv så vondt. Det som er viktig, er å *ikke anta at du vet hva det handler om*. La dem selv få fortelle. Mange kan også streve nettopp med å sette ord på vanskene. Den fysiske

smerten er for mange mer håndterbar følelsesmessige konflikter eller indre kaos. Kanskje kan vi si noe om at de ikke trenger å si så mye hvis det er stressomt. Det er mye du kan gjøre for å vise at du bryr deg.

Et viktig tema for å finne en vei ut av selvskadningen er å utforske nye måter å hjelpe seg selv på når det er vanskelig. Samtidig kan mange streve med å finne en motvasjon for å slutte å skade seg – både fordi det er vanskelig å finne noe som hjelper like godt, fordi de er redd for å være til bry, eller fordi selvskadningen kanskje uttrykker noe de ikke klarer å sette ord på. Derfor er det viktig å signalisere at de kan komme til oss, og at vi prøver å orke det vonde de uttrykker, selv om vi ikke helt skjønner hva som er så uutholdelig. Vi må prøve å ikke bli for engstelige eller bagatellisere. Kanskje kan de for første gang forsøke å dele det de tror de ikke kan dele. Kanskje kan vi komme inn på om det er noen de kan gå til når de har det aller vanskeligst, istedenfor å klatte seg. Kanskje kan de over tid finne ut hvordan de kan uttrykke det vanskelige i ord eller handling, med bilder eller musikk, uten at de er til fare for seg selv. Det er viktig at vi sjekker om de har døds tanker, for vi vet at dette ofte – men ikke alltid – er til stede parallelt med selvskadning. Snakk om hvordan du kan hjelpe, om det er aktuelt å dele det med noen (helsestyrkepleier eller BUP), og lag en plan sammen for å følge det opp. Og hold så planen.

SELVSKADNING OG ULIKE BEHANDLINGSMODELLER

Når det gjelder behandlingsmodeller rettet direkte mot selvskadning, har metoder som kognitiv atferdsterapi (KBT; Hawton et al., 2016), dialektisk atferdsterapi (DBT; Linehan et al., 2007; Meehan et al., 2014) og mentaliseringsbasert terapi (MBT; Bateman & Fonagy, 2008; Rossouw & Fonagy, 2012) vist effektivt. De fleste behandlingsmodellene er utviklet med

bakgrunn i voksne pasienter med personlighetsforstyrrelse (ofte BPD), men flere er tilpasset ungdom med kortere behandlingstid og inkludering av familie (se oversikt, Stanicke, 2018).

Felles for de ulike modellene er tilnærmet mot symptomnet, relasjonshistorie/nettverk og personlighetsstruktur (Nock, 2014; NICE guidelinen, 2017; Hawton et al., 2016). Det er viktig å utforske situasjoner og prosesser forut for selvskadning og mønstre i tanker, følelser og fantasier. Ungdommen må få en opplevelse av å bli hørt og av at noen forsøker å forstå hans eller hennes verden. Samtidig må behandleren evne å inkludere konkret problemløsning. Gjennom sortierende og støttende samtaler kan ungdommen lettere gjenfinne vanskelige situasjoner og forstå hva hun eller han kan gjøre for å finne ut av overveldende følelser, vonde tanker og praktiske kriser, eller eventuelt hva som er nyttig hjelp fra andre. Behandlingsplanen, som utvikles i samarbeid med pasienten og etter en diagnoseisk vurdering, må inneholde en risikovurdering med beskyttelses- og sårbarhetsfaktorer, en risikoplan og en begrunnelse for behandlingsvalg (NICE, 2017; Hawton et al., 2016). Helse- direktoratets veiledning for helsefagsteref. kommunene (2017). Et viktig behandlingsmål er å finne andre (mindre destruktive) mestringstrategier, øve på alternative strategier og øke toleransen for de aller vanskeligste situasjonene, de som leder til selvskadning. På grunn av risiko må behandleren følge med på depresivitet, håpløshet, selvskadnings tanker og selvmordsrisiko i løpet av behandlingen. I noen behandlingssprosesser kan den ene krisen avløse den andre i så stor grad at vurdering av risiko overskygger behandlingsfokus (Sjangerland, 2009, 2012). Det anbefales ikke langvarige innleggelse, men polikliniske – eventuelt ambulante – tiltak som kan følge pasienten igjennom den krisen de opplever i sin hverdag. Korreie innleggelse kan vurderes ved akutt selvmordsfare. Det anbefales

også en teamorganisering av behandlingsarbeidet, spesielt fordi behandling med pasienter som skader seg, kan medføre sterke følelsesmessige opplevelser som redsel, sinne og likegyldighet (NICE, 2017). Et faglig fellesskap og mulighet for drøfting er av stor betydning for å opprettholde et tydelig behandlingsfokus og forhindre negative holdninger overfor pasienten (Saunders & Smith, 2016). Behandleren kan vurdere å ha felles vurderingsamtaler med akutt-psykiatrisk avdeling omkring pasienter med kjent tilbakevendende selvmordsfare. Selv om flere behandlingsmodeller er effektive, vil ingen modell hjelpe alle. Det er ofte høy andel drop-out og tilbakefall. Mange klarer ikke å slutte å skade seg og strever med å forplikte seg til en behandlingsmodell, eller de finner ikke ord til å formidle sine tanker. Vi må ha respekt for det individuelle og særegne budskapet atferden kan dekke over, men også være åpne for å dele når tiden er inne. Kommer vi for raskt med råd eller krav om å slutte med selvskadningen, kan vi miste muligheten for å vise omsorg og gi hjelp. En utfordring i behandlingsarbeidet er at det kan ta tid. Vi kan tilby hjelp og tiltak, men de fortsetter å skade seg. Behandlerne kan ofte kjenne seg hjelpeløse og overvældet av meningsløshet, og de kan streve med å forstå hvorfor den unge jenta eller gutten ikke bare kan gjøre noe annet istedenfor å være så destruktiv mot seg selv (Stamcke, 2016, 2018; Landmark & Stancke, 2016). Blir vi for overvældet, kan de unge miste håpet om at noen kan orke dem. Hva som er riktig kombinasjon av romslighet og konkret veiledning, kan den unge inviteres til å si noe om, og vi kan prøve å være i nærheten for om de opplever seg hørt eller overgått.

KONKLUSJON

Selvskadning er et komplekst fenomen som kan få ulik betydning for ulike personer. Det er det private og personlige vi inviteres inn i. Det kan være relatert til en fastlåst livssituasjon

og manglende problemløsningsevne. Selvskadningen kan være en måte å kvitte seg med, unngå og kontrollere følelser på. Det kan også være et forsøk på å representere vanskelige følelser eller å dele et personlig budskap som ikke kan uttrykkes med ord. Selvskadning starter i ungdomstiden, som for mange kan være en turbulent transformasjon til voksenalvet. Vi bør derfor se selvskadning i lys av utviklingspsykologiske temaer – som å integrere følelser, løstivelse og relasjonell gjensidighet, utvikling av selvfølelse og grensetesting, autonomi og identitetsformasjon. Konflikter, grensetesting, rollebytter og risikofølelse kan fremstå som uforsåelig og vekke bekymring, sinne og kontrollbehov hos de voksne. Kanskje kan vi se atferden som et forsøk på å vekke foreldre eller andre for å dele det vanskelige? Selvskadning kan således kommunisere at noe er på strekk, utviklet eller forstyrret. Gjennom å bli hanket inn, få omsorg, bli støttet og eventuelt konfrontert, kan ungdomstiden være en *ny sjanse til å bearbeide ujevnlige følelsesmessige temaer* (Blos, 1967; Stancke, 2012). Det er derfor viktig, at behandlingsmodeller og -tiltak omfavner forskjellene blant ungdom som skader seg. Noen vil ha hjelp til å slutte å skade seg, andre må kanskje først dele det vanskelige i relasjonen før de kan snakke, erbjøgne det vanskelige som en del av en selv og finne andre veier ut av kaoset.

LITTERATUR

- Andrews, H. E., Hulbert, C., Gatto, S. M., Betts, J. & Charen, A. M. (2017). Relationships between the frequency and severity of nonsuicidal self-harm and suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Early Intervention in Psychiatry*.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631–638.
- Blos, P. (1962). The second individuation process of adolescence. *Psychosomatic Study of the Child*, 22, 162–186.
- Brown, T. B. & Kimball, T. (2012). Cutting to live: A phenomenology of self-harm. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39, 195–208.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126.
- Charen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Joyce, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., ... McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193, 477–84.
- Charen, A. M. & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 24–29.
- Cohen, R., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 466–486.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. (2013). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and life cycle*. New York: WW Norton.
- Frazzetta, A. R. (2011/1987). *Bodies under siege. Self-mutilation, non-suicidal self-harm, and body modification in culture and psychiatry*. Third Edition, 2011. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurut, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Guldbrænden, L. M. (2008). Uforståede samtaler med unge mennesker og foreldrene deres. I B. Purtevoold Bø & B. C. R. Olsen (Red.) *Uforståede foreldreskaper – under ulike livsbetingelser og treddelene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192–205.
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373–2382.
- Hawton, K., Witte, K. G., Salisbury, T. L. T., Avenstran, E., Gunnell, D., Hazell, P., ... van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. 3(8), 740–750.
- Hebschrøtoretrat (2017). *Væledende materiale for kommunerne om forebygging av selvskading og selvmord*. Hentet fra <https://helsebistand.no/loekelise/psyisk-helse-og-rus/relus/selvmoerd-og-selvskading/væledende-materiell-for-kommuner-om-forebygging-av-selvskading-og-selvmoerd-om-veiledningmateriellet>
- Hooley, J. M., & St. Germain, S. A. (2014). Nonsuicidal self-harm, pain, and self-criticism: Does changing self-worth change pain endurance in people who engage in self-harm? *Clinical Psychological Science*, 2(3), 297–305.
- Johnson, D. R., Ferguson, K., & Copley, J. (2017). Residential staff responses to adolescent self-harm: the helpful and unhelpful. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22, 443–454.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-harm: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239.
- Klonsky, E. D., Vitoro, S. E., & Saffer, B. V. (2014). Nonsuicidal self-harm: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), 565–568.
- Korsgaard, H. O. (2017). *Personality disorders in adolescent outpatients: a cross-sectional study of prevalence, comorbidity and quality of life*.
- Landmark, A. & Sæviide, L. L. (2016). *Det uforståelige barnet. Om å skape sammenheng mellom indre og ytre verden*. Stavanger: Heretving forlag.
- Larlin, C., DiBiasi, Z., & Avenstran, E. (2014). Risk factors for repetition of self-harm: A systematic review of prospective hospital-based studies. *PLoS One*, 9, 20, e84282.

- Lindehan, M. M., Connors, K. A., Murray, P. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lidenholm, N. (2007). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy for experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65, 757–766.
- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., ... John, A. (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLoS One*, 12, e0181722.
- Meshulam, L., Tamoren, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Døp, L. M., Laberg, ... Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior – a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–91.
- Morgan, C., Webb, R. T., Cartwright, J., Kontogiannis, E., Green, J., Chew-Graham, C. A., ... Ashcroft, D. M. (2017). Incidence, clinical management, and mortality risk following self-harm among children and adolescents: Cohort study. *British Journal of Medicine*, 359, j4351.
- Mørhal, B., & Skandsen, A. (2012). The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personality and Mental Health*, 6, 147–155.
- National institute for health and care excellence (2013). *NICE guidelines. Self-harm. QS34*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs34>
- Nock, M. K. (2014). *The Oxford Handbook of Suicide and Self-harm*. New York: Oxford University Press.
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 51, 1304–1313.
- Sand, L., Ølthaus, L., Herdeshov, O. (under utgivelse). *Ungdommen nå til dags - psykisk helse blant ungdommer*.
- Saunders, K. E., & Smith, K. A. (2016). *Intentions to present self-harm: what does the evidence say? Evidence-Based Mental Health*, 19, teenage brain. New York: Jeremy P. Archer/Penguin.
- Sorenson, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531–554.
- Stangeland, T. (2009). *Relasjonelle dilemmaer i akut ambulant arbeid*. *Norsk Tidsskrift for psykologforening*, 46(10), 965–969.
- Stangeland, T. (2012). *Når sikreste behandling ikke er beste behandling*. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(2), 138–144.
- Ståndke, L. L. (2018). *Selvskade – når noen ubetter seg selv for det vonde*. I *Psykiatriboken* (F. Ståndrud, S. Haugsgjerd, & E. Ståndke, Red., 2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ståndke, L. L. (2016). *Skade på egen kropp: I kroppen i psykiateropplæring* (A. K. Berge, Red.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ståndke, L. L. (2012). *Mentalisering i arbeid med barn og ungdom*. *Meltemetne*, 27, 19–31.
- Ståndke, L. L., Haavind, H., Gullerstad, S. E. (2018). How do young people understand their own self-harm? A meta-synthesis of adolescents' subjective experience of self-harm. *Adolescent Research Review*. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0080-9>
- Sutton, J. (2007). *Healing the hurt within. Understand self-harm and self-harm and heal the emotional wounds*. Oxford: How-to books.
- Swannell, S. W., Martin, G. E., Page, A., Hasking, R. & St. John, N. L. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-harm in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 273–303.
- Tarnell, R., Hasking, P., & Newman, L. (2017). Multiple mediation modeling exploring relationships between specific aspects of attachment, emotion regulation and non-suicidal self-harm. *Australian Journal of Psychology*, 70(1), 48–56.
- Urnes, A. G. (2018). *Den interaktive hjernen hos barn og unge. Forståelse og tilknytning ved neurolingviskspråklige og nevro-psykiatriske tilstander*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- World Health Organization (2004). *ICD -10. Psykiske lidelser og affektforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ysgaard, M., Avenstran, E., Hawton, K., Madge, N., van Heeringen, K., Hewitt, A., ... Sander, F. (2009). Deliberate self-harm in adolescents: Comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of Adolescence*, 32(4), 875–891.