



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Kan selvskading forstås? Selvskadingens årsaksforhold og funksjoner, og hvordan forståelse kan ha innvirkning på valg av behandlingstype

Is it possible to understand self-harming? Causal and functional circumstances related to self-harming, and how understanding can influence choice of treatment

Christin Rødstøl

Totalt antall sider inkludert forside: 44

Molde, 27.mai 2010



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Kan selvskading forstås? Selvskadingens årsaksforhold og funksjoner, og hvordan forståelse kan ha innvirkning på valg av behandlingstype

Tittel på engelsk: Is it possible to understand self-harming? Causal and functional circumstances related to self-harming, and how understanding can influence choice of treatment

Forfatter(e): Christin Rødstøl

Fagkode: VPL05

Studiepoeng: 12

Årstall: 2010

Veileder: Ole David Brask

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 27.05.10

Antall ord: 11959

Forord

Jeg skammet meg, jeg skulle virkelig ønske at jeg hadde en sykdom som syntes utenpå, slik at alle kunne se den og forsto hvor vondt det gjorde. Det føltes grotesk og forbudt å ha et sånt ønske, men alle kunne forstå at et menneske med et stort operasjonssår kunne ha forferdelig vondt. De kunne derimot ikke forstå at en ung jente, som så glad ut, kunne ha så vondt i sjelen. Det hadde vært så fint om de hadde sett mitt indre betente sår, om de hadde forstått (Sofia Åkerman 2005, 23).

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Presentasjon av tema	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	1
1.3 Temaets relevans for vernepleieryrket	2
1.4 Oppgavens formål	3
1.5 Oppgavens disposisjon	4
1.6 Begrunnelse for valg av metode	4
1.7 Validitet, reliabilitet og klargjøring av egen forforståelse	5
2.0 Problemstilling	7
2.1 Problemstilling	7
2.2 Begrunnelse for problemstilling	7
2.3 Avgrensning av problemstilling	8
2.4 Definisjon av begrep i problemstillingen	8
3.0 Teori om selvskading	10
3.1 Hva er selvskading? Ulike definisjoner	10
3.2 Forekomst	12
3.3 Metoder for selvskading	13
3.4 Selvskading i fire hovedgrupper	13
3.5 Kjennetegn ved personer som selvskader	13
3.6 Hvorfor er selvskading et vanskelig tema?	14
3.7 Selvskadingens funksjon og betydning	15
3.8 Årsaksforhold og risikofaktorer	17
3.9 Selvskading – en psykisk lidelse?	18
4.0 Teori om forståelse	20
4.1 Innledning	20
4.2 Empati og relasjon mellom hjelper og den selvskadende	21
4.3 Behandlerens erfaringer	23
4.4 Intuisjon	23
4.5 Selvskadingens funksjon	24
4.6 Biologiske årsaker	26
5.0 Drøfting	28
5.1 Kan man forstå selvskading?	28
5.2 Årsaksforhold og funksjoner som er anerkjente i dag, og hvordan årsaksforhold, funksjoner og forståelse har innvirkning på valg av behandlingstype	31
6.0 Avslutning og refleksjon	36
7.0 Litteraturliste	38

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Som sisteårs student på vernepleierstudiet ved Høgskolen i Molde skal jeg utarbeide en bacheloroppgave over selvvalgt tema. Jeg skal se på temaet selvskading, nærmere bestemt årsaksforhold og funksjoner, og hvordan forståelsen kan ha innvirkning på valg av behandlingstype.

Øverland (2006) sier at for bare noen år siden ble selvskading sett på som et sjeldent fenomen. Selvskading ble observert hos svært forvirrede mennesker, og ble ofte forbundet med psykose eller selvmordsfare. På 1960- og 70tallet kom beskrivelser av selvskading i hovedsak fra fengsel og institusjoner for mennesker med psykisk utviklingshemming. I dag har selvskading blitt et tema som flesteparten av de som arbeider med ungdom må forholde seg til; 10% av elever i ungdomsskolen har skadet seg en eller flere ganger. En undersøkelse som ble utført blant elever i første klasse ved videregående skoler i Bergen i 1997 og 2004, viser en økning i forekomst av selvskading fra 13,9% i 1997 til 19,4% i 2004 (Øverland 2006). Selvskading er fremdeles tabubelagt og forbundet med skam selv om det har blitt mer vanlig. Man er fremdeles vantro over at noen med vilje ønsker å påføre seg selv smerte. Spørsmålet er fremdeles: Hvorfor selvskader man?

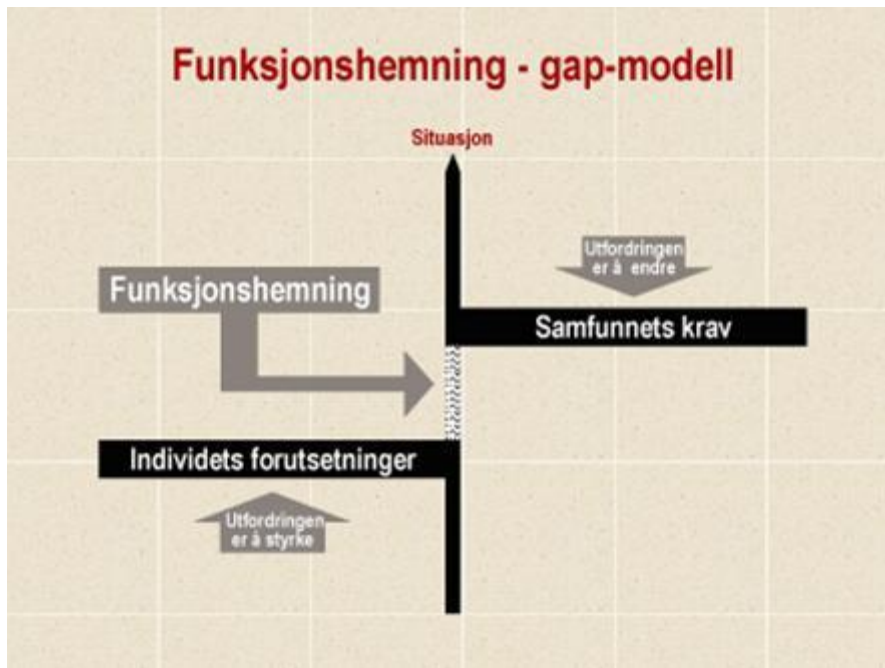
1.2 Bakgrunn for valg av tema

Jeg skriver om selvskading på bakgrunn av boken *Sebrapiken* av Sofia Åkerman. Boken er en selvbiografi der selvskading er sentralt tema. Det å lese om Åkermans svært detaljerte beskrivelser av hvordan hun skader seg selv, og hvordan hun blir møtt av de som skal hjelpe henne, har fascinert meg og ført til at jeg vil fordype meg i temaet. Jeg er opptatt av tanken om hvordan en behandler skal kunne møte en som selvskader best mulig. Øverland (2006) sier at de som arbeider med mennesker som selvskader blir sterkt preget av fenomenet. Å hjelpe en som selvskader blir utfordrende fordi man må forholde seg til faktumet at skadene er selvpåførte. Øverland (2006) understreker at dette er det vanskeligste å forstå. Å forstå andre menneskers opplevelser er vanskelig fordi disse opplevelsene er subjektive. Alle mennesker har opplevd å være triste, men opplevelsen av å være trist er subjektiv. Likevel er dette noe vi kan relatere til og forstå. Men hvordan kan vi forstå hvorfor noen skader seg selv? Hva har forståelse å si for behandling?

1.3 Temaets relevans for vernepleieryrket

Ifølge FO (2008) er den klare kjernen i vernepleierens yrkesutøvelse at man skal yte tjenester til og være i direkte samhandling med personer med ulike funksjonsvansker. Vernepleierutdanningen vektlegger kunnskap og holdninger hvor menneskesyn, menneskeverd og menneskerett er sentralt. Noen grunnleggende verdier for vernepleierens arbeid er blant annet respekt for livets ukrenkelighet og respekt for personens egenverd. Det å forstå et annet menneske er en del av helhetssynet som vernepleiere jobber mot. FO (2008) sier at et mål for vernepleierutdanningen er å utdanne individorienterte og reflekterte yrkesutøvere med handlingskompetanse basert på oppdatert kunnskap. På bakgrunn av at selvskading er et stadig økende fenomen vil dette området være relevant for vernepleieren. I tillegg har det å være individorientert vist seg å være et svært viktig aspekt i forhold til arbeid med mennesker som selvskader. FO (2008) sier videre at tjenesteyting er basert på respekt for menneskes integritet, samt nærhet, engasjement og gode relasjonsferdigheter i forhold til den enkelte. Det stiller store krav til sensitivitet og lydhørhet overfor en persons signaler.

Selvskading regnes for å være en funksjonsvanske. FO (2008) nevner GAP-modellen (se figur under). GAP-modellen viser ulike faktorer som påvirker, og aktuelle faglige tilnærminger for å minske misforholdet mellom individets forutsetninger og krav fra omgivelsene. Selv om GAP-modellen oftest brukes i sammenheng med funksjonshemming, kan den også brukes på ulike funksjonsvansker.



Dersom vernepleieren oppnår forståelse for selvskading, tror jeg dette kan bidra til å skape en tryggere relasjon mellom vernepleieren og den som skal motta hjelpen samt et mer individtilpasset behandlingsopplegg. Øverland (2006) presiserer vanskeligheten i å forholde seg til mennesker som selvskader. Pasienter som selvskader er ofte vant til å bli møtt med avsky, og dersom man blir møtt slik av en hjelper kan det oppstå mistillit. Grunnlaget for hjelpen kan være svekket.

Vernepleieren kan møte selvskading på ulike arenaer som for eksempel innenfor psykisk helsearbeid, habilitering- og rehabiliteringsarbeid, psykiatriske institusjoner, videregående skoler og lignende.

1.4 Oppgavens formål

Oppgavens formål er å skape forståelse for selvskading. Det er vanskelig å ikke bli berørt i møtet med et menneske som selvskader. Selvskading er vanskelig å forholde seg til, noe som kan føre til at det blir vanskelig å se mennesket som selvskader som noe mer enn "en selvskader". Jeg ønsker med denne oppgaven å skape oppmerksomhet rundt ulike innfallsvinkler for forståelse for selvskading, og at dette kan føre til at mennesker som

selvskader blir møtt som et helhetlig menneske, og ikke bare «en selvskader». Jeg ønsker å sette et fokus på en mulig sammenheng mellom det å forstå årsaksforhold/funksjon rundt selvskading og hvorvidt dette har betydning for behandling. Jeg ønsker at oppgaven skal kunne brukes som et redskap for å kunne sette seg inn i temaet selvskading, at selvskadingen som oftest har en funksjon eller hensikt hos den den gjelder og at det finnes ulike måter å prøve å forstå selvskading ut fra.

1.5 Oppgavens disposisjon

Jeg har innledningsvis presentert tema for oppgaven samt sagt hvorfor dette er relevant for vernepleieryrket. I kapittel 2 går jeg nærmere inn på problemstillingen. Kapittel 3 omhandler teori om selvskading, mens kapittel 4 presenterer teori om forståelse av selvskading. Drøftingen av problemstillingen kommer under kapittel 5, og oppgaven rundes av med kapittel 6 hvor jeg presenterer en kort avslutning basert på drøftingen i kapittel 5.

Jeg vil også nevne at jeg i samråd med veileder har valgt ikke å ha et eget metodekapittel, men heller presenterer valg av metode, klargjøring av egen forforståelse samt oppgavens validitet og reliabilitet i punkt 1.6 og 1.7.

1.6 Begrunnelse for valg av metode

Dalland (2007, 83) definerer metode som redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke; metoden hjelper oss til å samle inn data; den informasjonen vi trenger til undersøkelsen. Metoden jeg benytter for å se nærmere på problemstillingen er kvalitativ litteraturstudie. Dette innebærer at jeg gjennomgår relevant litteratur i forhold til oppgavens problemstilling.

Årsaken til at jeg har valgt en kvalitativlitteraturstudie er fordi jeg tror dette gir best svar på det jeg ønsker å belyse i oppgaven. Jeg har begrenset med tid på å skrive oppgaven da det kun er satt av ca en måneds tid til selve skrivingen.

Jeg har brukt noe pensumlitteratur. I tillegg har jeg lånt ulike bøker og hefter relatert til oppgaven på biblioteket ved Høgskolen i Molde og brukt artikler fra Tidsskrift for Den norske legeforening. Jeg har også foretatt litteratursøk i Høgskolens database, Bibsys Ask.

En ulempe er begrensning av norsk litteratur om temaet selvskading. I mitt litteratursøk har jeg funnet en del litteratur om selvskading i forhold til psykisk utviklingshemming, men på grunn av oppgavens avgrensninger er ikke denne litteraturen relevant. Det finnes mye litteratur om selvskading i forhold til psykiske lidelser som for eksempel personlighetsforstyrrelser. I arbeid med oppgaven fant jeg ut at selvskading ikke nødvendigvis betyr at man har en psykisk lidelse, dermed blir det begrenset hvor mye av denne litteraturen jeg kan benytte. Det finnes mye litteratur om selvskading på engelsk. Problemet her er at denne litteraturen bruker ulike begrep om hverandre for å beskrive selvskading (self-injury, self-harming, self-mutilating og så videre) og disse defineres ulikt. Dette fører til at det blir vanskelig å begrense oppgaven til en spesifikk definisjon. Jeg har likevel funnet en god bok på norsk, skrevet av psykolog Svein Øverland. Han henviser til mye utenlandsk litteratur, og representerer derfor også andres forskning enn Øverlands.

1.7 Validitet, reliabilitet og klargjøring av egen for forståelse

Aadland (2004) sier at reliabilitet betyr å stole på; når data har høy reliabilitet betyr det at de har høy grad av pålitelighet. Aadland (2004, 280) sier at validitet betyr gyldighet og at når data i en undersøkelse sier noe viktig og treffsikkert om problemstillingen for undersøkelsen, har den høy gyldighet. Mitt selvvalgte pensum er av forholdsvis ny dato, 2001-2009. De ulike kildene henviser til mye av samme forskning og tidligere litteratur. Eksempelvis nevner all selvvalgt pensum den amerikanske psykiateren Favazza som regnes som en pioner innenfor det å gjøre selvskading allmenn kjent. Han var den første til

å publisere faglitteratur om temaet. Av den grunn vurder jeg mitt selvvalgte pensum som gyldig i forhold til oppgavens problemstilling. I oppgaven har jeg prøvd å gjengi teorien ved å benytte eget språk. Det kan derfor være usikkert om jeg har gjengitt litteraturen slik den er ment å forstås.

I litteratursøk i Bibsys Ask kan det stilles spørsmål til hvorvidt de begrepene jeg søkte etter har resultert i den type litteratur jeg trenger. Begrepet ”selvskading” gir et veldig variert resultat. Derfor har jeg satt litteraturen jeg har funnet i Bibsys Ask opp mot faglitteratur som regnes for å være relevant for problemstillingen min. Det kan stilles spørsmål om jeg har innsnevret litteratursøket nok. Jeg kan ikke være sikker på om begrepene har hatt nok relevans.

Min forforståelse preges av at jeg tidligere har lest en del litteratur om. Andersen (2000) sier at vi ikke kan være nøytrale, og at vi kan ikke unngå å ha med oss ideer om hva som er karakteristisk for det vi står ovenfor. At jeg allerede hadde kunnskap om temaet har nok preget valg av problemstilling og hva som vektlegges i oppgaven. Jeg har også møtt mennesker som selvskader og har derfor erfaringer med egne observasjoner og reaksjoner rundt temaet. Siden jeg er bevisst denne forforståelsen har jeg vært opptatt av å finne faglitteratur som jeg kan henviser til i forhold til de valg jeg har gjort.

2.0 Problemstilling

2.1 Problemstilling

Kan selvskading forstås? Selvskadingens årsaksforhold og funksjoner, og hvordan forståelse kan ha innvirkning på valg av behandlingstype.

2.2 Begrunnelse for problemstilling

Hvorfor er forståelse så viktig? Trautmann og Connors (2001) sier at profesjonelle som i det daglige må forholde seg til mennesker som selvskader og deres fortvilelse, opplever det vanskelig å forstå hvorfor disse menneskene selvskader. Selvskading skremmer og forvirrer, og profesjonelle kan ofte oppleve selvskadingen som meningsløs. Øverland (2006) sier at når det er lettere å forstå, er det lettere å hjelpe. Problemet kan være at vi ofte tenker at bare vi forstår grunnen til noe, så kan det fikses. Dette fungerer i livet forøvrig, men ikke nødvendigvis når det gjelder å forstå mennesker. Samtidig er det like mange grunner til å selvskade som det finnes mennesker som selvskader. Derfor kan det være viktig å undersøke årsakene og funksjonene til selvskadingen.

Selvskading og selvmordsforsøk eller selvmord defineres ulikt, noe jeg kommer tilbake til senere. Selvskading er ofte et uttrykk for å mestre ulike situasjoner/følelser, mens selvmord og selvmordsforsøk settes i sammenheng med et ønske om å dø; å unngå det som er vanskelig. Likevel ser man ofte at de som til slutt begår selvmord eller selvmordsforsøk har lang erfaring med selvskading bak seg. Sannsynligheten for at selvskading kan føre til selvmord eller selvmordsforsøk øker altså jo ofte man skader, og jo lengre man har drevet det. Det er viktig å presisere at dette ikke alltid er tilfellet. Jeg nevner dette fordi selvskading må tas på alvor. Ofte kan behandlere være avvisende i forhold til ungdom som selvskader fordi det ses som oppmerksomhetsforsøk. Det har forekommet at behandlere ikke forstår hvorfor noen skader seg selv dersom de ikke vil dø. Å skille selvskading fra selvmord og selvmordsforsøk i denne oppgaven vil kanskje forklare litt nærmere rundt dette.

2.3 Avgrensning av problemstilling

Jeg velger å skrive om selvskading hos mennesker uten psykisk utviklingshemming, og jeg har valgt å skrive om selvskading hos ungdom. Dette for å begrense oppgaven.

Selvskading oppstår vanligvis i ungdomsalder, og det er i denne aldersgruppen den største forekomsten er. Mest sannsynlig kan oppgaven brukes også i arbeid med voksne som selvskader. Jeg har valgt å bruke begrepet ”behandler” i oppgaven fordi dette rommer all helsepersonell, inklusive vernepleiere. I oppgaven har jeg valgt å bruke «personen som skader seg» eller «ungdommen som selvskader». Dette fordi jeg mener begrepet «den selvskadende» kan tolkes som at selvskading er en grunnleggende del av personligheten til den som selvskader. Helheten i et menneske som selvskader omhandler mye mer enn selve selvskadingen.

2.4 Definisjon av begrep i problemstillingen

Det finnes flere definisjoner på selvskading, og det viktigste kriteriet for definisjon er om denne inkluderer selvmordsintensjon eller ikke. Øverland (2006) sier at blant ungdom og fagfolk brukes ofte begrepene selvskading og selvmordsforsøk om hverandre, og i dagligtalen betyr de derfor det samme. Derfor er det viktig å definere hva som menes med selvskading i denne oppgaven. På grunn av at jeg har valgt å skrive om selvskading uten selvmordsintensjon, har jeg valgt å forholde meg til følgende definisjon:

Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg skade og smerte uten at man har til hensikt å ta eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt (Øverland 2006, 17).

I tillegg vil jeg kort si noe om hva som ligger i det å ”forstå”. Å forstå defineres som å kunne sette seg inn i andres situasjon eller stilling. I oppgaven vil dette settes i forbindelse med å kunne se at for de som selvskader så er selvskadingen en funksjon for noe, og at det er ulike årsaker som utløser selvskadingen. Øverland (2006) sier at mange behandlere ofte

tror de som selvskader gjør dette på grunn av oppmerksomhetsbehov. Derfor blir det lett å reagere med avsky og å avvise den som selvskader. Selv om det sannsynligvis finnes ungdommer som selvskader for å få oppmerksomhet, er dette et mindretall. Derfor er det viktig å forstå at mange ungdommer bruker selvskading som en funksjon, og ha forståelse for funksjonens innvirkning.

3.0 Teori om selvskading

3.1 Hva er selvskading? Ulike definisjoner

Sommerfeldt og Skårderud (2009) sier at selvskading er et sammensatt og langt fra entydig fenomen. Selvskading kan uttrykke en rekke psykiske, sosiale og kulturelle forhold. Øverland (2006) sier at man er generelt enig om at de som skader seg gjør dette på grunn av sterk psykisk smerte. Det typiske i selvskadingen er ofte kaos og følelser som er vanskelige å beskrive, og det er like mange grunner til å skade seg som det finnes mennesker som skader seg. Selvskading skjer oftest impulsivt når man står i en interpersonlig krise og opplever å være svært desperat. Likevel er det vanskelig å definere selvskading som begrep, og dette gjør at det er vanskelig å få oversikt over fenomenet. Ulike begrep brukes om hverandre, som selvskading, villet egenskade, selvmordsforsøk og parasuicid. Størsteparten av faglitteraturen er på engelsk, og der benyttes begrepene deliberate self-harm, self-mutilation, self-injury, autodestruction, body disfiguration, self-inflicted violence og parasuicide. Derfor har det oppstått en begrepsmessig forvirring, og det mangler enighet om hva definisjonen av selvskading går ut på. Det er vanskelig å se likheter og ulikheter mellom begrepene deliberate self-harm, self-injury, self-harm og så videre. Tidligere har man ikke vært opptatt av å definere selvskading ut fra andre måter enn å beskrive det opplevelsesmessige aspektet. Dette gjør at behandlerne selv bruker egne definisjoner på selvskading som baseres på deres erfaringer og fokus (Øverland 2006).

De siste årene har man i økende grad brukt begrepet «villet egenskade». Villet egenskade defineres slik:

Villet egenskade er betegnelsen på en handling som ikke endte med døden, hvor individet med vilje gjorde en eller flere av følgende: initierte atferd (for eksempel kuttet seg selv, hoppet fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv, tok medikamenter i en mengde utover det som er foreskrevet eller som er vanlig anerkjent dose, tok illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv, svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand (Sommerfeldt og Skårderud, 2009, 1).

Villet egenskade henviser ikke til noen spesifikk hensikt med selvskadingen, og er dermed et vidt begrep.

Som nevnt har det viktigste kriteriet for å definere selvskading blitt å presisere om selvskadingen innebærer selvmordsintensjon. Øverland (2006) sier at vi derfor må ha en presis definisjon på både selvmord og selvmordsforsøk. Ofte vil mange bruke begrepet selvskading som et vidt begrep som innebefatter selvmutilering, selvmordsforsøk, selvpåført vold, selvmisbruk og selvdestruksjon. Ifølge Øverland (2006, 18) kan selvmord kort defineres som følger: «*Selvord er en bevisst og villet handling som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene er dødelig*». Selvmordsforsøk defineres ifølge Øverland (2006, 21) slik: «*en bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og som individet ikke kunne være helt sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden*». Det er viktig å forstå at selvmord har som intensjon å gjøre slutt på enhver følelse, mens selvskading ofte er forsøk på å føle seg bedre. Selvskading regnes som effektivt for å gi personen som selvskader en viss midlertidig lettelse av psykisk smerte.

Trautmann og Connors (2001) nevner noen former for selvpåført skading som ikke ligger under den definisjonen av selvskading som jeg benytter i denne oppgaven: kroppsendring som for eksempel tatovering, kosmetiske operasjoner og påføring av seremonielle arr. Indirekte selvpåført skade som stoffmisbruk, overspising, røyking, bli værende i et ødeleggende parforhold og så videre. Forsømming av grunnleggende behov som å ikke ta hensyn til egne behov eller grenser, unnlate å ta vare på eller beskytte seg selv, som å sette seg selv i farlige situasjoner eller ikke sørge for nødvendig medisinsk omsorg.

Årsaken til at jeg har valgt å forholde meg til definisjonen av selvskading som nevnt punkt 2.4, er fordi dette begrepet er mest brukt på norsk. Øverland (2006) benytter selv begrepet «selvskading» og begrunner dette med at selvskading har blitt et etablert begrep, og andre begrep som for eksempel «villet egenskade» er mer. Jeg har presentert noen ulike definisjoner i tillegg til den jeg benytter i oppgaven, for å vise at det er mange måter å definere selvskading på, og de ulike definisjonene og forforståelsen vi har rundt disse kan ha innvirkning på hvordan vi forholder oss til mennesker som selvskader.

3.2 Forekomst

I følge Øverland (2006) er selvskading en av de vanligste årsakene til innleggelse i Storbritannia og USA. I Norge finnes ingen gode undersøkelser som bekrefter at selvskading er mer normalt nå enn før, men hos flesteparten som jobber med ungdom er det en generell oppfatning at selvskading er en økende problematikk. Over ti prosent av elever i ungdomsskolen har skadet seg selv en eller flere ganger. Selv om selvskading har blitt mer vanlig er det likevel tabubelagt. Sommerfeldt og Skårderud (2009) sier det er vanskelig å anslå forekomst av flere grunner. Det finnes mange ulike definisjoner av selvskading, og dette gjør det vanskelig å sammenligne estimater. En annen årsak er faren for underrapportering fordi mange som selvskader ønsker å skjule selvskadingen. I tillegg sier Øverland (2006) at ulike land og sykehus benytter ulike rutiner for registrering av selvskading. Sommerfeldt og Skårderud (2009) nevner CASE-studien (Child and Adolescent Self Harm in Europe) som ble gjennomført blant samtlige elever på grunnkurs videregående skole, 5000 elever mellom 15 og 16 år. Studien gikk ut på å kartlegge forekomst av selvskading blant elevene. 6,6% av elevene hadde skadet seg det siste året.

Selvskading er et økende problem. Øverland (2006) nevner en undersøkelse utført i England. I perioden 1985-1995 ble alle ungdommer under 20 år som var i kontakt med sykehuset i Oxford på grunn av selvskading registrert. På disse ti årene forekom en økning i selvskading på 28%. Selv om vi ikke har utført en lignende studie i Norge, er det grunn til å tro at det har skjedd en økning også her. Øverland (2006) sier også at selvskading forekommer også i en overraskende stor del hos mennesker som ikke har en psykisk lidelse. Det bør nevnes at det forekommer klare kjønnsforskjeller ved selvskading. Øverland (2006) nevner resultatene fra den norske CASE-undersøkelsen. Her kommer det fram at 3,1% av guttene og 10,2% av jentene rapporterer et eller flere tilfeller av selvskading.

3.3 Metoder for selvskading

Øverland (2006) sier at selvskading innebærer svært mange varianter av kroppslig og selvdevaluerende atferd. I tillegg benytter mange seg av flere selvskadingsmetoder. Den vanligste formen for selvskading er kutting. Dette kommer fram av CASE-studien. 74,1% av de som selvskader gjør dette ved kutting. 16,9% selvskader ved å ta overdose medikamenter. 9% av de som selvskader bruker metoder som omfatter alkohol, narkotika, henging og hopp fra store høyder. Enkelte bruker mer enn en metode, men flertallet bruker fast en metode. 84% av ungdommene som bruker kun en metode.

3.4 Selvskading i fire hovedgrupper

Øverland (2006) sier at man kan dele selvskading i fire hovedgrupper. Denne inndelingen er mest brukt, og er utarbeidet av den amerikanske psykiateren Favazza. De fire hovedgruppene er stereotypisk selvskading, alvorlig selvskading, tvangspreget selvskading og impulsiv selvskading. Denne inndelingen fokuserer på hvordan selvskading forstås klinisk. Stereotypisk selvskading er stort sett knyttet til alvorlig psykisk utviklingshemming eller ved akutte psykoser. Alvorlig selvskading er knyttet til psykosene og forgiftninger ved rus. I slike tilstander kan personen forsøke skjære av seg kroppsdelene på grunn av for eksempel vrangforestillinger. Tvangsmessig selvskading er knyttet til psykiske lidelser som for eksempel trikotillomani (tvangspregete handlinger der pasienten opplever trang til å plukke ut hud eller hår). Impulsiv selvskading er det vi oftest forbinder med selvskading fordi det er den vanligste formen for selvskading. Dette dreier seg i hovedsak om overflattisk skade som kutting, brenning og stikking (Øverland 2006)(Sommerfeldt og Skårderud 2009).

3.5 Kjennetegn ved personer som selvskader

Øverland (2006) sier at de som selvskader typisk er i tjuetrettiårene, og at selvskadingen har pågått siden ungdomstiden. Det gjennomsnittlige antall tilfeller av selvskading var 50 ganger, og selvskadingen har som oftest vart over flere år. De som selvskader har ofte tatt overdose medikamenter i tillegg, og spiseforstyrrelser forekom i stor grad. De som selvskader tilhører ofte den øvre middelklasse, har god utdanning og kommer fra hjem der

det forekommer fysisk eller seksuelt misbruk. I tillegg forekommer en sammenheng mellom selvskading og at en eller begge foreldrene hadde alkoholproblemer.

Øverland (2006) nevner resultat fra den internasjonale delen av CASE-studien. Denne viser at 25% av deltakerne i undersøkelsen begynte å skade seg da de var 10 år eller yngre, 59% startet i 11-12 års alderen, og 12% i 13 års alderen. Det synes også at selvskadingen utvikler seg videre eller kommer tilbake i senere perioder i livet. Det er ingenting som tyder på at ungdommene slutter å selvskade uten behandling.

Øverland (2006) sier det finnes klare sammenhenger mellom negative livshendelser og selvskading. Blant annet finnes det sammenhenger mellom selvskading og fysiske overgrep, selvskading blant venner, narkotikamisbruk, kontakt med politiet, bli utsatt for mobbing, selvskading blant familiemedlemmer, bekymringer for seksuell orientering, og det å ha vært beruset mer enn ti ganger. For jenter finnes en sammenheng mellom selvskading og det å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep. Den sterkeste sammenhengen viser seg å være mellom selvskading og at jevnaldrende skader seg. Øverland (2006) nevner også følgende kjennetegn: sammenheng mellom den som selvskader og usikker tilknytning til omsorgspersoner, langvarig separasjon eller å ha blitt forlatt av omsorgspersoner, og å bli emosjonelt forsømt av omsorgspersoner. Dette utdyper jeg under 3.9 Årsaksforhold og risikofaktorer.

3.6 Hvorfor er selvskading et vanskelig tema?

Mehlum og Holseth (2009) sier det oppleves ofte paradoksalt at noen mennesker selvskader når man materielt sett lever i velstand og i et samfunn preget av sosial trygghet. Dette kan bidra til å vanskeliggjøre forståelsen av selvskadingen, og det kan utløse sterke følelser hos behandlere. Følelser som kan utløses hos disse kan være frykt, sinne, fortvilelse, skyld, forakt, tristhet eller egen opplevelse av å ha mislykkes. Det er derfor en utfordring at de som jobber med selvskading, utvikler kompetanse både til å møte selvskading og til å håndtere egne reaksjoner. For den som selvskader kan det være et vanskelig tema å snakke om, fordi selvskading ofte forbindes med skam, noe jeg kommer tilbake til under punkt 3.8. Det kan også være vanskelig å sette ord på hva selvskadingen betyr og årsakene som ligger bak. Ofte kan det også være vanskelig for den som selvskader å identifisere hva det er som har forårsaket selvskadingen, og hva selvskadingens funksjon er. Selvskading regnes som kulturelt uakseptert. Derfor kan det

tenkes at når en som selvskader skal snakke om dette, så kan han/hun presentere selvskading som en bagatell, fordi han/hun er redd for hvordan selvskadingen blir mottatt.

Det kan tenkes at de ulike definisjonene av selvskading gjør at temaet blir vanskelig å ta opp. Mange forbinder selvskading med selvmordsfare. Moe og Ribe (2007) nevner følgende beskrivelse av selvskading:

”Det aller meste jeg har gjort, har vært rein skade, kutting, blod, men ikke mer enn *skade*. Et poeng som det likevel er viktig å ta opp, er forholdet mellom selvskading og suicidalitet. Mange sier til meg: ”Selvskading er aldri for å dø, men bare for å skade, lage et sår”. Ja, det er sånn når jeg kutter meg på stedet der det er langt, langt ned til viktige årer. Men det er så mye mer. Fra en slik rein *skade* til det å direkte kjenne etter hvor pulsåra banker og kutte seg der, men også, det å være likegyldig til utfallet, villig til å ta sjansen på hva som helst som måtte komme. Men kutting er *også*: å holde selvmordet på avstand. Ja, jeg blør, men akkurat det gjør at jeg kan holde ut alt dette vonde litt til (Moe og Ribe 2007, 23).

Denne beskrivelsen sier litt om hvor komplisert selvskading er. Det kan handle om et ønske om gjennomføre selvmord, eller selvmordsforsøk, men det kan også handle om å holde ut. Kort sagt vet man ofte ikke hva selvskading innebærer dersom man ikke våger å snakke med den som selvskader, og her kan ens forforståelse ha negativ innflytelse. I tillegg kan det være vanskelig å forholde seg til de vanskelige følelsene som ligger bak selvskadingen. Mennesker som selvskader er ofte ekstra sårbare, og er ofte svært raske til å tenke negativt om seg selv. Dette kan gjøre at den som selvskader er redd for å utlevere seg for mye, men det kan også forårsake at behandleren er redd for å forårsake disse negative følelsene og tankene.

3.7 Selvskadingens funksjon og betydning

Selvskading kan ha mange funksjoner og betydninger. Sommerfeldt og Skårderud (2009) nevner kontroll, avreagering, affektregulering, renselse, konkretisering av følelser, flukt fra

ubehag, hjelp til å stoppe tankekjør, selvstimulering, egenomsorg, straff, oppmerksomhet og kommunikasjon.

Sommerfeldt og Skårderud (2009) nevner fire overordnede kategorier i forhold til selvskadingens betydning: Selvskading som affektregulering, selvskading og skam, selvskading som dissosiasjon og selvskading som kommunikasjon.

Selvskading som affektregulering/selvskading og skam: dette handler ofte om å dempe selvforakt, eller symbolisere selvstraff. Å skade seg selv kan føre til at de indre negative følelsene og tankene om seg selv avtar. Dette er affektregulering. Mange som selvskader har som nevnt ofte negative følelser og tanker om seg selv. De kan skamme seg over den de er og ofte skammer de seg over selvskadingen. Paradoksalt nok kan selvskading være en måte å straffe seg selv på, der tanken er at den som selvskader ser på seg selv som en person som ikke fortjener noe bedre enn selvskading. På grunn av at det er en såpass sterk forbindelse mellom selvskading og skam, skal jeg komme tilbake til dette under neste punkt.

Sommerfeldt og Skårderud (2009) sier at fysisk smerte kan lindre psykisk smerte (og omvendt). Selvskading kan bidra til en følelse av kontroll og mestring som skaper midlertidige endringer i den affektive (følelsesmessige) tilstanden. Når vi skal håndtere kompliserte følelser bruker vi ofte å uttrykke dette verbalt. Når det verbale språket om følelser ikke er tilstrekkelig utviklet slik som ofte er tilfelle hos ungdom, kan en løsning være å ty til kroppen som et språk. Et sår på kroppen kan fungere som en representasjon av en indre tilstand. Skal man forstå selvskading må man sette den i sammenheng med dysregulering av følelser. Dette kan handle om manglende evner til å tolerere ubehagelige følelser, tåle stress, føle selvkontroll og redusere spenninger. Disse følelsene kan føre til økt følelse av ubehag og angst, og kan dermed kulminere i selvskading.

Selvskading som dissosiasjon: Dette handler om å dempe dissosiative symptomer som depersonalisering og derealisering. Selvskading kan også benyttes for å avbryte dissosiative opplevelser. Dette handler om å endre virkelig- eller uvirkelighetsoppfatningen. Sommerfeldt og Skårderud (2009) sier at ICD-10 (diagnosesystem) kategoriserer dissosiasjonslidelser som et tap av normal integrasjon mellom minner fra fortiden, identitetsbevissthet og umiddelbare sanseopplevelser. Hos mange som selvskader kan man ofte se en beskrivelse av dissosiativ tilstand forut for selvskadingen, hvor man kan "falle ut". Følelser av depersonalisering og derealisering fører ofte til utholdelig uro og angst, og dermed en patologisk trang til å angripe kroppen. Selvskading kan også benyttes for å få slutt på den dissosiative tilstanden; den kan fungere

som et redskap for å slippe unna tomhetsfølelser. Selvskading kan være det som gjør at personen som selvskader får en opplevelse av å være levende eller i kontakt med seg selv.

Selvskading som kommunikasjon: Selvskading kan være et forsøk på kommunikasjon. Selvskadingen kan ha som hensikt å kommunisere ønske om omsorg, provosere, anklage og straffe omgivelsene og å hevde seg i et hierarki. (Sommerfeldt og Skårderud, 2009). Videre sier de at er en myte at selvskading handler om oppmerksomhet. Det vektlegges behovet av å være kritisk til en slik tilnærming. I følge den nevnte CASE-studien viste det seg at blant ungdom var det å få oppmerksomhet det minst motiverende faktor for å selvskade. Mange er tvert imot opptatt av å skjule selvskadingsatferden. De konkrete sårene kommuniserer tydelig at det er noe galt; noe er skadet. I visse sammenhenger kan det likevel være hensiktsmessig å se på hvordan den som selvskader kan rette oppmerksomheten mot seg selv for å få andre til å reagere. Dette kan som nevnt handle om et ønske om omsorg, ønske om å provosere eller skremme, eller det kan være et forsøk på å anklage omgivelsene. Ofte kan sår regulere et hierarki mellom personer; dette er ofte tilfelle i fengsler eller psykiatriske institusjoner, men kan også forekomme for eksempel i en vennegjeng der flere av ungdommene selvskader. Noen har som mål å skjære dypere enn de andre. I slike sammenhenger er det relevant å se på smitteeffektene ved selvskading.

I tillegg vil jeg gå nærmere inn på andre selvskadingsfunksjoner under 4.5 Selvskadingens funksjon.

3.8 Årsaksforhold og risikofaktorer

Sommerfeldt og Skårderud (2009) nevner ulike årsaksforhold og risikofaktorer som spiller inn i forhold til utvikling av selvskadende atferd hos ungdom og voksne.

Fysiske og seksuelle overgrep: Studier viser en sammenheng mellom overgrep og selvskading. For eksempel kan en person som i barndommen fikk hodet slått mot veggen gjentatte ganger selvskade ved å gjøre dette i voksen alder. En mer symbolsk selvskading kan forekomme i forbindelse med seksuelle overgrep. Den som har blitt utsatt for overgrep kan føle trang til å skade områder på egen kropp som de forbinder med overgrepene (Trautmann og Connors 2001).

Omsorgssvikt: Undersøkelser viser blandede resultat når det gjelder forholdet mellom omsorgssvikt og selvskading. Likevel bør det rettes sterkere søkelys mot dette i framtiden.

Forskere mener at omsorgssvikt i barndommen kan ha negativ innvirkning på senere utvikling, for eksempel emosjonell dysregulering som ses på som en risikofaktor for selvskading,

Tap og separasjon: Det er begrensede resultat som viser forhold mellom selvskading og tap og separasjon, men noen studier viser at separasjon fra eller tap av en nær omsorgsperson fører til selvskadende atferd hos enkelte.

Den affektive kvaliteten på tilknytningsbåndene: Selv om man ikke har opplevd traumer, misbruk, omsorgssvikt eller tap og separasjon, er det likevel noen deler av foreldre-barn-relasjonen som kan få konsekvenser for senere tilpasning. Dette kan være potensielle risikofaktorer for senere selvskading. Man ser ofte denne risikofaktoren i forbindelse med utvikling av blant annet personlighetsforstyrrelser, og personer med personlighetsforstyrrelser har ofte en selvskadende atferd.

Individuelle risikofaktorer: Biologisk sårbarhet kan fremme emosjonell dysregulering som igjen kan føre til selvskading.

I tillegg kan det nevnes at kombinasjoner av de overnevnte risikofaktorene sannsynligvis fører til økt risiko for selvskading. Dette finnes det likevel få studier på (Sommerfeldt og Skårderud, 2009).

3.9 Selvskading – en psykisk lidelse?

ICD 10 og DSM IV er to klassifikasjons- og diagnosesystem over sykdommer og beslektede helseproblemer. Førstnevnte er norsk, sistnevnte amerikansk. DSM IV brukes i Norge som et supplement til ICD 10. Ingen av systemene gir kriterier for selvskading som en sykdom. Selvskading forekommer likevel i stor grad i forbindelse med psykiske lidelser som personlighetsforstyrrelser og posttraumatisk stresslidelse. Ifølge Sommerfeldt og Skårderud (2009) har den amerikanske psykiateren Favazza utviklet forslag til diagnostiske kriterier for «selvskadingssyndrom» for DSM IV. Han definerte selvskading som «direkte og intendert ødeleggelse eller endring av eget kroppsvev uten selvmordsintensjon». Definisjonen inkluderte ikke selvmordsforsøk eller ikke-direkte selvskadingsmetoder. Disse kriteriene ble ikke akseptert som utgangspunkt for at selvskading skulle være en egen diagnose eller lidelse i DSM IV, men tematikken er fortsatt svært aktuell. I den pågående revisjonen av DSM IV jobbes det med å fremme

forslag til nye diagnoser innenfor selvskadingsproblematikk. Som nevnt tidligere forekommer selvskading ofte i forbindelse med psykiske lidelser. Øverland (2006) sier at det er ønskelig at selvskading blir sett på som en frittstående psykisk lidelse. Tanken her er at diagnosen selvskading kan stilles som tilleggsdiagnose til den diagnosen som er mest fremstående, eller som en enkeltstående diagnose dersom dette er hensiktsmessig.

4.0 Teori om forståelse

4.1 Innledning

Øverland (2006) sier at når det handler om å hjelpe mennesker med psykiske lidelser kan dette vanskeligjøres ved at det ikke er så lett å forstå. Over tid er det vanskelig å hjelpe dersom en ikke forstår hva problemet er. Det kan oppleves vondt å ta imot et annet menneskes lidelse når vi ikke forstår eller vet hva som må gjøres. Det er vanskelig å forstå hvorfor noen skulle ville påføre seg selv smerte og skade med vilje. Smerte er noe vi generelt sett prøver å unngå, og smerte kan få oss til å føle at vi mister kontrollen.

Øverland (2006) sier at den beste måten å prøve å forstå på, er å søke forståelse gjennom flest mulig kanaler: behandleren må lytte til det den som selvskader prøve å uttrykke, hun må bruke sin empati og terapeutiske grunnholdning og være faglig oppdatert på undersøkelser og behandlingsforskning.

Som nevnt tidligere kan behandlerens forståelse av selvskading påvirke behandlingen og prognosen. Øverland (2006) sier at dersom en behandler tror at den som skader seg selv gjør dette på grunn av en psykisk lidelse, kan dette i verste fall føre til en tautologi (sirkulær forståelse): Ungdommen skader seg fordi hun har en psykisk lidelse, og hun får den aktuelle diagnosen fordi hun selvskader. Denne forståelsen kan føre til at undringen opphører; det er ikke mer å forstå. Dersom en behandler slutter å prøve forstå, kan dette være farlig for den terapeutiske relasjonen.

For å forstå et menneske må en behandler ha teoretisk kunnskap, erfaringer fra eget liv og som behandler, og noen ganger kunne stole på intuisjonen sin. Det forutsettes også at behandleren har evne til empati. En kombinasjon av disse overnevnte egenskapene vil utgjøre et godt fundament for å forstå andre mennesker. Uansett vil behandlerens forsøk på å forstå selvskading og den som selvskader bidra til at hjelpen som skal utføres blir bedre. Øverland (2006) nevner en undersøkelse der pasienter som selvskadet ble intervjuet om opplevelsen av å bli behandlet av helsepersonell. Pasientene følte at de var verdifulle når behandlerne hadde som innstilling at de skulle samarbeid, og når de ga dem muligheten til

å snakke om egne livserfaringer. Blikkontakt og oppfølgingsspørsmål var essensielt her. Undersøkelsen konkluderer i at pasientene opplevde den bekreftelsen av helsepersonellet som ”en gave” og at dette hadde positiv innvirkning på behandlingen.

Ulike måter å forstå selvskading på kan være via empati, behandlerens erfaringer, intuisjon, selvskadingens funksjon, biologiske årsaker, mestring og selve relasjonen mellom den som selvskader og behandleren. Disse presenteres i punktene under.

4.2 Empati og relasjon mellom hjelper og den selvskadende

Eide og Eide (2007, 35) definerer empati som følger: ”evnen til å lytte, sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner”. De sier videre at empati i profesjonell sammenheng er en forutsetning for nærhet, kontakt og forståelse. Det er viktig å huske på at empati kan være et forsøk på å forstå, uten at dette trenger bety at selvskadingen aksepteres. Eide og Eide (2007) sier videre at man kan øke evnen til empati ved å innstille seg på den andre. Dette kan gjøres ved å forberede seg både praktisk og mentalt på forhånd ved for eksempel å gjennomgå den andres informasjon, tenke gjennom vanskelige situasjoner som kan oppstå samt sette seg mål for hva en vil oppnå med møtet. Viktige spørsmål en kan tenke igjennom før møtet er:

1. Hvilken livssituasjon er den andre i?
2. Hvilke tanker og følelser kan den andre ha i forbindelse med den situasjonen som gjør at vedkommende trenger hjelp?
3. Hva vil den andre trolig oppleve det som viktigst å få hjelp til?
4. Hvilke tanker og følelser kan den andre ha i forbindelse med det å motta hjelp?
(Eide og Eide 2007, 37).

Trautmann og Connors (2001) sier at personer som selvskader ofte prøver å holde dette hemmelig. Mange vil likevel etter hvert føle et behov for å snakke med noen om selvskadingen. Siden selvskading ikke er godt forstått, har mange personer som selvskader blitt møtt med reaksjonsmåter som har vært til lite hjelp, og blitt opplevd som sårende, for eksempel hvis den som selvskader har blitt gjort skamfull eller har blitt avvist. Som nevnt tidligere er det tydelig at behandlere som må forholde seg til selvskadingen blir sterkt

preget av dette. Å hjelpe et annet menneske er alltid utfordrende, og dette krever en relasjon mellom de som skal gi og motta hjelp og behandling. Denne relasjonen må være trygg for begge parter. Dersom relasjonen ikke er trygg, kan dette ha svært uheldige konsekvenser. Øverland (2006) sier at behandleren kan oppleve svært sterke negative følelser i møte med en person som selvskader. I verste fall kan dette føre til at behandlerne unngår eller avbryter kontakten med de menneskene de skal hjelpe. Mange ungdommer er sensitive for en slik avvisning, noe som kan føre til at de reagerer med sinne. Ungdom som selvskader har ofte lært seg til å fortelle om selvskadingen sin tidlig for å teste ut for eksempel lærere, skolerådgivere og helsepersonell. Dette tolkes ofte som en manipulerende atferd som er med for å skremme eller straffe hjelperne, men kan også tolkes som en reaksjon som er basert på håpløshet fra tidligere opplevelser der en har blitt møtt med avsky.

Snoek og Engedal (2008) sier at den som selvskader trenger hjelp til å finne alternative mestringsstrategier for å kunne håndtere indre smerte. De sier videre at det ikke finnes en entydig behandling som passer for alle; behandlingen på tilpasses den enkelte ut fra en individuell forståelse. Derfor kan det være aktuelt å stille følgende spørsmål som Mehlum og Holseth (2009) nevner:

- Har du skadet deg selv med vilje?
- Fortell meg hva du gjorde med deg selv for å skade deg.
- Hva var det du ville oppnå med å skade deg selv?
- Ønsket du at noe skulle forandre seg som følge av skaden?
- Hvordan følte du deg før du skadet deg selv?
- Hvordan følte du deg rett etterpå?
- Hvordan føler du det nå i forhold til det å skade deg selv?
- Hva tror du kan ha utløst ditt ønske om å skade deg selv?
- Når skadet du deg selv første gang?
- Hvor mange ganger har du skadet deg selv tidligere?

Disse spørsmålene kan legge grunnlag for en begynnende forståelse hos behandler, og kan gjøre at den som selvskader enklere vil åpne seg.

4.3 Behandlerens erfaringer

Øverland (2006) sier at mange som selvskader har opplevd at tidligere behandlere har avvist dem på bakgrunn av at de ikke har noe erfaring med selvskading. Erfaring kan derfor spille en stor rolle i forhold til hvordan en kan forstå selvskading. Øverland (2006) sier videre at erfaring vil gjøre behandleren tryggere og mindre overveldet; behandlere med lang erfaring blir ofte mindre opprevet av å se eller snakke om selvskading. Man blir selvsagt påvirket, men ikke i like stor grad som uerfarne behandlere kan bli påvirket. Dette gjør at det kan bli lettere å skille mellom det som er vesentlig for behandlingen, og hva som er fortvilede forsøk på å sjokkere og appellere. Ofte kan uerfarne behandlere bli for opptatt av det somatiske i selvskadingen; de fokuserer mer på selve såret enn på hva som gjorde at såret oppstod. Dette kan igjen føre til at det terapeutiske og psykologiske kommer i bakgrunnen. Øverland (2006) presiserer at god behandling innebærer at behandleren møter pasientens psykiske smerte og viser at han kan utholde den sammen med personen som selvskader. Erfarne behandlere vil kunne jobbe i et høyere tempo og bli mindre følelsesmessig belastet enn behandlere som er uerfarne. Kompetente behandlere vet også mer enn en nybegynner. En som er helt ny i faget er ofte ikke forberedt på hvor hjelpeløs man kan føle seg i møtet med selvskading. Undersøkelser blant uerfarne behandlere innen selvskading viser at det ikke er uvanlig at behandleren gruer seg for møter med personer som selvskader, og at dette oppleves som svært ubehagelig.

4.4 Intuisjon

Øverland (2006) definerer intuisjon som følger:

..en fornemmelse av hvordan noe forholder seg, eller en følelse av hvordan vi bør gjøre ting– en fornemmelse eller følelse vi ikke fullt ut kan begrunne med ord (Øverland 2006, 58).

Et klassisk eksempel på bruk av intuisjon er når vi møter nye mennesker for første gang eller står foran valg der bruk av logikk er umulig. Innenfor faglitteraturen kalles denne intuisjonen for implisitt kunnskap. Øverland (2006) sier at det er vanlig at vi bruker

intuisjonen for å bedømme mennesker vi ikke har truffet før, og at dette førsteinntrykket viser seg å være riktig. Problemet er at intuisjonen kan legges for mye eller for liten vekt alt etter situasjonen. Dette er vanskelig å bedømme. Implisitt kunnskap kan også være en alvorlig feilkilde i forhold til selvskading. Årsaken til at intuisjon benyttes for å forstå selvskading er at intuisjon kan bidra til å skape en god terapeutisk atmosfære. Det er vanskelig å beskrive intuisjon i behandling, men det kan sammenlignes med evnen til å kjenne på atmosfæren i rommet. Øverland (2006) sier videre at gode behandlere ofte blir omtalt som personer som får pasientene sine til å føle seg trygge, og som har evnen til å få fram det beste i pasientene. Dersom behandlere skal få til dette, kreves det kjennskap til egne reaksjoner, til terapeutiske relasjoner og evnen til å raskt oppfatte hva pasienten trenger. Det hevdes at dette er en psykologisk evne som er uttrykk for personlighetstrekk, og intuisjon er dermed vanskelig å lære. Andre hever at evnen til intuisjon kan bli mer tilgjengelig via refleksjon og fagutvikling.

4.5 Selvskadingens funksjon

Kontroll: Øverland (2006) sier at selvskading kan være et kontrollforsøk. Kontrollforsøket kommer som et forsvar mot sterke ubehagsfølelser. Disse følelsene er ofte vanskelige å beskrive, og vanskelige å bli kvitt. Mange som selvskader opplever at dersom de skader seg selv, vil de oppleve at de kan kontrollere disse ubehagsfølelsene. Skårderud (2006) nevner følgende sitat fra en pasient: *”Det gjør vondt, men nå er det jeg selv som gjør det”*. Selvskadingen blir et forsvar som kan tas i bruk når de vonde følelsene oppstår. Dette er et viktig punkt for behandlere i arbeidet med å forstå den som selvskader. Det vil neppe være virkningsfullt å be den som selvskader om å slutte med dette, da den som selvskader blir bedt om å legge ned et svært effektivt våpen mot de vonde følelsene som oppstår. Lien og Soland (2006) sier at kontroll også kan innebefatte kontroll over omgivelsene sine. De sier at selvskading er en effektiv måte å skaffe en viss forutsigbarhet og kontroll over omgivelsene på. Dette kan være en viktig del av dynamikken bak selvskadingen, men kan ofte bli sett negativt på av behandlere som, i denne sammenheng, har lett for å se på selvskading som manipulativ atferd.

Omsorg: Lien og Soland (2006) sier at en av selvskadingens funksjoner kan være et ønske om å gi omsorg til seg selv, eller være et ønske om å få omsorg fra andre. Mange som selvskader har opplevd omsorgssvikt. Den som selvskader kan da kjenne sterk lengsel etter

omsorg fra andre, men er samtidig ofte ute av stand til å uttrykke disse behovene eller kunne vise omsorg for seg selv. Dette kan føre til at selvskadingen kan ha som funksjon å gi utløp for frustrasjonen som oppstår. Den som selvskader kan også føle at det å skade seg selv er noe han/hun kan gjøre i et forsøk på å gi omsorg til seg selv, fordi selvskading ofte fjerner vonde følelser. Det virker som at det eventuelle stellet av sårene som blir påført har en omsorgsfunksjon.

Å regulere følelser: Lien og Soland (2006) påpeker at selvskading kan ha som funksjon å regulere følelser. Mange som selvskader sier at selvskading oftest skjer ut fra følelser her og nå, som en konsekvens av for eksempel avvisning, hjelpsløshet, sinne, skyld og så videre. Når selvskadingen blir utført, vil den som selvskader ofte oppnå å endre følelsen gjennom selvskadingen. Selvskading kan dempe ubehagelige følelser eller bidra til at den som selvskader føler noe i det hele tatt. Den fysiske smerten som selvskadingen bidrar med tar ofte fokuset vekk fra den psykiske smerten. Å skade seg selv for å regulere følelser er den klart hyppigste forekommende motivasjonen for selvskading, i følge Walby og Ness (2009). Dette kan i noen tilfeller settes i sammenheng med biologiske årsaker som jeg forklarer nærmere under punkt 4.6.

Selvskading gir straff: Øverland (2006) sier at man er som oftest selv sin verste kritiker. Folk flest har gjort feil som vi angrer på og som vi skulle ønske vi kunne gjøre om. Dette er som regel umulig, og vi må dermed lære oss å leve med det, og minnet vil etter hvert falme. Men noen mennesker reagerer sterkere. Mange som selvskader er ofte svært selvkritiske, eller har en medfødt sårbarhet som gjør de mer utsatt for kritikk. Dette kan føre til at de reagerer med enda større ubehag. Følelsene vil være mye mer intense. Mange har en tendens til å klandre seg selv for det de har gjort. Selvskading som straff har dermed ofte som mål å oppheve det som har blitt gjort feil. Den som selvskader kan tenke at dersom han/hun skader, vil det føles bedre etterpå, når han/hun har fått sin straff. Selvskading som straff kan være et forsøk på å gjenopprette den eventuelle feilen som har blitt gjort, søke rettferdighet og lignende.

Selvskading gir renselse: Øverland (2006) sier at selvskading kan gi både en kortsiktig og langsiktig smerte. Det å for eksempel kutte seg selv gjør vondt der og da. Timer og dager etter selvskadingen har man et synlig bevis og bekreftelse på det man har gjort. Dette kalles en "god-vond"-følelse. Så lenge man kan se såret etter kuttingen, eller kjenne at såret svir, blir ofte behovet for å skade seg mindre. Dette fordi såret er en kontinuerlig påminning om det som har skjedd. For mange som selvskader har kuttingen den effekten at

blodet representerer de vonde følelsene som renner ut. Å skade seg selv for å fjerne de vonde følelsene kan derfor oppleves som en renselse.

Kommunikasjon: Skårderud (2006) sier at et sår er et konkret faktum. Følelser som kan være vanskelige å kommunisere, kan bli kommunisert gjennom å skade seg selv. Det kan være vanskelig å sette ord på følelser. Selvskadingen kan bli sett på som et forsøk på å kommunisere følelser som sinne, sorg, frustrasjon og desperasjon. Et sår kan kommunisere det den som selvskader føler, kan vise at han/hun har det vanskelig. Når vi opplever kompliserte følelser leter vi etter redskap som kan håndtere dem. Når det verbale språket ikke er tilstrekkelig kan en bruke kroppen som språk. Såret representerer tydelig den indre tilstanden til den som selvskader.

Mestring: Trautmann og Connors (2001) at for noen er selvskading en mestringsmekanisme som er utviklet for å imøtekomme den som selvskader sitt behov. For å forstå selvskading i sammenheng med mestring, er det ofte en hjelp å undersøke de følelsene og tankene som ligger bak atferden. Selvskading kan være en måte å mestre vonde følelser, minner og situasjoner på. Selvskading blir en måte å håndtere følelsene på, og mestring og kontroll kan derfor ofte settes i sammenheng. Dersom selvskadingen demper eller fjerner vonde følelser, vil den som selvskader ofte oppleve at han/hun har mestret situasjonen. Jæren og Soland (2006) sier at mennesker som selvskader ofte dissosierer; det vil si at de kobler ut deler av bevisstheten. Dissosieringen kan være et eksempel på en mestringsstrategi.

Noen av disse punktene er nevnt tidligere under 3.7 Selvskadingens betydning, men jeg nevner de igjen her fordi de også kan benyttes ut fra et ønske om å forstå.

4.6 Biologiske årsaker

Som nevnt tidligere, under 6.6 Selvskadingens funksjon, viser undersøkelser at en av selvskadingens funksjoner er å regulere og håndtere vanskelige følelser. For eksempel øker positive følelser mens negative følelser avtar etter at personen har skadet seg selv.

Øverland (2006) sier at det har blitt rapportert økt nivå av stresshormonet kortisol parallelt med økende psykisk smerte forut for selvskading hos enkelte personer.

Videre sier Øverland (2006) at det er utviklet flere modeller som har som formål å forklare selvskadingens dempende effekt på sterk psykisk smerte. Disse modellene tar

utgangspunkt i virkningsmekanismene til ulike transmittorsubstanser eller andre biokjemiske forhold. Modellene viser at kroppens egne opiat eller transmittorsubstanser blokkerer smerteopplevelsen under selvskadingen, eller gir en opplevelse som beskrives som selvbelønnende. Den mest kjente biokjemiske modellen som forklarer selvskading, er serotonin-hypotesen. Serotonin er en transmittorsubstans. I sentralnervesystemet har serotonin betydning for kontroll av blant annet søvn- og våkenhetsyklus, appetitt, smerteoppfattelse og aggressiv atferd. Snoek og Engedal (2008) støtter opp om denne modellen ved å understreke at serotoninstoffskiftet i hjernen påvirker stemningsleiet og dermed også har innvirkning på både tenkning og selvoppfatning.

En annen modell er avhengighetshypotesen. Denne forutsetter en sammenheng mellom selvskading og kroppens tilvenning av smerte. Selvskading ses på som noe som gir direkte smertelindring, som å gi en generell behagelig effekt på samme måte som heroin og opium kan ha effekt hos narkomane. Avhengighetshypotesen kan settes som en parallell til enkefalin-avhengighet. Enkefalin fungerer som kroppens eget opiat, og studier viser at det kan utvikles enkefalin-toleranse. Det virker sannsynlig at personer som skader seg selv over lengre tid kan assosiere selvskading med den behagelige opplevelse som utløses av enkefalin. Enkefalin er et eksempel på endorfin, og endorfiner er kroppens eget morfinliknende substans. Situasjoner som øker endorfinfrigjøring, og dermed frigjør enkefalin, reduserer smerteopplevelsen.

En tredje modell viser til sammenheng mellom selvskading og økt smertetoleranse. Dette kan resultere i at personen som selvskader får en opplevelse av nummenhet eller uvirkelighet. Konsekvensen kan bli at personer som selvskader under visse betingelser kan skade seg selv med den hensikt å bryte igjennom den ubehagelige uvirkelighetsfølelsen.

5.0 Drøfting

Jeg skal nå drøfte teorien opp mot problemstillingen: *Kan selvskading forstås?*

Selvskadingens årsaksforhold og funksjoner, og hvordan forståelse kan ha innvirkning på valg av behandlingstype.

5.1 Kan man forstå selvskading?

Øverland (2006) sier at det er vanskelig å hjelpe et menneske dersom en ikke forstår hva problemet er. Forståelse er viktig fordi det kan ha innvirkning på både behandling og prognosen. Både Øverland (2006), Moe og Ribe (2007), Mehlum og Holseth (2009) og Sommerfeldt og Skårderud (2009) nevner hvor viktig det er å prøve å forstå. Så hva kan gjøres for å forstå selvskading?

Sommerfeldt og Skårderud (2009) sier at selvskading er et sammensatt fenomen. For å forstå selvskading kan denne vinklingen være et utgangspunkt. Det er ikke nødvendigvis lett å svare på hvorfor man selvskader og hvilken funksjon selvskadingen har for den enkelte. Ofte er ikke den som selvskader selv klar over disse forholdene. Det å ha en forforståelse om at selvskading er vanskelig å forstå kan gjøre at behandleren ikke gir opp i møtet med den som selvskader. Tålmodighet og nysgjerrighet er to stikkord her. Mange som selvskader er i behandling i mange år, og dette krever dermed tålmodighet fra behandlerens side.

Forekomsten av selvskading har økt de senere årene. Selvskading er derfor et tema det er svært viktig å sette på dagsorden, men det er fremdeles et tabubelagt tema som det oppleves vanskelig å snakke om, både for behandler og den som selvskader. Eide og Eide (2007) sier at relasjonen mellom behandler og den som selvskader vil prege forståelsen av selvskadingen. Dersom behandler og den som selvskader klarer å skape en trygg relasjon i fellesskap, er det sannsynlig at behandler blir mer komfortabel med å stille spørsmål relatert til selvskadingen, og den som selvskader vil sannsynligvis lettere kunne dele egne opplevelser rundt selvskadingen. Trautmann og Connors (2001) sier at mange som selvskader har opplevd å bli møtt med lite behjelpelige reaksjonsmåter. Dette kan skape usikkerhet hos den som selvskader og kan begrense i hvilken grad han/hun vil åpne seg for

en behandler. På bakgrunn av at selvskading er sosialt og kulturelt uakseptabelt, kan det risikeres at den som selvskader bagatelliserer atferden sin og gjør den mindre viktig. Dette vil ha innvirkning på behandlerens forståelse av selvskadingen. Derfor kan det være viktig å tørre stille spørsmål, men også ha evnen til å improvisere; strukturere samtalen etter det den som selvskader selv forteller. Dersom en som selvskader opplever en genuin interesse for å forstå hos behandleren, kan dette skape en trygghet som igjen fremmer forståelsen av selvskadingen.

Hva kan vanskeliggjøre forståelsen av selvskading? Selvskading er et sammensatt fenomen, og kan uttrykke flere psykiske, sosiale og kulturelle forhold. Ofte har mennesker som selvskader vanskelig for å snakke om selvskading og følelsene som ligger bak denne handlingen. Selvskading er også, som Øverland (2006) nevner, ofte en impulsiv handling, og i ettertid kan det være vanskelig å definere og analysere den utløsende hendelsen samt den primære funksjonen til selvskadingen. Dersom en vet noe om hva som utløste selvskadingen, og hvordan selvskadingen opplevdes av den som selvskadet, kan en kanskje kunne relatere dette opp mot selvskadingens funksjon. Da har man et begynnende utgangspunkt for å forstå selvskadingen.

Det faktum at det finnes mange ulike definisjoner av begrepet selvskading kan tenkes å vanskeliggjøre forståelsen. Jeg har valgt å holde meg til en spesifikk definisjon av selvskading i denne oppgaven; dette for å begrense innholdet. Men ute i arbeidslivet blir ulike begrep benyttet om hverandre, og mye av faglitteraturen om selvskading er på engelsk. Dette brede spekteret av begrep og definisjoner kan være positivt fordi dersom man skal sette seg inn i temaet selvskading kan det tenkes at man raskt får inntrykk av at selvskading er et svært omfattende tema. Å forholde seg til en spesifikk definisjon kan innsnevre forståelsen av hva selvskading innebærer for den enkelte personen som selvskader. Hvis en behandler prøver å forstå ut i fra en definisjon som sier at selvskading ekskluderer suicid atferd, mens den som selvskader i realiteten har prøvd å ta sitt eget liv, vil det her oppstå motsetninger som kan vanskeliggjøre behandlerens forståelse av selvskadingen. Begrepet selvskading blir ofte i dagligtalen brukt om blant annet selvmutilering og selvmord (Øverland 2006). Dersom en behandler prøver å forstå ut fra denne relativt brede definisjonen kan det tenkes at behandleren ser på selvskading som et

ønske om å dø, og ikke et mestringsforsøk, slik det ofte er. Selvskading er et tema det er vanskelig å forholde seg til og som man ikke kan forholde seg nøytral til. En forforståelse om at selvskading omhandler et ønske om å dø vil begrense forståelsen av hvorfor et menneske skader seg selv.

Øverland (2006) påpeker at størsteparten av de som selvskader kommer fra øvre middelklasse og har god utdanning. Slike mennesker blir ofte sett på som ressurssterke, smarte og pliktoppfyllende, og det kan være vanskelig å forstå hvordan disse kan selvskade. Mehlum og Holseth (2009) sier at det oppleves paradoksalt at noen kan skade seg selv når man materielt sett lever i velstand og i et samfunn preget av sosial trygghet. Dette kan også bidra til å vanskeliggjøre forståelsen av selvskadingen. I tillegg er det kjent at selvskading ofte utløser sterke følelser hos behandlere, og forakt og sinne er noen av følelsene som oftest oppstår. Hvordan kan man forstå at et tilsynelatende vellykket menneske som lever i materiell velstand kan skade seg selv? Når spørsmålet stilles på denne måten er det lett å se hvorfor forståelse er så vanskelig. Men samtidig kan det påpekes at når spørsmålet stilles nettopp slik, så forutsetter svaret at selvskading er uakseptabelt, og at det ikke skal være mulig at et tilsynelatende vellykket menneske skal kunne selvskade. Dette kan resultere i at den som selvskader verken blir sett, hørt eller forstått. Når man skal jobbe med mennesker er det viktig å være klar over forforståelsen sin, som Aadland (2004) nevner. Dersom vi er klar over denne forforståelsen kan vi være åpne for andre tilnæringer enn det vi umiddelbart tenker og føler.

Den vanligste formen for selvskading er impulsiv selvskading, som innebærer i hovedsak overflatisk skade som kutting, brenning og stikking. Det kan tenkes at slik overflatisk selvskading kan bli sett på som "bare" et lite risp av behandleren. Et lite sår som knapt synes er sannsynligvis mindre skremmende enn et sår som trenger å sys og som senere vil danne skjemmende arr. Kan dette få behandleren til å ta selvskadingen mindre alvorlig? Det kan tenkes at slike sår kan tas mindre alvorlig fordi de ikke skremmer i like stor grad. Her kan det være viktig å huske på definisjonen av selvskading, som gjelder uansett om det er et lite sår eller et sår som må sys; selvskading er en handling som blir brukt for å håndtere smertefulle og overveldende tanker. I tillegg er det viktig å huske på at selvskading er individuelt og har ulike funksjoner. Et menneske som dissosierer i

forbindelse med selvskading kan for eksempel kutte seg dypere for i det hele tatt å kjenne at han/hun kutter. Et menneske som håndterer stress ved å kutte seg selv, kan i et tilfelle kanskje ikke behøve mer enn et risp for å få kontroll over følelsene. For mange vil såret som må sys helt klart være mer alvorlig enn et lite sår som gror fort. Da kan det være viktig å prøve bli kjent med funksjonene bak selvskadingen, og faktisk se at mennesket som selvskader, som påfører seg selv sår på kroppen, gjør dette fordi han/hun ikke har andre måter å takle indre smerte på. I tillegg kan det nevnes at selvskading ofte starter med overflatisk risping, men at det gradvis kan utvikle seg til mer alvorlig selvskading.

5.2 Årsaksforhold og funksjoner som er anerkjente i dag, og hvordan årsaksforhold, funksjoner og forståelse har innvirkning på valg av behandlingstype

Øverland (2006) sier at forståelse har stor betydning når en skal arbeide med mennesker. Dersom en ikke prøver forstå, kan dette være skadelig blant annet for den terapeutiske relasjonen, og dette kan forårsake mindre effektive og individualtilpassede behandlingsmåter. Det finnes mange måter å prøve forstå selvskading på, og i dette arbeidet har det blitt vanlig å se på årsakene til selvskadingen, og i hovedsak selvskadingens funksjon.

I litteraturen finner vi mye teori om selvskadingens funksjon. Årsaksforhold til selvskading er lite nevnt, fordi det største fokuset er på funksjonen. Selv om et overgrep har utløst selvskadingen, er det ikke nødvendigvis overgrepet det bør fokuseres på. En kan argumentere med at ikke alle som blir utsatt for overgrep selvskader. Dersom årsaken til selvskading er at man er født biologisk sårbar, som Bunkholdt (2000) beskriver, er det likevel ikke alle med denne sårbarheten som selvskader. Årsaksforhold har dermed en mindre betydning enn selvskadingens funksjon, men den kan være med på å skape forståelse rundt hvorfor selvskadingen oppstod. Dermed kan følgende spørsmål stilles: hvor viktig er det å fokusere på årsaksforhold?

Noen årsaksforhold som nevnes er fysiske og seksuelle overgrep, omsorgssvikt, tap og separasjon og den affektive kvaliteten på tilknytningsbåndene. Årsaksforhold vektlegges ikke i stor grad i litteraturen. For mange, både behandlere og den som selvskader, vil årsaksforhold likevel være nyttig for å kunne se på hva som utløste selvskadingen. For mange som selvskader vil dette være en trygghet. Skårderud (2006) nevner at det legges lite vekt på årsaksforhold fordi dette ikke kan endres. Et overgrep har skjedd, det kan ikke tas tilbake. Det samme gjelder omsorgssvikt og tap. Det som kan være nyttig å se nærmere på, er følelsene forbundet med årsaksforholdene. Når disse følelsene fører til selvskading, og man er oppmerksom på hvilke følelser som utløser selvskadingen, kan det være lettere å definere selvskadingens funksjon. Når man vet noe om selvskadingens funksjon, kan det være lettere å gjøre noe med selvskadingen.

Øverland (2006) vektlegger i stor grad behandlerens evner når han nevner ulike tilnæringsmåter til å forstå selvskading. Behandlerens intuisjon og egne erfaringer er viktige moment som har vist seg å ha innvirkning på behandlingsrelasjonen. Samtidig er begrepene ”intuisjon” og ”egne erfaringer” lite håndgripelige begrep, og det forutsettes ofte at man har lang yrkesmessig erfaring for å kunne utvikle disse egenskapene. Det kan argumenteres for at en nyutdannet vernepleier som er tidlig i tjueårene og ikke har tidligere arbeidserfaring også skal være i stand til å arbeide med mennesker som selvskader. Da kan det være at andre moment enn intuisjon og egne erfaringer blir viktigere å benytte i arbeidet med å forstå en som selvskader. Forståelse kan tenkes å ha innvirkning på valg av behandlingstype. Valg av forståelsesmåte og kombinasjoner av forståelsesmåter kan ha innvirkning på behandlingens kvalitet, men også på valg av behandlingstype. I tillegg kan det tenkes at selvskadingens funksjon vil ha innvirkning på hvilken behandlingstype som best passer. Dersom man forstår de ulike funksjonene bak selvskadingen, vil det sannsynligvis føre til et mer individtilpasset behandlingstilbud. Hvordan kan forståelse av selvskadingens funksjon innvirke på valg av behandlingstype?

Å skade seg selv for å regulere følelser er den klart hyppigste forekommende motivasjonen for selvskading, i følge Walby og Ness (2009). Dette kan settes i sammenheng med biologiske årsaker. Å forklare hva som skjer i kroppen før og etter man selvskader kan hjelpe på forståelsen av hvorfor selvskading er så effektivt, og hvorfor selvskading ofte

blir en repetitiv atferd. Å se på biologiske årsaker alene kan ha uheldige konsekvenser. Dette fordi det som kan forklares biologisk lettere kan sees på som noe som er vanskelig å endre eller gjøre noe med. Kan det tenkes at en biologisk forståelsesmåte kan bidra til at medisin blir brukt for å dempe for eksempel stress, angst og depresjoner som kan oppstå i forbindelse med selvskading? I mange tilfeller kan bruk av medisin sees på som en enkel løsning fordi de kan regulere følelser. Å lære å regulere følelser kan ta lang tid, ofte måneder og kanskje til og med år. Det kan diskuteres om det er etisk og faglig forsvarlig å starte en behandling med oppfordring til å benytte medisin, dersom dette ikke er absolutt nødvendig. Å legge til rette for mestring, og å bidra til motivasjon kan tenkes å være behandleres viktigste oppgaver i slike sammenhenger. Selvskading kan dempe ubehagelige følelser eller bidra til at den som selvskader føler noe i det hele tatt. Den fysiske smerten som selvskadingen bidrar med tar ofte fokuset vekk fra den psykiske smerten. Dersom selvskadingens funksjon går ut på å regulere følelser, kan behandlingsformen DBT være aktuell. Brager-Larsen, Magnussen og Hestetun (2007) sier at dialektisk atferdsterapi bygger på kognitiv terapi, dialektisk tenkning og zen-buddhisme. Arbeid med å regulere følelser står sentralt i behandlingen. Det dialektiske perspektivet i DBT går ut på å diskutere med seg selv. Akseptering og krav om endring er eksempler på dette. DBT har vist seg å være svært effektivt i arbeid med ungdom som selvskader.

Samtidig er det viktig å huske på at det finnes like mange grunner til å selvskade som det finnes mennesker som selvskader. Det finnes også like mange funksjoner til å selvskade som det finnes mennesker som selvskader. I tillegg må vi være forsiktige med å tillegge selvskadingen en funksjon. En som selvskader kan selvskade for å oppnå kontroll, mens neste gang han/hun skader kan selvskadingen skje i forbindelse med skam. En annen gang kan den som selvskader være usikker på hvorfor han/hun selvskadet, og si at selvskadingen var en impulsiv handling. Da kan det være viktig å snakke generelt rundt selvskadingen, se på hva som skjedde før og etter, og kanskje benytte seg av et redskap som brukes i DBT; kjedeanalyse. I kjedeanalysen prøver en å finne sårbarhetsfaktorer som kan ha forårsaket en lavere terskel for å selvskade, hva som er utløsende hendelse, effekten av selvskadingen samt at en prøver å se på hva en kunne gjort i stedet for å selvskade.

Som Øverland (2006) nevner er det ikke virkningsfullt å be den som selvskader om å slutte med dette, da den som selvskader blir bedt om å legge ned et effektivt våpen mot de følelsene som oppstår. Likevel er et sentralt tema i arbeid med selvskading å etablere og innføre nye mestringsstrategier. Mestring kan være en av selvskadingens funksjoner. Trautmann og Connors (2001) sier at selvskadingen kan være et forsøk på å mestre vonde følelser, minner og situasjoner. Når man jobber med å danne nye mestringsstrategier må en ta utgangspunkt i ressursene til den som selvskader og fokusere på hva som er aktuelt for han/henne. Derfor kan jeg kun nevne generelle eksempler på mestringsstrategier, som kan være å endre tankemønstre, gjøre noe man liker, finne alternative handlingsvalg og lignende.

Lien og Soland (2006) nevner at selvskading kan ha som funksjon å oppleve omsorg. Skadingen kan være et forsøk på å trøste seg selv, men det kan også være et uttrykk for et ønske om at andre skal vise omsorg for den som selvskader. Det er her behandlere må være oppmerksom på hvordan de imøtekommer selvskadingen. Horne og Øyen (2005) nevner positiv forsterkning, der forekomsten av en handling øker dersom en belønning oppnås i etterkant av handlingen. I behandling av mennesker som selvskader er det viktig å vise at en forstår, men dette innebærer ikke at en må godta at selvskadingen forekommer, som Eide og Eide (2007) nevner. Omsorg kan og bør gis på andre måter enn å vise hvor synd enn synes på vedkommende som skader, fordi den som selvskader kan sette pris på omsorgen han får og dermed ikke vil slutte med noe han opplever å få noe positivt ut av. Kanskje kan det her være aktuelt å vie selve såret minst mulig oppmerksomhet, og i stedet fokusere på følelsene rundt selvskadingen, eller bruke tid på mestringsstrategier.

Dersom en behandler har erfaring fra arbeid med mennesker som selvskader, vil dette kunne være en nyttig kompetanse å ta med seg videre. Øverland (2006) sier at hvis man har erfaring fra flere tilfeller med selvskading, så vil man ikke bli like sterkt påvirket etter hvert, selv om man likevel ikke klarer forholde seg nøytral. Dette kan føre til at man lettere og raskere kan komme til selvskadingens funksjon og raskere komme i gang med en tilpasset behandling. En erfaren behandler vet ofte hvilke spørsmål han/hun skal stille, som Mehlum og Holseth (2009) kommer med eksempel på. Men en erfaren behandler kan også

risikere å ta med seg sin forforståelse fra tidligere arbeid inn i nyere arbeid. Hvis en behandler har erfart at en spesiell type behandling var virkningsfullt i arbeidet med en annen som selvskader, kan det tenkes at behandleren vil foreslå denne i møtet med nye pasienter. Det kan da stilles spørsmål ved hvor individtilpasset behandlingen er. En konsekvens kan være at en må prøve seg fram i lengre tid enn det som hadde vært nødvendig for å finne en type behandling som passer den enkelte. På den andre siden kan det hende at behandleren får rett i å ha benyttet sine tidligere behandlingserfaringer i arbeid med nye pasienter.

I litteraturen settes ofte forståelse av selvskading i sammenheng med behandlerens kunnskap og evner. Empati, kontaktetablering og kommunikasjonsteknikker står sentralt her. Det kan være aktuelt å spørre seg hvem det er som er ansvarlig for at det skal være mulig å forstå selvskading, og hvem som har ansvar for relasjonsbyggingen. Er det behandlerens ansvar? Er det den som selvskader sitt ansvar? Eller er det begge? Mehlum og Holseth (2009) sier at helsemyndighetene har kommet med klare anbefalinger i forhold til hvordan selvskading skal følges opp av behandlere. Dermed kan vi konstatere at en stor del av ansvaret ligger hos behandleren. Men realiteten er slik at man kan ikke hjelpe noen som ikke vil bli hjulpet. Det er dermed en forutsetning at den som selvskader må ville ha hjelp selv for å kunne ha utbytte av dette. Derfor kan vi også si at den som selvskader også har et stort ansvar.

6.0 Avslutning og refleksjon

Da jeg startet oppgaven var jeg opptatt av å belyse teori som kunne gi et innblikk i de ulike aspektene ved selvskading. Videre ville jeg presentere ulike alternativ til hvordan man kan prøve forstå selvskading.

Som vi ser er det mye som kan vanskeliggjøre forståelsen av selvskading. Det er likevel dokumentert at det finnes ulike måter å forstå selvskading på. Jeg mener at jeg i arbeidet med denne oppgaven har funnet bevis for at det er mulig å forstå selvskading, dersom man søker forståelse fra ulike kanaler, og er innstilt på viktigheten av å forstå. Men det er ikke mulig å komme med en oppskrift på hvordan man kan forstå selvskading. Derfor blir det vanskelig å komme med en konklusjon på hva som er best mulig tilnæringsmåte i forhold til å forstå selvskading. Det som kan fastslås er at det er mulig å forstå, men at denne tilnærmingen må sees ut i fra arbeid med den enkelte som selvskader. Teorien jeg har presentert i oppgaven er ment som et bidrag til utgangspunkt for forståelse, og at forståelse kan bidra til individtilpasset behandling. Å forstå kan gi behandleren nødvendige ideer til tilpasset behandling. Øverland (2006) sier videre at det ikke finnes et fasitsvar på hvordan man skal hjelpe mennesker som selvskader, og at man heller ikke fullt ut kan forstå bakgrunnen for selvskadingen.

I arbeidet med oppgaven har jeg opplevd å få større forståelse for hvorfor noen mennesker selvskader. For meg hjelper det å tenke at selvskading er et resultat av intens indre smerte. Da spiller det ingen rolle hvilken sosial status man har, og om man lever i materiell velstand eller ikke. Selv om jeg ikke nevner forebygging som tema i forbindelse med selvskade i denne oppgaven, kan jeg tenke meg at dette forhåpentligvis vil bli et område som blir mer aktuelt å fokusere på etter hvert. Selvskading er et tabubelagt tema, men den økte forekomsten av mennesker som selvskader kan kanskje bidra til at selvskading blir et tema som settes på dagsorden. Å forebygge risikofaktorer i forbindelse med selvskading tror jeg kan være vanskelig, da dette ofte er avhengig av faktorer det er vanskelig å gjøre noe med, som arv og miljø. Men en åpen holdning til psykiske vansker generelt, og selvskading spesielt, kan ha en forebyggende effekt som kan inspirere mennesker som selvskader, eller som opplever psykisk smerte, til å oppsøke hjelp og å snakke om

problemene sine. På den andre siden kan økt åpenhet om selvskading kanskje forårsake at både behandlere og pårørende stiller seg mer handlekraftig i møte med den selvskadende. Mange som selvskader gjør dette fordi de ikke har andre måter å håndtere følelser og situasjoner på. Mange har negative erfaringer med behandlingsapparatet. Økt åpenhet kan føre til at disse menneskene kan bli møtt på en konstruktiv, faglig forsvarlig og individtilpasset måte.

Jeg vil runde av oppgaven med et sitat av Irvin D Yalom, amerikansk forfatter og professor i psykiatri. Jeg mener at dette sitatet oppsummerer i høy grad hva forståelse av selvskading omhandler, og i tillegg sier det noe om den ideelle tilnærmingen til valg av behandlingstype:

”Jeg har møtt alle mine pasienter med en undring over hvilken fortelling som vil folde seg ut. Jeg er overbevist om at terapi må finnes opp på nytt for hver eneste pasient, fordi alle har en unik fortelling”. **Irvin D. Yalom**

7.0 Litteraturliste

Aadland, Einar (2004). *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Andersen, Tom (2000). Etterord: nettverksarbeid på Nordkalotten. I: Ragnhild Andresen (red.) (2000). *Felleskap og sammenhenger – yrkeshjelpere i grupper, nettverk og organisasjoner*. Gjøvik: Gyldendal Akademisk

Bunkholdt, Vigdis (2000). *Utviklingspsykologi*. 2. utg Unversitetsforlaget 2000.

Eide og Eide (2007). *Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2004.

Fellesorganisasjoen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) (2008). *Om vernepleieryrket*. Oslo: Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosiomomer og vernepleiere, seksjonsrådet for vernepleiere.

Horne Hans og Bjarne Øyen (2005). *Målrettet miljøarbeid. Anvendt atferdsanalyse Del 1. Læringsteori og dagliglivets pedagogikk* G.R.D. Forlag. 2. utgave

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal (2008). *Psykiari. Kunnskap – Forståelse – utfordringer*. Akribe Forlag 2000.

Selvvalgt pensum

Brager-Larsen, Anne T, Solveig Magnussen og Ingebjørg Hestetun. *Dialektisk atferdsterapi for ungdom i Norge: Teori, metode og erfaringer fra et behandlingstilbud*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 44 nr 12, 2007, side 1475-1484. **9 sider**.

Lien, Ane Johnsen og Gro Soland (2006). *Moderat selvskading uten intensjon om selvmord. Forslag til forståelse og behandling*. **9 sider**. <http://www.npf-rogaland.net/oppgaver/aneoppg.htm> (lest 17.05.10).

Mehlum, L og K. Holseth. *Selvskading – hva gjør vi?* Tidsskrift for Den norske legeforening, No 8/2009. **3 sider.**

Moe, Anita og Kristin Ribe (2007). *Selvskadingens dynamikk*. Universitetsforlaget AS. **1 side.**

Skårderud, Finn (2006). *Skrift i hud*. **4 sider.**

http://www.idunn.no/file/ci/2913019/Skrift_i_hud.pdf (lest 17.05.10)

Sommerfeldt, B og F. Skårderud. *Hva er selvskading?* Tidsskrift for Den norske legeforening, No 8/2009. **6 sider.**

Trautmann, Kristy og Robin Connors (2001). *Forstå selvskading. Arbeidsbok for ungdom og voksne*. Stiftelsen psykiatrisk opplysning. **Sider: 1-50.**

Walby F.A, og E. Ness (2009). *Psykiatrisk behandling av selvskading på legevakt*. Tidsskrift for Den norske legeforening, No 9/2009. **3 sider.**

Øverland, Svein (2006). *Selvskading. En praktisk tilnærming*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. **Sider: 13-85.**

Åkerman, Sofia (2005). *Sebrapiken*. Humanist Forlag. **Sider: 1 side.**