

Selvskading hos ungdom

Av

Linn Fikke, Nils Inge Landrø og Annika Melinder
Enheten for kognitiv utviklingspsykologi (EKUP)

For

Nasjonalt bibliotek for barnevern og familievern
2009

FORORD

Ungdomstiden er en fin tid for mange, fylt med håp og fremtid. Det er også en periode i livet hvor ambisjoner virkeliggjøres for noen, men parkeres for andre. Frem til ungdomstiden har de fleste vært innesluttet i barndommen og beskyttet av familien. Nå skal vingene utprøves og flyegenskapene vurderes. I vår tid kan det virke som om alle har uendelige mange muligheter og valg. Det vanskeligste er for mange å velge bort. Bildet av at ungdommen kan og har muligheter til å virkeliggjøre seg og sine planer står i motsetning til den virkelighet som mange står oppe i. For mange innebærer ikke ungdomstiden en åpning for valg og muligheter. Denne sårbarhet er representert i de fleste typisk utviklede – vanlige - ungdommer. Når vi så møter ungdom som strever med familien, seg selv, som er utsatt for omsorgssvikt eller andre vansker, kan denne sårbarheten øke i betydelig grad. En måte å regulere uro og angst som kan vekkes stilt overfor vanskelig og kanskje umulige valg, er å skade seg selv. Hvordan skal vi forebygge og avhjelpe at slik atferd ikke utvikler seg til mer alvorlige former for psykisk vansker? Finnes det noen kognitive tegn som vi kan bli flinkere til å oppdage, og som kan sette oss i stand til tidlig å identifisere risikoungdom?

Det er for mange mennesker helt ukjent at barn og unge kan skade seg selv med vilje, men det er dokumentert at en ikke ubetydelig andel barn og unge utfører selvskading en eller flere ganger i løpet av tiden på ungdomsskolen. Vi vet veldig lite om hvordan barn selv tenker om, og forstår denne stressende situasjonen. Det er heller ikke konsensus omkring hvilke overordnede rutiner og prosedyrer som er best for unge som skader seg selv. Vi trenger derfor mer kunnskap om hvordan fagfolk som kommer i kontakt med selvskadende unge, skal avdekke og håndtere selvskading.

Hensikten med å skrive denne sammenstillingen er å gi leseren en introduksjon til hva vi vet om barn og unge som utfører selvskading. Sammenstillingen tar utgangspunkt i aktuell forskning både her til lands og internasjonalt. Fremstillingen konsentreres rundt faktorer som er helt sentrale i utvikling av selvskading.

Sammenstillingen er ført i penn av forskere fra Enheten for kognitiv utviklingspsykologi (EKUP) og med basis i et overordnet syn på utvikling preget av nevrobiologiske og sosial-kognitive teorier. Det betyr at vi forstår en rekke kliniske fenomener, opplevelser og reaksjoner med utgangspunkt i disse teoriene.

Vi ser for oss at leseren er en aktiv fagarbeider som forholder seg til beslutninger om tiltak og behandling av barn og unge som skader seg selv, innenfor barnevernet, helsetjenesten eller byråkratiet. Vi håper at sammenstillingen kan fungere som en innføring i, og som en mini-oppslagsbok om, selvskading. Ved å gi referanser og kildehenvisninger til relevant litteratur, håper vi at den nysgjerrige leser selv kan ta seg frem i forsknings- og fagboklitteraturen.

Sammenstillingen er delt inn i tre avsnitt. I det første beskriver vi utbredelsen av selvskadingsatferd i norske og internasjonale utvalg, samt hvilke andre tilstander som delvis kan være overlappende med selvskadingsatferd. Vi viser også hvordan ulike typer selvskading kan relateres til forskjellige kognitive faktorer. Det andre avsnittet presenterer relevante kontekstuelle, kognitive og emosjonelle aspekter som kan forklare selvskading. Vi diskuterer også en modell for emosjonsregulering som vi mener kan illustrere sammenhengen mellom emosjon og kognisjon. Dette avsnitt er noe teoretisk, men ved å gi tydelige definisjoner av sentrale begreper og noen illustrasjoner, håper vi å kunne motivere leseren til en større interesse for sammenhengene mellom på den ene siden risikofaktorer og på den andre siden

ressurser som kan påvirke selvskadingsatferd. I den siste delen diskuteres det hvordan vi kan avdekke ulike former for selvskading og sette inn tiltak.

DEL I

FENOMENET SELVSKADING

”Jeg var så lei meg og irritert at jeg knuste en flaske og kuttet meg på beina med et stort glasskår. Da fikk jeg ut sinnet mitt og følte meg bedre.”

Denne forskningssammenstillingen om selvskading tar utgangspunkt i teori og forskningsfunn som er basert på helt vanlig ungdom fra normalpopulasjonen. Hos barn fra andre populasjoner hvor man kan anta at risikoen for skeivutvikling er høyere, som hos barn og unge i psykisk helsevern og i barnevernet, må vi anta at utberedelse av fenomenet er større. Innledningsvis er det også viktig å påpeke at vi i det følgende fokuserer på ikke-suicidal selvskading, altså selvskading som ikke har til hensikt å ende med dødelig utgang.

Utbredelse

Urovekkende mange ungdom driver med ikke-suicidal selvskading. I utenlandske studier har man funnet at så mange som 21 % av ungdom i befolkningsutvalg rapporterer at de en eller annen gang i løpet av sitt liv har utført ikke-suicidal selvskading (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004, 2007; Ross & Heath, 2002; Zoroglu, et al., 2003). Pilotering av et selvskadingsskjema ved en norsk ungdomsskole avdekket samme trend; 25,4 % av ungdomsskoleelevene oppgav å ha utført minst en form for ikke-suicidal selvskading i løpet av det siste året. I tillegg antyder nye forskningsfunn at utberedelse av ikke-suicidal selvskading øker blant ungdom

(Jacobsen & Gould, 2007). Amerikanske forskere har eksempelvis målt utberedelse av ikke-suicidal selvskading blant ungdom ved den samme ungdomsskolen på to forskjellige tidspunkt. Det ble vist en klart høyere forekomst av ikke-suicidal selvskading ved den siste målingen sammenlignet med forekomsten de fant på det første tidspunktet (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004, 2007). Dersom dette er en reell økning av ikke-suicidal selvskading hos ungdom, kan mange faktorer ha betydning.

Ikke-suicidal selvskading innebærer at en direkte ødelegger eller endrer kroppsvev med vilje, men uten å ha en bevisst intensjon om å ta selvmord (Favazza, 1998; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker & Kelley, 2007). Ikke-suicidal selvskading skiller seg derfor fra suicidal atferd hvor intensjonen er å dø som resultat av handlingene (Jacobsen & Gould, 2007). Intensjonen til individer som utfører ikke-suicidal selvskading, er heller å *endre* bevisstheten, til forskjell fra å avslutte den som i selvmord (Walsh, 2005). I tillegg til forskjell i intensjon, skiller ikke-suicidal selvskading seg fra suicidal atferd på flere andre måter. For eksempel er ikke-suicidal selvskading mer vanlig enn selvmord og selvmordsforsøk (Muehlenkamp, 2005). Videre er ikke-suicidal selvskading vanligere blant ungdom, mens selvmord er mer vanlig hos voksne menn (Muehlenkamp, 2005). Individer som utfører ikke-suicidal selvskading har typisk tanker om midlertidig befrielse fra for eksempel smerte, uro og angst, mens individer som utfører sucidale atferder har tanker om permanent befrielse fra dette gjennom død (Muehlenkamp, 2005).

Ikke desto mindre viser forskningsresultater at ungdom som utfører ikke-suicidal selvskading, har høyere forekomst av suicidaltanker (Garrison, et al., 1993; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007), suicidalplaner (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005), og suicidalforsøk (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005;

Lloyd- Richardson, et al., 2007) sammenlignet med ungdom som aldri har utført slike atferder. I en studie (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005) fant man for eksempel at av ungdom som utførte ikke-suicidal selvskading, hadde 83 % suicidaltanker, 40 % hadde planer om å ta selvmord og 26 % hadde forsøkt å ta livet sitt. Det er noen vesentlige forskjeller mellom ungdom som driver med ikke-suicidal selvskading som rapporterer om suicidalitet og de som ikke rapporterer om suicidalitet. For eksempel fant man i en amerikansk studie (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007) at ungdom som både utførte ikke-suicidal selvskading og som hadde forsøkt å gjøre suicid, hadde betydelig mer suicidaltanker, flere depressive symptomer samt betydelig færre grunner til å leve, sammenlignet med ungdom som drev med ikke-suicidal selvskading, men som ikke hadde forsøkt å ta selvmord.

I lys av at det er en viss sammenheng mellom ikke-suicidal selvskading og suicidalproblematikk blant ungdom, er det viktig at det foretas en kartlegging av mulige selvmordstanker, planer- og forsøk hos ungdom som fremviser ikke-suicidal selvskading for å kunne fange opp de ungdommene dette gjelder for. Det er også viktig å påpeke at det ikke er slik at *alle* ungdommer som utfører ikke-suicidal selvskading også har selvmordsproblematikk. For enkelthetens skyld vil ikke-suicidal selvskading i resten av denne sammenstillingen omtales som selvskading.

Ulike typer selvskading

Utenlandske studier viser at det å kutte seg selv med et skarpt objekt og å slå seg selv er blant de vanligste former for selvskading blant ungdom. Andre metoder kan være å brenne seg selv, klore seg selv, skrape seg på huden, bite seg selv og viske med viskelær på huden til det brenner og blør (se tabell 1).

Tabell 1
Eksempel på selvskadningsatferd

Brenning av hud
Plukking på sår eller hud
Riving av hår eller hud
Kutting eller gjennomhulling av huden
Bruk av skadelige stoffer for utskylning eller klyster
Dunking av hodet mot harde flater
Napping av hår
Riving eller biting av neglebånd eller negler til de blør
Kveling eller slåing av seg selv
Graving i munnhulen

I tråd med at det finnes ulike måter å skade seg selv på, er det også ulike alvorlighetsgrader av selvskading. For eksempel har forskere klassifisert selvskadningsatferd i tre grupper med økende alvorlighetsgrad ut fra grad av vevsskade (Skegg, 2005; Whitlock, Muehlenkamp, & Eckenrode, 2008). Den første gruppen består av atferd med potensial for overfladisk vevsskade. Dette kan eksempelvis være å klore eller pirke seg på huden til det begynner å blø eller til det blir merker på huden. I den andre gruppen finner vi atferd som med sannsynlighet forårsaker blåmerker eller lett vevsskade. Eksempler på dette kan være å slå til seg selv eller slår hardt på gjenstander, slik at en påfører seg selv skader, som blåmerker. Den tredje gruppen består av atferd med potensial for alvorlig vevsskade. Her finner vi atferd som kutting eller skjæring i huden samt brenning av områder på kroppen (Whitlock, et al., 2008). Det kan tenkes at behandlingsvalg, prognose og vurdering av annen risikoatferd, som for eksempel selvmord, på sikt kan gjøres ut fra en mer spesifisert inndeling av selvskadningsatferd. Samlet sett er det således holdepunkter for å si at ikke-suicidal selvskading er et heterogent fenomen (Jacobsen & Gould, 2007).

Selvskading hos ungdom starter vanligvis i alderen 12-14 år. Noen studier viser at flere jenter enn gutter utfører selvskadningsatferd (Ross & Heath, 2002), mens andre studier viser at det er

like mange gutter som jenter som utfører slik atferd (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004). Flesteparten av ungdom rapporterer at de tenker lite eller ingenting i det hele tatt på å skade seg selv før de faktisk gjør det (Lloyd- Richardson, et al., 2007). Dette indikerer at selvskading skjer impulsivt. Det er imidlertid et åpent spørsmål om impulsivitet kjennetegner alle typer selvskading. Noen typer selvskading ser ut til å kreve en viss grad av planlegging for i det hele tatt å kunne gjennomføres og kan derfor vanskelig utføres fullstendig impulsivt. For en som skal kutte seg, er det for eksempel nødvendig å finne noe å kutte seg med og å finne et egnet sted hvor han/hun kan kutte seg.

Andre tilstander ved ikke-suicidal selvskading

I følge diagnosesystemet ”The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders” (World Health Organization) utgjør ikke utføring av selvskadingsatferd i seg selv noen diagnose. Imidlertid kan selvskading forekomme sammen med en rekke diagnoser eller tilstander hos ungdom så vel som hos voksne. De vanligste tilstandene som selvskadingsatferd forekommer sammen med, er depressive tilstander, angsttilstander og sinneproblemer.

Depressive tilstander

Utenlandske studier har funnet at ungdom som utfører selvskading, har betydelig flere depressive symptomer enn ungdom som ikke utfører selvskading (Jacobsen & Gould, 2007). Preliminære data fra en norsk studie viser også dette (Fikke, Landrø & Melinder, under forberedelse). I denne studien sammenlignet man ungdom som hadde utført to eller flere typer selvskading i løpet av det siste året, med ungdom som aldri hadde utført selvskadingsatferd, på flere mål av sinnsstemning. På et spørreskjema som fanger opp symptomer på depresjon, rapporterte ungdommene i selvskadingsgruppen i vesentlig større grad enn de som ikke skadet seg selv, at de var triste og ulykkelige, at fremtiden var håpløs, at

de følte at de hadde mislykkes fullstendig som mennesker, at de følte seg stygge og at de gråt mye. Nært knyttet til slike depressive symptomer er det også funnet at ungdommer som utfører selvskading, har dårlig selvtillit (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Høyere forekomst av diagnosen depresjon hos ungdom som utfører selvskading sammenlignet med hos ungdom som ikke utfører slik atferd, er også rapportert (Garrison, Addy, McKeown, Cuffe, Jackson & Waller, 1993). Preliminære data fra den norske studien viser også dette. Dette understreker alvorligheten av de depressive symptomene hos denne gruppen av ungdommer.

Angsttilstander

I utenlandske studier er det også funnet at ungdom som utfører selvskading, sliter med angstsymptomer i betydelig større grad enn ungdom som ikke utfører selvskading (Ross & Heath, 2002). Dette er i tråd med preliminare data fra den samme norske studien som referert til ovenfor (Fikke, Landrø & Melinder, under forberedelse). Ungdom som i løpet av det siste året hadde utført to eller flere typer selvskading, rapporterte vesentlig flere tegn på angst sammenlignet med ungdom som aldri hadde utført selvskadingsatferd. For eksempel rapporterte de at de i løpet av den siste uken hadde vært plaget med frykt for at det verste kunne skje, nervøsitet, at de ikke klarte å slappe av, oppskakethet, frykt for å dø og følelse av å besvime. I tillegg viser preliminare data fra den samme studien en høyere forekomst av sosial angst hos ungdommene i selvskadingsgruppen sammenlignet med ungdommene som aldri hadde utført selvskadingsatferd. Opplevelse av generell sjenanse, ubehag ved å bli kjent med og treffe nye mennesker, og en redsel for å dumme seg ut preget mange utsagn fra deltagerne i studien (Fikke, Landrø & Melinder, under forberedelse).

Aggresjonsproblemer

I utenlandske studier er det funnet at ungdom som utfører selvskading, rapporterer betydelig mer problemer med å kontrollere sinnet sitt samt fiendtlighet enn ungdom som aldri har utført selvskading (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005, Ross & Heath, 2003). I tråd med dette finner de samme studiene også at ungdom som driver med selvskading, opplever mer ubehag med sitt eget sinne, sammenlignet med ungdom som aldri har utført selvskading (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). De rapporterer også betydelig mer antisosial atferd, enn ungdom som aldri har utført selvskading. For eksempel oppgir de at de har gjort ting som var ulovlige (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

I nær sammenheng med disse forskningsfunnene viser preliminnære resultater fra den samme norske studien som referert til tidligere (Fikke, Landrø & Melinder, under forberedelse), at ungdom som i løpet av det siste året har utført to eller flere typer selvskading, rapporterer at de vanligvis er betydelig sintere sammenlignet med ungdom som aldri har utført selvskading. For eksempel rapporterer de at de er snarsinte, at de blir sinte når andres feil går utover dem, at de mister besinnelsen og at de får lyst til å slå noen når de blir frustrerte..

Selv om depressive tilstander, angsttilstander og sinneproblemer virke nokså forskjellige kjennetegnes de alle av problemer med å regulere emosjoner. Denne forståelsen er i tråd med hva ungdommer som utfører selvskading, selv rapporterer at de opplever. I flere utenlandske studier er det funnet at ungdom sier at de skader seg selv for å regulere følelsene sine - typisk å redusere følelser, men noen ganger også for å øke følelser (Jacobsen & Gould, 2007).

Preliminære resultater fra den norske studien viser det samme mønsteret. De mest hyppigste selvrapporterte grunnene til å skade seg selv blant ungdommene var å redusere negative eller vonde følelser. På et spørreskjema om selvskading med opplistede, foreslåtte grunner til å

skade seg selv, krysset de eksempelvis av ”for å stoppe dårlige følelser.” Ungdommenes egne opplevelser passer altså sammen med symptomene på depresjon, angst og sinneproblemer. Det er som om de ”ikke har helt kontroll på følelsene sine.”

DEL II

FAKTORER MED RELEVANS FOR SELVSKADING

Det er naturligvis mange faktorer som bidrar til at ungdommer utvikler selvskadingsatferd. En sammenstilling som denne kan ikke inkludere alle aspekter som kan være relevante. Vi har derfor valgt å konsentrere oss om tre hovedområder som forskning har vist kan ha sammenheng med selvskading. Først skal vi kort se på noen kontekstuelle faktorer, slik som negative livshendelser, misbruk og omsorgssvikt. Deretter skal vi gå mer detaljert inn på noen spesifikke kognitive faktorer, som oppmerksomhet, korttidshukommelse og evne til å være fleksibel og kunne planlegge. Til sist tar vi for oss et område som binder sammen emosjonsregulering og kognisjon. Området kaller vi for mentalisering. Med disse tre områder aktualisert, skal vi til sist i denne delen beskrive en modell for emosjonsregulering som vi mener er relevant og innlysende i forhold til å forstå mer av selvskadingens dynamikk.

Kontekstuelle faktorer

Flere kontekstuelle faktorer er forbundet med selvskading. I en studie ble det rapportert at selvskading er forbundet med negative livshendelser (Garrison, Addy, McKeown, Cuffe, Jackson & Waller, 1993). I studien fylte ungdommer ut et spørreskjema på stress og livsendringer. Ungdommene ble bedt om å rapportere antall ganger i løpet av det siste året, som de hadde opplevd visse livshendelser som at foreldrene hadde skilt seg eller at de hadde

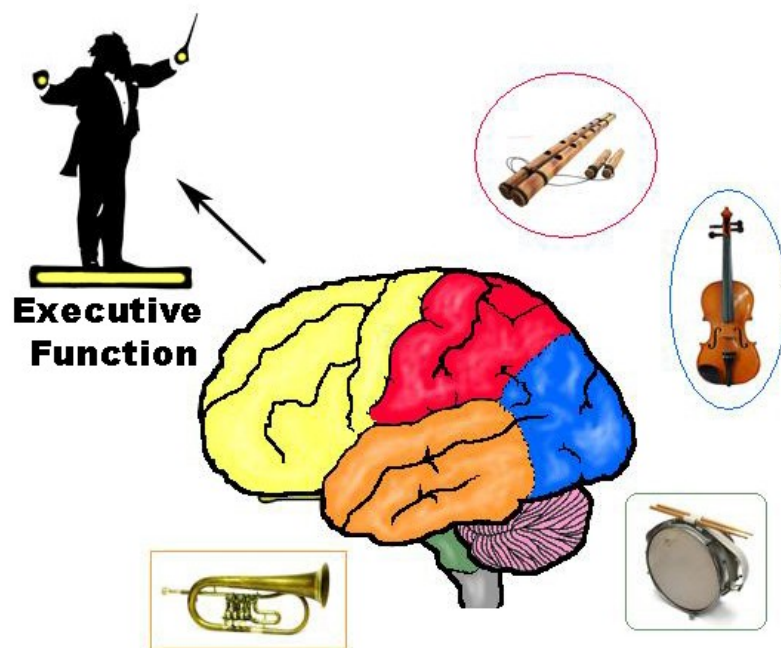
strøket på skolen. Det ble funnet en betydelig sammenheng mellom slike negative livshendelser og utføring av selvskading. I tråd med dette viser preliminære analyser fra den norske studien (Fikke, Landrø & Melinder, under forberedelse) at ungdom som i løpet av det siste året hadde utført minst to typer selvskading, i betydelig større grad enn ungdom som aldri hadde utført selvskading, kommer fra brutte familier.

Det har også blitt undersøkt om det er noen sammenheng mellom selvskading og ulike former for misbruk samt omsorgssvikt. I en studie (Zoruglu, et al., 2003) ble ungdommer i alderen 14 til 17 år bedt om å fylle ut spørreskjemaer for å fange opp om de hadde vært utsatt for fysisk, seksuelt og emosjonelt misbruk samt omsorgssvikt. Resultatene fra studien viste at selvskading i betydelig grad var forbundet med disse formene for misbruk og omsorgssvikt (Zoruglu, et al., 2003).

Kognitive faktorer

Kognisjon, den mentale aktivitet som er involvert i tilegnelsen og prosesseringen av informasjon, spenner over et vidt felt. På den ene siden har vi funksjoner som autobiografisk hukommelse hvor informasjon om oss selv og våre erfaringer lagres. På den andre siden har vi mer basale funksjoner som behandler sanseinntrykk, og som er mindre avhengig av bevisst kontroll og styring (du kan lese mer om dette i sammenstillingen om plasseringer, [Nasjonalt bibliotek for barnevern og familievern \(NBBF\)](#) 2008). Et stort område, som har direkte relevans for temaet i denne sammenstillingen, er eksekutive funksjoner. Eksekutive funksjoner (EF) er generelt relatert til den overordnede styring, kontroll og modulering av mentale prosesser. Mer spesifikt er disse funksjonene knyttet til evnen til å planlegge og gjennomføre oppgaver. Billedlig har EF blitt kalt kontorsjefen i hjernen eller dirigenten i orkesteret (se Figur 1).

Figur 1
Eksekutive funksjoner; dirigenten for hjerneorkesteret



Historisk har forskningen omkring EF vært basert på nevropsykologiske studier av pasienter med skader eller sykdommer i hjernens frontale områder (panelappen; prefrontal cortex). Slike hjerneorganiske tilstander i disse områdene kan gi ulike typer og grader av svekkelser i de eksekutive funksjoner. EF kan være svekket uten at personen har åpenbare fysiske/nevrologiske symptomer. Generelle kognitive funksjoner og generell læreevne trenger heller ikke å være påvirket i nevneverdig grad. Svekkelser i EF kan ofte påvirke personens mulighet til en god psykososial funksjon, noe som viser at kognitive funksjoner har en direkte innvirkning på det sosiale liv.

Systematisk undersøkelse av EF inngår som en sentral del av en nevropsykologiske undersøkelse. En velkjent metode er *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST). Her skal personen

som testes, finne fram til abstrakte prinsipper ved å sortere kort under løpende tilbakemelding. Sorteringsreglene endres så underveis uten at forsøkspersonen informeres om hvilke nye sorteringsregler som til enhver tid gjelder. Dermed må personen selv finne frem til disse gjennom de tilbakemeldinger som gis. WCST er kompleks og tester primært eksekutive funksjoner som fleksibilitet, perseverasjonstendens (at man holder fast ved en måte å gjøre eller å svare på) samt evnen til å fastholde et prinsipp over tid. Intakt arbeidsminne funksjon er også en forutsetning for alminnelig prestasjon på WCST. Arbeidshukommelsen er den delen av hukommelsen som er ansvarlig for midlertidig lagring og bearbeiding av informasjon. Du kan se hvordan WCST ser ut i Figur 2. Det finnes også andre hyppig anvendte eksekutive funksjonstester som for eksempel *Tower of London* (TOL). Her er fokus mer spesifikt på planleggingsevnen. Selv om nevropsykologisk utredning vanligvis gir et godt bilde av EF, kan enkelte pasienter ha sviktende EF i dagliglivet selv om de nevropsykologiske testene ikke er klart avvikende. Dette skyldes at testsituasjonen gir en solid struktur og at fravær av forstyrrelser kan gjøre det lettere å klare oppgavene, selv om personen har funksjonsvansker i nye og ustrukturerte situasjoner i hverdagen.

Figur 2
Testsituasjon



Et grunnleggende spørsmål innen dette området er om de ulike mentale prosessene som klassifiseres som EF, reflekterer samme underliggende mekanisme, eller om det er flere relaterte men uavhengige delfunksjoner, eller moduler. På den ene siden beskrives *en* eksekutiv enhet som styrer de andre modulene, og som kan forstås som en enhetlig mekanisme for kognitiv kontroll og oppmerksomhet (Baddeley, 1986). På den annen side tyder kliniske funn på at det kan være flere, delvis uavhengige komponenter av EF. For eksempel viser noen pasienter med skader i hjernens prefrontale områder store vansker på WCST, men ikke på TOL, mens mønsteret er omvendt for andre.

Basert på grundig gjennomgang av flere studier og empiriske analyser har Miyake og medarbeidere (2000) foreslått en modell som legger til grunn at det er tre hovedaspekter ved de eksekutive funksjonene. Denne modellen er hensiktsmessig som utgangspunkt for klinisk forskning innenfor dette området. Stikkordsmessig er disse tre dimensjonene ved de eksekutive funksjonene relatert til kognitiv fleksibilitet, aktiv og kontinuerlig oppdatering i arbeidshukommelsen og evnen til å hemme/inhibere en respons som er satt i gang. Disse tre delfunksjonene kan testes, hver og en for seg, med nevropsykologiske funksjonstester. Foreløpige resultater fra den norske studien referert ovenfor som gjør bruk av slike nevropsykologiske tester (Fikke, Landrø, & Melinder, under forberedelse), viser at visse typer selvskading henger mer sammen med spesifikke former av EF, mens andre typer selvskading er relatert til en annen eksekutiv funksjon. På noe sikt, kan behandlere kanskje bruke mer finstemte kartlegginger av EF for bedre å kunne identifisere og tilrettelegge for intervensjoner som er tilpasset den enkelte ungdoms typiske selvskadingsmønster.

Mentalisere

Mentalisering eller reflekterende funksjon utvikles gjennom barneårene. Mentalisering gjør barn i stand til å respondere ikke bare på andre personers atferd, men til ens *forestilling* av deres oppfatninger, følelser, håp, holdninger, intensjoner og planer (Fonagy & Target, 1997, 1998). Ved å knytte mentale tilstander til andre, blir folks atferd meningsfull og forutsigbar (Fonagy & Target, 1997, 1998). Teori om sinnet ("theory of mind," TOM) kan forstås som teorien om at selv og andre handler med intensjon, oppnår kunnskap om perspektiver og skiller mellom den faktiske verdenen og verdenen av drømmer og fantasi (Shirk & Russell, 1996). Evnen til å mentalisere kan forstås som det samme som å ha en TOM (Fonagy & Target, 1997). Å utforske meningen til andre personers atferd er en forløper for barnets evne både til å navngi egne psykologiske opplevelser og til å finne dem meningsfulle (Fonagy & Target, 1997). Mentalisering utgjør den mentale funksjonen som organiserer opplevelsen både av ens egen og av andres atferd i lys av mentale tilstandsbegreper (Fonagy & Target, 1997).

I tråd med dette kan en tenke seg at ungdom som driver med selvskading, har en svekket evne til å mentalisere. Det er mulig at de sliter med å sette ord på og forstå egne psykologiske opplevelser og derav også å kommunisere dem til andre. Selvskading kan da bli en måte å kommunisere egne opplevelser, behov og følelser på både overfor seg selv og andre. I et slikt lys, kan selvskading forstås som en destruktiv form for kommunikasjon om sine ønsker og behov. Evne til å navngi og forstå egne psykologiske opplevelser og behov er nært knyttet til affektregulering og impuls kontroll (Fonagy & Target, 1997) Således er dette nært forbundet med eksekutive kontroll funksjoner.

Vi går nå over til å diskutere en modell for emosjonsregulering som vi mener kan illustrere sammenhengen mellom emosjon og kognisjon. Et sentralt poeng er at det å regulere følelser foregår på et biologisk eller nevropsykologisk plan og som ikke er frikoblet fra de uttrykk vi gir følelsene.

Emosjonsregulering

Flere nevropsykologiske prosesser er viktige i forståelsen av emosjonell atferd hos mennesker (Phillips, Drevets, Rauch, & Lane, 2003). Dyrestudier, studier av mennesker med skader og sykdommer og studier med hjerneavbildningsteknikker, er relevante for å identifisere hvilke nevrale områder som er aktive i forhold til forskjellige nevropsykologiske prosesser, og som er av betydning når vi skal forstå vanlig emosjonell atferd hos mennesker. Forskningsfunn viser at disse prosessene kan være avhengig av to nevrale systemer, et ventralt system og et dorsalt system. Disse to systemene involverer til dels ulike hjernestrukturer.

Det ventrale systemet er viktig for å identifisere den emosjonelle betydningen av den informasjon som omgir en. Det er også viktig for produksjon av affektive tilstander og for den automatiske reguleringen av emosjonelle responser. Det dorsale systemet er viktig for eksekutiv fungering, slik som selektiv oppmerksomhet, planlegging og kraftanstrengende regulering av affektive tilstander og påfølgende atferd (se også avsnitt om EF). En viktig funksjon til det dorsale systemet er å hemme eller regulere de prosessene som hovedsakelig er avhengig av det ventrale systemet. Dermed er det et gjensidig funksjonelt forhold mellom de to systemene (Phillips, Drevets, Rauch, & Lane, 2003).

Følgende eksempel kan illustrere hvordan det ventrale og det dorsale systemet virker for å aktivere og regulere frykt. Hvis man går en tur i skogen og ser en hoggorm på stien foran seg,

er det ventrale systemet virksomt når en blir redd og når redselen automatisk reguleres, slik at redselen ikke løper løpsk. Mens det er det dorsale systemet som virker når en klarer å skjerpe oppmerksomheten mot den farlige hoggormen, planlegge hvordan en skal komme seg unna og ikke minst roe ned frykten på et mer bevisst plan.

Denne modellen for emosjonsregulering viser den nære forbindelse mellom kognisjon og emosjon. Mer spesifikt påpekes det at kognitive kontroll funksjoner påvirker det emosjonelle opplevelsesspekteret og uttrykket. Videre antyder dette noe helt grunnleggende om hvordan vi kan forstå psykopatologi, slik som selvskading hos ungdom: Dersom enten det ventrale eller dorsale systemet eller begge systemene ikke fungerer optimalt, kan dette være forbundet med avvikende emosjonell atferd og regulering. Over tid kan slik avvikende emosjonell regulering resultere i symptomer som er karakteristiske for ulike psykiske lidelser (Phillips et al., 2003), inklusive selvskading.

DEL III

AVDEKKING OG HJELP VED SELVSKADING

Avdekking av selvskading

Flere forhold er viktige å ta hensyn til hvis man mistenker, eller får kjennskap til at en ungdom utfører selvskading. Helt generelt er det i møte med personer som skader seg selv, sentralt å identifisere den vonde følelsen som vekker ubehag. Det er spesielt viktig å fokusere på situasjoner, tanker og tilstander forut for oppbyggingen av den vonde følelsen som fører til behovet for selvskading. Med andre ord er det viktigere å fokusere på hendelsene og tilstanden hos personen forut for selvskadingen, enn på selve selvskadingssituasjonen.

Slik det fremgår av tabell 1, er det en stor variasjon i atferd som kalles selvskading. Det finnes ikke vitenskaplig prøvde (evidensbaserte) intervensjoner som kan brukes for å behandle selvskading, men retningslinjer fra National Institute for Clinical Excellence (2004), viser til flere evaluerings- og behandlingsmetoder som kan virke effektive. Før vi går inn på disse, er det viktig å huske på at de fleste som driver med selvskading ikke har vært i kontakt med helsevesenet i det hele tatt. I en omfattende studie, CASE (Child and Adolescent Self Harm in Europe; Ystgaard, 2003), hvor også Norge deltok, var det ingen sammenheng mellom de med den mest alvorlige selvskadingen og personer i behandling. Andre studier viser at personer som skader seg selv holder selvskadingen skjult.

Selvskading er således et heterogent fenomen. Videre antyder forskningsfunn at antall typer selvskading en person utfører, er forbundet med generell svekkelse (Jacobsen & Gould, 2007). For eksempel er det funnet at antall metoder som brukes til å skade seg selv, kan predikere status med tanke på suicidforsøk (Nock, Joiner, Gordon et al., 2006). Denne

variasjonen i selvskading, både med tanke på hva slags spesifikke atferder en utfører og hvor mange forskjellige typer atferder en utfører, antyder at det er viktig å kartlegge nøye hva slags type(r) selvskading ungdommen faktisk utfører.

Når det har blitt kjent at en ungdom utfører selvskading, er det derfor viktig å kartlegge grundig hva slags type(r) selvskadingsatferd dette handler om. Ungdom kan tenke på nokså forskjellige atferder når de sier at de driver med selvskading. Noen kan tenke på at de pirker seg lett på huden en sjelden gang når de er nervøse i forkant av en tentamen, mens andre kan tenke på at de kutter eller skjærer seg dypt over store hudområder flere ganger i uka. Det er derfor viktig å finne ut av hva de legger i begrepet selvskading, gjerne ved å be dem komme med eksempler på hva de har gjort. Dette kan så følges opp med konkrete spørsmål om de også driver med andre typer selvskading som de ikke har snakket om. En grundig kartlegging hjelper oss å forstå typen og alvorligheten av selvskadingen. Som vi har sett, vil dette kunne ha betydning for vår forståelse av hva ungdommen trenger spesifikk hjelp med.

I den norske studien ble ungdom som utfører selvskading klassifisert inn i to selvskadingsgrupper basert på både alvorlighetsgraden og antall selvskadingsatferder de oppgav å ha utført. Majoriteten av ungdommene som ble klassifisert inn i ”lav-selvskadingsgruppen,” hadde utført selvskading som kunne kategoriseres inn i to av de tre hovedtypene, som presentert tidligere. Dette i motsetning til majoriteten av ungdommene som ble klassifisert inn i ”høy-selvskadingsgruppen,” som hadde utført selvskading som kunne kategoriseres inn i alle tre hovedtyper av selvskading. I tillegg hadde ungdommene i ”høy-selvskadingsgruppen” utført flere typer selvskading uavhengig av type selvskading, sammenlignet med ungdommer i ”lav-selvskadingsgruppen.” Preliminære analyser viser at ungdom fra ”lav-selvskadingsgruppen” har problemer med å hemme responser på

nevropsykologiske tester, noe som antyder viktigheten av å jobbe med å redusere impulsiviteten hos disse ungdommene. Dette kjennetegnet ikke ungdom fra ”høy-selvskadingsgruppen,” som strevde mer med arbeidshukommelsen (se avsnitt om EF ovenfor). Således synes gruppene å ha problemer med ulike aspekter av eksekutive kontroll funksjoner, som er helt sentrale for å regulere affekter. Fra en mer klinisk og praktisk side, illustrerer dette at ungdom som driver med ulike former for selvskading, har ulike terapeutiske behov.

Hjelperens holdning

Selvskading skjer ofte som en reaksjon på opplevelse av skam. Samtidig kan det å skade seg selv føre til skam for at man ikke makter å ta tak i vansker på en mer konstruktiv måte. Dette er viktig å tenke på i sammenhenger hvor personen som utfører selvskading, skal få hjelp. Muligheten for å oppleve skam i relasjon til hjelperen er tilstede, og uansett hvor godt egnet og empatisk hjelperen opptrer, må han/hun være åpen for at personer som skader seg selv, kan oppleve seg krenket i løpet av kontakten. Skam er en følelse som ofte resulterer i at den som opplever skam, prøver å unngå temaer som vekker nettopp denne følelsen. Dersom hjelperen går for fort frem i forhold til å ”sette ord på” forhold som ligger bak skamfølelsen, kan man risikere å ødelegge for fortsatt kontakt. For personen som utfører selvskading, kan en slik opplevelse dessuten bidra til mer skam – og mer selvskading.

Som gjennomgått tidligere, kan selvskading fungere som en hjelp til å regulere følelser. Spesielt gjelder dette for å redusere eller få bort vonde følelser, som tristhet, sinne og engstelse. Imidlertid viser forskning at det også kan være andre grunner til at ungdom utfører selvskading, selv om disse ikke synes å ha en like sentral rolle som det å regulere følelser (Jacobsen & Gould, 2007). I den norske studien (Fikke, Landrø & Melinder, under

forberedelse) oppgav for eksempel noen ungdommer at de skadet seg selv ”for å prøve å få en reaksjon fra noen, selv om det er en negativ reaksjon” og ”for å få andre til å oppføre seg annerledes eller endre seg.” Man kan se på selvskading som en sosial forsterkningsfunksjon hvor ungdommen bruker selvskading for å forandre på eller regulere ens sosiale miljø (Nock & Prinstein, 2004). Sosial- positiv forsterkning dreier seg om å bruke selvskading for å få oppmerksomhet fra andre eller for å få tilgang på materielle ting (Nock & Prinstein, 2004). På et spørreskjema om selvskading kan dette eksempelvis fanges opp dersom en ungdom krysser av for at grunner til å drive med selvskading er å ”få oppmerksomhet” og ”for at andre skal vite hvor desperat du var” (Lloyd-Richardson, et al., 2007). Sosial- negativ forsterkning omhandler å bruke selvskading for å flykte fra mellommenneskelige oppgavekrav (Nock & Prinstein, 2004). På et spørreskjema om selvskading kan dette eksempelvis fanges opp dersom en ungdom krysser av for at grunner til å drive med selvskading er ”for å unngå skole, arbeid eller andre aktiviteter” og ”for å unngå å måtte gjøre noe ubehagelig du ikke vil gjøre” (Lloyd- Richardson, et al., 2007). Slike grunner synes å ha til felles et ønske om å påvirke andre personer som ungdommen har en relasjon til. Dette kan dreie seg om å få noe man trenger, som oppmerksomhet, eller å fjerne noe ubehagelig, som å slippe å gå på skolen når man for eksempel er så trist at tanken på å gå ut er uutholdelig.

I lys av slike grunner eller motiv kan selvskading bli forstått på flere måter. Ofte har selvskading blitt omtalt som et forsøk på å manipulere andre, som en veloverveid strategi for ”å få det som en vil” når slike motiv har vært oppgitt av ungdommen. En slik forståelse kan lett føre til negative holdninger mot ungdommen som driver med selvskading, og det kan igjen resultere i at en som behandlingsteam blir enige om å overse selvskadingen.

En annen forståelse av selvskading som oppgis å utføres av slike grunner, er at selvskadingen er en måte å kommunisere på. I en slik forståelsesramme kan en tenke seg at ungdommen faktisk mangler ord og adaptive måter å uttrykke seg på både i forståelsen av egne opplevelser og i forhold til andre. Dermed blir selvskading en destruktiv form for å kommunisere sine ønsker og behov både til seg selv og til omverdenen. En kan tenke seg at en slik forståelse av selvskading vil utløse en mer empatisk og tålmodig holdning hos hjelperen. Dette kan igjen resultere i at en sammen med ungdommen kan bruke selvskadingsepisodene til å utforske og sette ord på hva ungdommen trengte og hvordan han/hun kunne kommunisert dette til viktige andre på en mer adaptiv måte.

Behandlingsformer

Man kan dele behandlingsintervensjoner inn i tre hovedområder når det gjelder behandling og hjelp til personer som driver med selvskading. Noen vil fokusere på behandlingen av bakenforliggende traumer. Andre jobber med teknikker for å stoppe den skadelige atferden. Den tredje tilnærmingen er å lære inn og øve på andre mestringsstrategier. De siste årene er det utviklet flere behandlingsformer som er spesielt tilrettelagt for personer som utfører selvskading (Mehlum & Holseth, 2009). De mest kjente behandlingsformene er Skjemafokusert terapi (SFT), Dialektisk adferdsterapi (DBT), Mentaliseringsbasert terapi (MBT), Manual assistert kognitiv terapi (MACT), og til sist Overføringsfokusert terapi (TFT). Vi beskriver kortfattet den dialektiske atferdsterapien siden den på mange måter tar utgangspunkt i modellen om emosjonsregulering som vi tidligere har beskrevet.

Dialektisk atferdsterapi

I Norge undersøker man nå effektene av (DBT) i forhold til ungdommer i en multisenterstudie som er et samarbeid mellom Seksjon for Selvmordsforskning og forebygging, NOVA og

Nasjonalt folkehelseinstitutt. DBT er i utgangspunktet en metode utviklet for mennesker med selvmordstendenser og for personlighetsforstyrrelse, men har etter hvert blitt tilpasset andre problemområder som ungdommer med selvskading. Utgangspunktet for DBT er at man mener personer som skader seg selv, har vansker med å kontrollere sterke følelser og reaksjoner. Derfor må slike strategier læres. Samtidig innser man at skammen som ofte følger personer som driver med selvskading, kan hindre en positiv læringsprosess. DBT fokuserer intervensjoner spesielt i forhold til noen sentrale områder. Først ser man at den manglende/svekkede emosjonsreguleringen leder til emosjonelle svingninger. Spesielt sinne synes å være en fremtredende affekt. Dårlig emosjonsregulering bidrar også til impulsivitet og til selve atferden; selvskading. Derneft kan frykten for å bli avvist, ikke minst på grunn av selvskadingsatferden, resultere i at mellommenneskelige relasjoner blir vanskeliggjort. Intens pendling mellom nære og distanserte relasjoner er ofte kjennetegnende. Den negative selvoppfatningen som følger mange personer som utfører selvskading, kommer til uttrykk gjennom selvbebreidelser, skamfølelse og kan resultere i følelse av tomhet og depresjon.

Ungdom som driver med selvskading kan få hjelp i vesentlig større utstrekning dersom vi i større grad forstår atferden som kommunikasjon og en varslng om vansker med å regulere følelser. Å bidra til i ulike grad å sette ord på de vanskelige følelsene som kan ligge under selvskadingen, er en meningsfull oppgave for hjelpere i alle ledd. Ved at man som hjelper sammen med ungdommen utforsker og setter navn på opplevelsene til ungdommen, vil ungdommen i stadig større grad kunne symbolisere sine opplevelser og derved også øke egen evne til å regulere sine følelser. Parallelt med denne utforskingen og økte forståelsen av egne opplevelser og følelser, vil man samtidig åpne for muligheten av at det foregår en oppøving eller trening av de eksekutive funksjonene hos ungdommen.

ETTERORD

Selvskading er et viktig område å ha fortsatt fokus på. Den alvorlige problematikken krever at hjelpere i alle ledd, myndigheter og forskere tar sitt ansvar for å tydeliggjøre hvilke underliggende vansker som personen som skader seg selv, sliter med. Gjennom eksplisitt å adressere problematikken tror vi at personer som skader seg selv på sikt vil oppleve at også deres vansker blir tatt på alvor. Sammenstillingen har på ingen måte en fullstendig redegjørelse av selvskadings opprinnelse, utvikling og løpende dynamikk. Likevel håper vi at den kan motivere leseren til å se på selvskading som et komplekst fenomen man er nødt å ha mange perspektiver på. Selv om denne sammenstillingen har understreket og fremhevet kognitive faktors betydning, betyr ikke det at andre aspekter ikke kan være like viktige. Ved å utvikle mer kunnskap om bakenforliggende faktorer, om hvordan selvskadingsatferd skal avdekkes og hvordan hjelpen kan bringes frem på best mulig måte, kan mange unge mennesker som sliter med å regulere følelser og som opplever å ikke ha ord for prosesser som skjer i og omkring dem, bli bedre sett. For noen ungdommer utvikler selvskadingsatferden seg til mer langvarige psykiske tilstander, med tilhørende invalidiserende liv og alvorlige symptomer. Det vil alltid være et tap for samfunnet når en ungdom ikke kan virkeliggjøre de håp og ta de valg som han eller hun hadde ønsket å gjøre. Derfor må vi bli bedre til å forebygge selvskadingsatferd, differensiere den og begrense følgene av selvskadingen.

REFERANSER

- Baddeley, A. (1986). Working memory. Oxford: Oxford University Press.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1), 87-114.
- Garrison, C. Z., Addy, C. L., McKeown, R. E., Cuffe, S. P., Jackson, K. L. & Waller, J. L. (1993). Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 2(4), 339-352.
- Jacobson, C. M. & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129-147.
- Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions on non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37(8), 1183-1192.
- Mehlum L, Holseth K. (2009). Selvskading - hva gjør vi? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 8(129), 759-62.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324–333.

Muehlenkamp, J. J. & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 12-23.

Muehlenkamp, J. J. & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69-82.

Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.

National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm: the short term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Clinical guideline 16. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004.
www.nice.org.uk/Guidance/CG16 (27.2.2009).

Nock, M., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research* 144, 65–72.

Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890.

Phillips, M. L., Drevets, W. C., Rauch, S. L., & Lane, R. (2003). Neurobiology of emotion perception I: the neural basis of normal emotion perception. *Biological Psychiatry*, 54(5), 504-514.

Ross, S. & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.

Shirk, S. R., & Russell, R. L. (1996). *Change processes in child psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Skegg, K. (2005). Self-harm. *Lancet*, 366, 1471-83.

Walsh, B. W. (2005). Treating self-injury: A practical guide. New York, NY: Guilford Press

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 725-735.

World Health Organization (1993). The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders.

Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savas, H. A., Ozturk, M., et al. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 119-126.

Les mer om selvskading på nettet:

Psykolog Svein Øverland og forfatter av boken *Selvskading - en praktisk tilnærming* (fagbokforlaget) har skrevet denne artikkelen til DIXI som omhandler behandling og fokus på mestring av selvskading:

<http://www.dixi.no/behandling-av-selvskading.550139-76665.html>

Hvordan en person som skader seg selv tenker, kan du lese om her: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1831145

Noen bøker:

Moe A, Ribe K. *Selvskadingens dynamikk*. Oslo Universitetsforlag, 2007.

Søndergård PS. *Når livet gør ondt. Om selvskadende adfærd blandt unge*. Kroghs forlag, 2007.

Plante LG. *Bleeding to ease the pain. Cutting, self-injury, and the adolescent search for self*. Praeger, 2007.

Sutton J. *Healing the hurt within. Understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds*. Oxford: How to Books, 2007.