



Fænomen ■ Af Katrine Keller Sørensen

■ Selvskadende handlinger og selvskadende adfærd er et aktuelt tema i ungdomsdebatten. Problemets omfang blandt unge har vakt opsigt og er blevet undersøgt både internationalt og herhjemme (fx Zöllner, 2002a;b).

I forlængelse heraf melder sig en række spørgsmål, når man som psykolog og behandler støder på en ung, som skader sig. Hvordan skal handlingen forstås? Hvor alvorligt er det? Hvad stiller man op?

I 2006-2008 afvikledes i Behandlingsafdelingen på Ungdomscentret i Århus Kommune et projekt rettet mod en 'opkvalificering af indsatsen til unge med selvskadende handlinger' [1]. Projektets fokus var blandt andet at integrere viden fra undersøgelser og forskning med behandlingsarbejdet. Målet var at kvalificere behandlingen og udvikle redskaber til udredning og behandling af selvskade ved unge i alderen 13-18 år.

Hvad er selvskadende handlinger?

Betegnelsen 'selvskadende handlinger' eller 'selvskadende adfærd' dækker over en bred kategori af handlinger. Handlingerne har det fællestræk, at de afstedkommer en fysisk skade på personen selv af et givet omfang.

Groft kan man inddele handlingerne i *direkte* eller *indirekte* skadende handlinger (Pattison & Kahan, 1983). *Direkte* selvskadende handlinger er handlinger, hvor skaden er en direkte, umiddelbar konsekvens af handlingen. Handlingen er korterevarende i tid, og personen vil være mere eller mindre bevidst om, at den fysiske skade sker. Der kan fx være tale om forgiftninger eller selvskade i form af at skære eller brænde sig. Selvskade, som har en *indirekte* karakter, er handlinger, hvor skaden bliver en indirekte, sekundær konsekvens, som opstår, når adfærden fastholdes igennem længere tid. Dette gælder eksempelvis de fysiske



Når smerten vender indad

Antallet af selvskadende unge har de seneste år været stigende. Hvordan skal man som psykolog og behandler forstå den selvskadende handling, hvor alvorligt er det, og hvad stiller man op?

skadevirkninger ved spiseforstyrrelser eller alkoholmisbrug.

Handlinger af direkte og indirekte karakter kan optræde på samme tid, eller de selvskadende handlinger kan løbende skifte form. På Ungdomscentret var de *direkte former* for selvskade fokus for projektet.

Kan inddeles i "typer"

Man kan udlede særlige adfærdsmæssige mønstre eller forskellige symptombilleder ved selvskadende handlinger. En af foregangsmændene er den amerikanske forsker Armando Favazza (Favazza & Simeon, 1995; Favazza, 1996; 1999), hvis opstilling af forskellige "kategorier" af selvskade løbende vinder indpas.

Overordnet inddeles handlingerne i tre hovedkategorier: svær, stereotyp og moderat-overfladisk selvskade.

Moderat-overfladisk selvskade er ifølge Favazza den mest almindelige form og tæller den form for selvskade, der ofte ses ved de unge – herunder at 'skære' eller 'snitte' sig, brænde sig, banke hovedet ind i væggen mv. Der vil ofte være tale om brug af redskaber til at skade sig med. Den selvskadende handling sker gerne med henblik på at opnå hurtig lettelse fra særlige tanker og følelser eller for at opnå selvkontrol. Selvskaden har med andre ord *en funktion* for den, der skader sig.

Forskningen peger generelt på, at selvskade skal forstås ud fra et funktionelt perspektiv (fx Suyemoto, 1998; Nock & Prinstein, 2004). I en oversigtsartikel konkluderer Suyemoto (1998), at handlingerne kan have forskellige funktioner for forskellige personer i forskellige situationer. De funktioner, som man i undersøgelser har fundet at selvskadende handlinger tjener, kan med Nock & Prinstein (2004) inddeles i fire overordnede grupper:

>



> *Automatisk-negativ reinforcement:* Brug af selvskade til at opnå en lettelse fra eller stoppe spænding (tension) og andre ubehagelige følelsetilstande. Eksempelvis at få tristhed, vrede og angst til at høre op eller at afslutte en dissociativ tilstand. Denne funktion er den mest udbredte (Klonsky, 2006).

Automatisk-positiv reinforcement: Brug af selvskade til at frembringe eller skabe, frem for at fjerne eller stoppe, en tilstand. Eksempelvis at føle smerte for at føle *noget* eller at føle sig straffet.

Social-negativ reinforcement: Brug af selvskade for at undgå krav eller straf fra andre.

Social-positiv reinforcement: Brug af selvskade til at opnå noget og få opmærksomhed fra andre. Bemærk, at opmærksomhed her ikke nødvendigvis skal forstås i en negativ, manipulerende betydning, men også som en metode til at kommunikere til omverdenen, at noget er galt.

Da de selvskadende handlinger kan have forskellige funktioner, også for den samme person, bliver det vigtigt at afdekke, hvilken funktion handlingen har *for denne person i denne specifikke situation*.

Favazzas kategori moderat-overfladisk selvskade underinddeles i tre typer: *episodisk*, *repetitiv* og *kompulsiv* selvskade. Denne underinddeling er interessant i praksis, da der herved gives hjælp til at bedømme omfang og alvor af den unges selvskade ud fra flere parametre – og hermed opnås et tydeligere billede af den unges behandlingsbehov [2].

Repetitiv, episodisk og kompulsiv selvskade

Repetitiv selvskade er en type selvskade, som i de seneste år har fået megen opmærksomhed, og som i daglig tale til tider benævnes 'cutting'. Der kan og vil dog også være tale om selvskade ved andre metoder end at skære sig, eller multiple metoder. Repetitiv selvskade er kendetegnet ved, at den unge:

- Er meget optaget af at skade sig selv (tankerne kredser om det).

- Tilbagevendende ikke er i stand til at modstå en impuls, en drift eller tilskyndelse til at gennemføre en skadelig handling.
- Føler spænding eller ophidselse forud for handlingen.
- Oplever lyst, tilfredsstillelse eller lettelse i forbindelse med handlingen.
- At handlingen ikke er et udslag af bevidst suicidal intention og ikke sker som følge af tvangsforestillinger, hallucinationer, transseksuelt fikserede idéer eller alvorlig mental retardering.

Herhjemme har især ledende psykolog på Rigshospitalets psykiatriske klinik Bo Møhl beskæftiget sig med denne lidelse eller tilstand (Møhl, 2005). Selvskaden får karakter af en egentlig afhængighedstilstand, hvor adfærden ser ud til at have fået et eget liv. Selvskaden kan blive en integreret del af selvbilledet, dvs. den unge har helt eller delvist udviklet en selvidentitet som eksempelvis 'cutter' eller 'burner' (Favazza, 1996), hvilket har en væsentlig betydning for motivationen for behandling.

Betegnelsen *repetitiv selvskade* vil gøre sig gældende for en gruppe af de unge, der gør skade på sig selv – men ikke alle. Fordi en ung har skåret i sig selv, kan man ikke slutte, at der nødvendigvis er tale om en adfærd af ovenfor beskrevne art og omfang.

Her bliver undergruppen *episodisk selvskade* interessant. Episodisk Selvskade ligner som udgangspunkt repetitiv selvskade, men handlingerne har ikke samme omfang og er mindre tvangsprægede. Episodisk selvskade er kendetegnet ved:

- At ske engang imellem.
- At der ofte ikke tales om den.
- At personen ikke identificerer sig med at være 'cutter' eller 'burner'.
- At selvskaden som ved repetitiv selvskade sker med henblik på at opnå hurtig lettelse fra belastende tanker, svære følelser eller for at opnå/generobre selvkontrol.
- At selvskaden kan være et symptom på eller relateret til angst, dissociative forstyrrelser, depression, personlighedsforstyrrelser mv.

Favazza (1996) påpeger, at man ikke kan opstille et givet antal selvskadende episoder som skillelinje mellem episodisk og repetitiv selvskade. De to er imidlertid væsensfor-

skellige på flere områder. Ved repetitiv selvskade har personen mindre grad af kontrol over handlingerne, ved repetitiv selvskade er der tale om en tilstand af afhængigheds-lignende karakter, og ved repetitiv selvskade har personen identitet investeret i adfærden. Hermed menes, at man oplever sig selv som fx 'cutter' eller 'burner', at adfærden er et integreret del af selvbilledet og kan bidrage til selvfølelsen.

Det følger heraf, at en ung kan have skadet sig en del gange, uden at der er tale om repetitiv selvskade.

I vores praksisvirkelighed har vi fundet, at der er god ræson i at skelne imellem repetitiv og episodisk selvskade ved de unge, vi får ind. Ud fra et pragmatisk perspektiv kan man sige, at typerne giver mening og vækker genklang i praksis – både for behandlere og for de unge.

Den 3. undergruppe i kategorien moderat-overfladisk selvskade er *kompulsiv selvskade*. Den kompulsive form er i endnu højere grad end repetitiv selvskade præget af gentagelsestvang. Adfærden kan helt eller delvist være automatiseret og ritualiseret. Lidelsen trikotillomani (hårplukning) hører til denne gruppe.

For de nævnte typer gælder det, at der ikke i praksis er tale om skarpt adskilte 'kasser'. Snarere eksisterer der grænzoner imellem typerne, og man kan befinde sig i grænselandet.

Det er i denne sammenhæng vigtigt at fremhæve grænsefladen til *selvmordsadfærd*. De ovennævnte typer kan alle optræde sammen med selvmordsadfærd, dvs. selvmordstanker, selvmordsfantasier, -planer, -forberedelser og -forsøg. En grundsætning for arbejdet med selvskadende handlinger er således altid løbende at foretage en vurdering af selvmordsrisikoen!

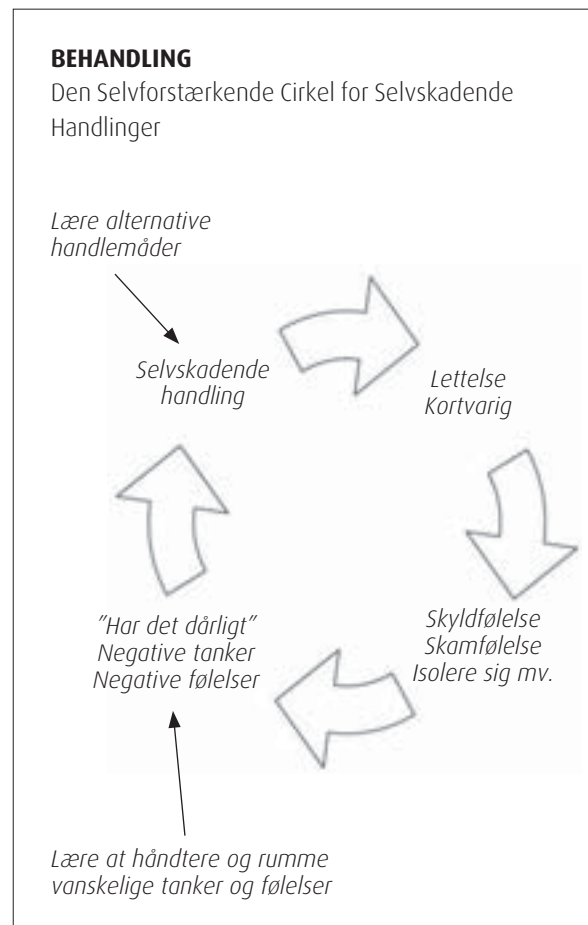
Hvordan forstå selvskadende handlinger?

Selvskadende handlinger har det karakteristikum, at selve handlingen kan være skræmmende og det visuelle element kan tiltrække sig opmærksomheden. Overordnet betraget er selvskadende handlinger dog ikke problemet, men *løsningen* på et problem, og det er vigtigt at få afdækket, hvori de bagvedliggende problemer består. Ved repetitiv selvskade må man i tillæg sige, at adfærden faktisk i sig selv er blevet problemet – eller et nyt problem, som også kræver fokuseret behandling.

Selvskadende handlinger tjener en funktion, og funktio-

nen er vigtig at kortlægge ud fra tanken om at erstatte den selvskadende handling med anden adfærd, der på mere hensigtsmæssig vis kan hjælpe i situationen. Som udgangspunkt vil et behandlingsmål altid være ophør af de selvskadende handlinger. I forlængelse heraf bliver det væsentligt at hjælpe personen til at finde alternative handle-måder *inden* man går ind i bagvedliggende tanker og følelser; Ellers risikerer man at rippe op i det, der er svært eller belastende, uden at personen har nogle forudsætninger for håndtering heraf på anden vis end den kendte - selvskaden. Processen kan illustreres ved hjælp af Den Selvforstærkende Cirkel for Selvskadende handlinger (Figur 1).

Figur 1



FAKTA ■ Mere om emnet –

På Ungdomscentret i Århus er systematisk arbejdet på en opkvalificering af arbejdet med selvskadende unge. Viden fra projektet samt Huskekort og Arbejdshæfte til udredning af selvskadende handlinger er tilgængelig på Århus Kommunes hjemmeside www.tagansvar.dk. En teoretisk udvidet udgave af denne artikel er desuden at finde her.



> Modellen viser den negative cirkularitet, som unge, der skader sig, kan blive fanget i. Udgangspunktet er belastende eller svære tanker og følelser, som fører til den selvskadende handling, ofte fordi den unge ikke mestrer mere hensigtsmæssige måder at håndtere dem på. Der vil tit være tale om negative tanker og følelser, men også en positiv følelse som 'glæde' kan føre til selvskade, hvis følelsen fx afstedkommer den negative automatiske tanke: 'Jeg fortjener ikke at være glad'.

Mange, der arbejder med selvskadende handlinger, vil vide, at selvskaden desværre fungerer og er en effektiv metode til at skabe en bedring eller en lettelse. Denne tilstand er imidlertid kortvarig og vil efter et varieret tidsrum skifte til skamfølelse, skyldfølelse, tilbagetrækning og isolation. Disse negative følgevirkninger gør den unge mere sårbar for at ende ved udgangspunktet.

Vi benytter modellen psykoedukativt i arbejdet med de unge og møder stor genkendelse.

Behandling ved selvskadende handlinger

Forståelsesrammen for arbejdet i behandlingsafdelingen på Ungdomscentret er kognitiv adfærdsterapi. I arbejdet med selvskadende unge anbefales forløbet at indeholde seks

overlappende faser, hvor *motivationsarbejde* er medtaget som indledende punkt (efter bl.a. Mørch & Fabricius, 2001): 1. Motivation og alliance, målsætning. 2. Situations- og problemanalyse. 3. Reduktion via udvikling af alternative strategier. 4. Omstrukturering af tænkningen i problemsituationer. 5. Omstrukturering af leveregler og skemata. 6. Glidende afslutning og tilbagefaldsforebyggelse

Tilbagefaldsforebyggelsen er et vigtigt led i den afsluttende fase. Nøje analyse af risikosituationer og en plan for, hvordan de gribes an, er væsentlig for fastholdelse af nye strategier. Viden om, at tilbagefald kan og ofte vil ske, kan desuden være betydningsfuld for både behandler og den unge, så selvskade-episoder under og efter terapien ikke opleves som manglende fremgang i det hele taget.

I arbejdet med selvskadende unge er det vigtigt at vise, at det her er et emne, jeg som terapeut ved noget om, og som det er ok at tale om. Det kan man gøre ved at tale åbent og direkte om selvskadende handlinger og ved at fortælle om, hvordan andre unge oplever det. Man bør bede om at se den unges sår og ar, da unge ikke altid selv giver en præcis beskrivelse af dem, men kan enten over- eller undervurdere skadens omfang. Her bør man forholde sig nøgternt og ikke-dømmende. Som voksen og som behandler er det



af betydning, at man anerkender og accepterer problemet og den smerte, der ligger bag, men ikke den selvskadende handling som en løsning.

Det tilstræbes at lave en aftale med den unge om så vidt muligt ingen, alternativt reduceret selvskade til næste møde.

Det kan anbefales, at man som første interventionspunkt i samarbejde med den unge identificerer og afprøver alternative handlemåder. Disse kan med fordel skrives ned på et 'huskekort' [3]. Efterfølgende optages arbejdet med bagvedliggende tanker og følelser.

Fokus for behandlingen vil afhængige af den problemliste og det målhierarki, der i fællesskab udarbejdes. Da selvskaden generelt tjener nogle af de samme funktioner, vil særlige fokusområder imidlertid gå igen. Det gælder bl.a. arbejde inden for *følelshåndtering*, *kommunikation* og *problemløsning*. Selvskadende handlinger kan benyttes som metode til at tackle problemer som konflikter, mobning og en række andre situationer, som skaber ubehag, skam, skyldfølelse mv. Den unge har som regel svært ved at italesætte og bringe smerten uden for sig selv, hvor den kan opløses, deles og undersøges. Behandlingen vil i forlængelse heraf ofte fokusere på både den unges egen evne til at rum-

me og håndtere negative følelser og på at blive bedre til ikke at hemmeligholde det, der er svært.

Inddragelse af forældrene er et centralt aspekt i behandlingen på Ungdomscentret. Der er ikke tale om egentlig familiebehandling, men forældrene inviteres løbende til samarbejds møder, hvor det drøftes, hvordan de bedst kan støtte op om den unges behandling. Endvidere får forældrene tilbudt psykoedukation i selvskadende adfærd.

Det er vores erfaring, at ved episodisk selvskade kan de selvskadende handlinger bringes til ophør med relativt få samtaler, afhængig af de bagvedliggende problemers omfang. Repetitiv selvskade kræver længere og mere fokuseret behandling. Dette kan skyldes det 'belønningssystem', som er opstået, men også adfærdens integrerede rolle i personens identitet og selvbillende. Heraf følger, at adfærdens kan have udviklet sig til 'en god ven' eller min egen personlige og private beskæftigelse, men også at handlingerne faktisk kan øge selvfølelsen (fx 'Jeg kan udholde mere smerte end andre', eller 'Jeg skærer dybere end de andre'). Disse forhold kan føre til en ringe grad af motivation for at stoppe med selvskaden.

Katrine Keller Sørensen, cand.psych.,
Ungdomscentret i Århus

>



REFERENCER ■

- > Conterio, K. & Lader, W. (1998) *Bodily Harm. The breakthrough program for self-injurers*, Hyperion, NY.
- Favazza, A. (1996) *Bodies under Siege*, the Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Favazza, A. (1999) Self-mutilation, I *The Harvard Medical School Guide to Suicide assessment and Intervention*, 1999, s. 125-145, Jacobs, Douglas G.; San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Klonsky, E.D. (2006) The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence, *Clinical Psychology Review*, vol. 27, s. 226-239.
- Levenkron, S. (1998) *Cutting. Understanding and Overcoming Self-Mutilation*, W.W. Norton and Company, NY/London.
- Linehan, M. (2004) *Manual til dialektisk adfærdsterapi – færdighedstræning*, dansk udgave 2004, Dansk psykologisk Forlag.
- Linehan, M. (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press.
- Møhl, B. (2005) At skære smerten bort, *Psyke & Logos*, 26, s. 98-117.
- Mørch, M. & Fabricius, A. (2001) Kognitiv terapi af unge med impulsforstyrrelser, *Tidsskrift for norsk lægeforening*, vol. 38, s. 725-734.
- Nock, M. & Prinstein, M. (2004) A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.72, No. 5, 885-890.
- Simeon, D. & Favazza, A. (2001) Self-injurious behaviors. Phenomenology and assessment. I *Self-injurious behaviors. Assessment and treatment*, American Psychiatric Publishing Inc., Washington DC.
- Suyemoto, K.L. (1998) The functions of self-mutilation, *Clinical Psychology Review*, vol. 18, s. 531-554.

Walsh, B.W. (2006) *Treating Self-injury, A Practical Guide*, The Guilford Press, NY.

Zöllner, L. (2002a) Unges (Mis-)trivsel, Center for selvmordsforskning, 2002.

Zöllner, L. (2002b) Hør dog efter hvad jeg ikke siger, *Nul – Fjorten*, vol.3, s. 60-64.

NOTER ■

[1] Socialministeriet bevilgede i 2005 midler til projektet, der er udført i samarbejde med Center for Selvmordsforebyggelse, Risskov.

[2] Det skal understreges, at det altid er alvorligt, når et barn eller en ung vælger at skade sig selv. Ikke desto mindre kan handlingerne variere i fysisk skadesomfang, hyppighed mv.

[3] Endvidere kan i terapien opstillede alternativer, analyser og tegninger affotograferes med den unges mobiltelefon, så den unge har sin egen kopi med sig.