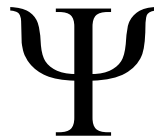




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*Selvskading blant ungdom: Review og pilotstudie*

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Mette Kvisten Steinan**

Høst 2005

Veileder: Norman Anderssen  
Institutt for samfunnspsykologi

## Sammendrag

Studien har hatt som mål å kartlegge nyere kunnskap om selvskading blant ungdom i den generelle befolkningen, som ser ut til å være et voksende psykisk helseproblem blant unge. Dette ble utført gjennom en review av sentrale fagartikler og en pilotstudie som intervjuet 3 elever ved videregående skoler som hadde erfaringer med å skade seg selv. En review av 30 sentrale nyere fagartikler om selvskading blant ungdom i tidsrommet 1996-2005 identifiserte risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer, psykologiske forklaringsmekanismer, situasjonsfaktorer, funksjon, utfall og opprettholdende faktorer ved selvskading. Den kvalitative pilotstudien som ble utført med semistrukturerte intervjuer, tyder på at det kan finnes spesielle fellestrekk blant ungdom som skader seg, men at det er store individuelle forskjeller. Hovedkonklusjonene etter review og pilotstudie er at en viktig funksjon ved selvskading er affektregulering, at ungdom som skader seg er ungdom som allerede har erfart vanskeligheter med psykiske lidelser, familie, skole og atferd, og at forholdet til jevnaldrende er viktig fordi faktoren som sterkest påvirker selvskading blant ungdom er at andre jevnaldrende skader seg, og at det er til andre jevnaldrende ungdommer går for å få hjelp og støtte når de opplever vanskeligheter.

## **Abstract**

The aim of this study was to review and summarize recent knowledge of deliberate self-harm among adolescents, which appear to be an increasing mental health problem. The study consisted of a review of essential literature and a pilot study where 3 pupils in senior high schools, who had experiences from deliberate self-harm, were interviewed. The review of 30 central and recent articles about deliberate self harm among adolescents in the period 1996-2005, identified risk factors for self-harm, protective factors, psychological mechanisms of self-harm, situation factors and triggers, functions, outcome, and maintaining factors of deliberate self-harm among adolescents. The qualitative pilot study, based on semi structured interviews, found that although several similarities among adolescents who self-harm can be identified, there are important individual differences. Main conclusions from the review and pilot study are: 1) The emotion regulation is a major function of self-harm. 2) Adolescents who self-harm have had experiences with psychological problems or problems with family, school, or behaviour. 3) Relations to peers are important since peers who had self-harmed was the strongest factor to influence self-harm, and since adolescents turn to their peers and friends for help and support when experiencing problems.

## Innholdsfortegnelse

<b>1. Introduksjon .....</b>	<b>2</b>
1.1. Bakgrunn og siktemål.....	2
1.2. Begrepet selvskading.....	2
1.3. Forekomst og prevalens. ....	6
1.4. Avgrensninger og problemstillinger.....	8
<b>2. En review og sortering av feltet 'selvskading blant ungdom' .....</b>	<b>9</b>
2.1. Oversiktsmodell over psykologisk forskning om selvskading blant ungdom.....	9
2.2. Risikofaktorer.....	12
2.3. Beskyttelsesfaktorer .....	16
2.4. Psykologiske forklaringsmodeller.....	17
2.5. Hendelser som går forut for selvskadingen.....	21
2.6. Følelser som går forut for selvskadingen .....	21
2.7. Selvskadingsepisodenes mål, funksjon og virkning.....	22
2.8. Utfall.....	23
2.9. Opprettholdende faktorer .....	24
2.10. Særtrekk ved studiene .....	25
2.11. Oppsummering .....	26
<b>3. Pilotstudie om selvskading blant ungdom.....</b>	<b>27</b>
3.1. Metode.....	27
3.2. Analyse.....	31
3.3. Resultater.....	34
<b>4. Diskusjon.....</b>	<b>42</b>
4.1. Oppsummering så langt.....	42
4.2. Viktige tema fra review og pilotstudie .....	44
4.3. Metodiske begrensninger .....	47
4.4. Behandling .....	49
4.5. Forebygging .....	49
4.6. Konklusjon og avslutning.....	53
<b>Referanser .....</b>	<b>55</b>
<b>Vedlegg 1: Intervjuguide .....</b>	<b>59</b>
<b>Vedlegg 2: Invitasjon til å delta i forskningsprosjekt .....</b>	<b>61</b>

## 1. Introduksjon

### 1.1. Bakgrunn og siktemål

Selvskadende atferd blant ungdom ser ut til å være et fenomen som berører en stor del av ungdomsbefolkningen (et sted mellom 7 og 20% anslås å skade seg selv i løpet av livet), og anses som et økende problem for ungdom i industrialiserte land (Evans, Hawton, & Rodham, 2005; Hawton et al., 2003; Yip, 2005). Fenomenet har fått oppmerksomhet fra forskere, men forskningsresultater er lite sammenlignbare på grunn av ulike forskningsmetoder og operasjonalisering av selvskadingsbegrepet. Selvskading blant ungdom er derfor fortsatt et område som er lite utforsket (Gratz, Conrad, & Roemer, 2002; Ross & Heath, 2002). Selvskadende atferd blant ungdom anses nå som et voksende helseproblem hvor det foreløpig eksisterer få overbevisende forskningsfunn om effektive behandlingsformer (Sinclair & Green, 2005).

Siktemålet med denne oppgaven er å gi en tentativ oversikt over psykologisk kunnskap om selvskading blant ungdom. Oppgaven er delt i fire deler: Del en, eller introduksjonsdelen, vil avklare begrepet og redegjøre for forekomsten av fenomenet selvskading. Del to vil foreta en review og sortering av nyere litteratur om selvskading blant ungdom, og den tredje delen av oppgaven presenterer resultater fra en kvalitativ forundersøkelse av fenomenet hvor vi har intervjuet tre ungdommer med erfaringer om selvskading. Del fire vil samlet diskutere viktige funn og gjennomganger fra de foregående delene.

### 1.2. Begrepet selvskading

Forskningsfeltet selvskading er preget av lite konsensus angående definisjonen av begrepet selvskading (Wagner, Wong, & Jobes, 2002). Favazza var en av de første som forsøkte å definere begrepet selvskading, og han definerte det som en direkte og intendert ødeleggelse eller endring av sitt eget kroppsvev uten selvmordsintensjon. Definisjonen inkluderte ikke selvmordsforsøk, indirekte selvskadingsmetoder (som det å sulte seg), svelging av objekter (som for eksempel glass), eller narkotika (overdose) (Favazza, 1996). Andre forskere inkluderer handlinger som det å forgifte seg eller ta overdose av narkotika, svelge glass eller begå selvmordsforsøk i sine definisjoner av selvskading (for eksempel Hawton & James, 2005; Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall, 2002; Ystgaard, Reinholdt, Husby, & Mehlum, 2003)

Atferden anses nå av mange forskere å være en dårlig tilpasset mestringsmekanisme eller emosjonell reguleringsstrategi hvor målet er å dempe overveldende emosjoner og redusere spenninger (Gratz, 2001), noe Jefferey og Warm (2002) setter i kontrast til gamle myter om at selvskading handler om manipulering og ønske om oppmerksomhet fra omgivelsene.

Simeon og Favazza (2001) foreslår å dele selvskadende atferd inn i fire brede hovedgrupper eller kategorier: stereotypisk selvskading (Stereotypic Self-injurious behaviors), alvorlig selvskading (Major Self-injurious behaviors), tvangspreget selvskading (Compulsive Self-injurious behaviors) og impulsiv selvskading (Impulsive Self-injurious behaviors). Inndelingen de foreslår er fenomenologisk basert heller enn etiologisk, og Simeon og Favazza trekker fram at målet er at den skal omfatte alle typer selvskadende atferd og være klinisk nyttig. Den stereotypiske selvskadingen er knyttet til psykisk utviklingshemming og autisme, eksempler på slik atferd kan være å dunke hodet og slå seg selv, og det medfører vanligvis mild til alvorlig vevsskade. Alvorlig selvskading er knyttet til psykoser og rus, og kan innebære alvorlig eller livstruende vevsskade som kastrasjon og amputasjon av lemmer. Tvangsmessig selvskading er knyttet til psykiske lidelser som trikotillomani, innebærer repeterende atferd som å plukke hår eller hud, og vevsskaden er mild til moderat. Impulsiv selvskading er knyttet til blant annet personlighetsforstyrrelser, erfaringer om mishandling, opplevde traumer, posttraumatisk stresslidelse og spiseforstyrrelser. Den selvskadende atferden kan være kutting, brenning og slåing, og vevsskaden vanligvis mild til moderat. Atferden er gjerne impulsiv men kan ha tvangsmessige trekk og være ritualisert og symbolsk.

Gratz (2001) påpeker at manglende konsensus blant forskere om hvordan selvskading skal defineres og måles, gjør det vanskelig å sammenligne ulike studier og forskningsresultater. Ikke bare brukes ulike begrep (som for eksempel ”deliberate self-harm”, ”self-injury” og ”selfmutilation”) for å beskrive samme fenomen, men ett begrep (som for eksempel ”deliberate self-harm”) brukes også til å beskrive ulike typer atferd, som for eksempel selvskading med og uten selvmordsintensjon. Det er derfor et behov for å analysere og splitte opp ulike definisjoner for å identifisere hvilke deler eller kategorier selvskadingsdefinisjoner består av. I en litteraturgjennomgang av empiriske og teoretiske forskningsstudier om selvskading, klassifiserer Gratz (2003) ulike definisjoner av selvskading ut i fra 4 kategorier: om det er atferd utført med overlegg eller ikke, om det er en direkte skade på kroppsvev eller ikke, om det mangler en bevisst intensjon om selvmord eller ikke, og om atferden er episodisk/repeterende eller ikke. I et lignende sammenligningsprosjekt valgte Stiegler (2005)

å klassifisere ulike definisjoner av selvskading ut fra faktorer som: om skade ble påført, om intensjonen var å dø eller ikke, hvor alvorlig skaden var, hva hensikten med selvskadingen var, om handlingen er sosialt akseptert, om den hadde et dødelig utfall, om atferden var villet eller ikke, om den var vanemessig og om den var direkte.

Det kan imidlertid være vanskelig å skille mellom selvmordsforsøk og selvskading (Gratz, 2003), for mens enkelte forskere setter opp selvmordsforsøk og selvskading som antiteser, mener andre det er vanskelig å kartlegge tilstedeværelse eller grad av selvmordsintensjon fordi personene som skader seg kan være ambivalente eller forvirret (Wagner et al., 2002). Gratz (2003) ser selvmordsforsøk og selvskading som to typer atferd med ulik funksjon (å regulere emosjoner og å avslutte livet sitt), og mener at selv om det ofte er vanskelig å skille mellom atferdstypene fordi intensjonen om å dø kan være ambivalent, så vil det likevel være nyttig å gjøre det.

Det norske begrepet 'villet egenskade' inkluderer både selvmordsforsøk og selvskading uten selvmordsintensjon (Ystgaard et al., 2003). Det er her snakk om 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, eller svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand.

I surveyundersøkelser er selvskadingsbegrepet ulikt operasjonalisert, og følgende to undersøker kan illustrere eksempler på ulike operasjonaliseringer i norske undersøkelser: Som del av et større internasjonalt forskningsprosjekt om selvskading blant barn og unge i Europa, "Child and Adolescent Self Harm in Europe" (CASE), målte Ystgaard et al. (2003) selvskadende atferd blant elever i førsteklasse på videregående skoler i Hedmark og Oppland høsten 2000 og 2001. Spørsmålet elevene ble stilt var følgende: "*Har du noen gang med vilje tatt en overdose (for eksempel piller eller annen medisin) eller forsøkt å skade deg selv på noen annen måte (som å kutte eller skjære deg)?*". Ved to spørreundersøkelser blant første klasse på videregående skoler i Bergen i 1997 og 2004 (Anderssen et al., 1999; Anderssen & Steinan, 2004), ble elevene stilt spørsmålet: "*Har du for egen del prøvd å skade deg selv?*". Her er ikke begrepet selvskading definert eller klassifisert av forskerne på forhånd: i stedet stilles spørsmålet åpent nok til at ungdommene selv definerer hva selvskading er og om deres



erfaringer inkluderer fenomenet. Et annet aspekt ved denne måten å undersøke selvskading på er at spørsmålet fanger opp alle som noen gang har forsøkt å skade seg selv, både de som har gjort det en gang og de som gjør det regelmessig. Gratz (2001) påpeker at det sannsynligvis er signifikante forskjeller mellom individer som kronisk skader seg selv og individer som skader seg en eller to ganger i løpet av livet, og at selvskadingens hyppighet og varighet derfor er viktig å kartlegge.

Andre norske benevnelser på selvskadende atferd, utover selvskading og villet egenskade, er blant annet: selvmutilering, selvmordsforsøk, selvødeleggende handlinger, selvpåført vold, selvmisbruk, selvdestruksjon (Bjørneset, 2003). Engelske benevnelser som er brukt om selvskading er blant annet: "deliberate self-harm", "intentional self harm", "self harm", "self injury", "self mutilation", "self wounding", "parasuicide" og "self-injurious behaviors" (Stiegler, 2005).

I denne oppgaven defineres begrepet selvskading til å være handlinger som direkte og med hensikt påfører kroppen skade. Atferden kan ikke innebære en bevisst intensjon om selvmord, og intensjon om skade er ikke nok til at handlingen kalles selvskading; det må være påført skade, en skade med lav eller moderat grad av alvorlighet (alvorlige skader som amputasjon og kastrering utelukkes). Videre defineres selvskading som ikke sosialt aksepterte handlinger, og det innebærer at tatoveringer, piercing, scarification og lignende som er sosialt akseptert blant mange, ikke er inkludert. Handlingene er villet av den som utfører dem, så skader som forekommer ved uhell regnes ikke som selvskading. Handlingene må også være vanemessige eller vært utført mer enn en gang eller to. Til sist må det være snakk om å skade seg direkte, altså handlinger som for eksempel det å kutte, stikke eller brenne seg, indirekte selvskading og selvdestruktiv atferd som røyking, alkoholmisbruk eller overspising regnes ikke her som selvskading.

En fordel med å sette opp en slik definisjon er at den avklarer hva som menes med selvskadingsbegrepet i denne oppgaven. Det er en definisjon som vil favne mange, men som også vil utelukke noen. Poenget har ikke vært å lage en strengest mulig definisjon, fordi en streng definisjon kan unødig avgrense noe av fenomenet den forsøker å beskrive ved å utelukke deler av det, siden psykologiske fenomen, som selvskading blant ungdom, som oftest innebærer mange glidende overganger og usikkerhet.

### *1.3. Forekomst og prevalens.*

Fordi det er manglende konsensus blant forskere når det gjelder begrepsdefinisjon og begrepsforståelse av selvskading, er det ofte vanskelig å sammenligne studier. På tross av dette vil jeg gjøre et forsøk på å se hva ulike forskere har funnet om livstidsprevalens av selvskadende atferd blant unge i den generelle befolkningen, altså vanlige ungdomsgrupper. Som nevnt tidligere, gjennomførte Ystgaard et al. en undersøkelse om selvskading i regi av CASE-prosjektet hvor de stilte spørsmålet om ungdommene noen gang hadde forsøkt å skade seg (Ystgaard et al., 2003), og samtidig gjennomførte Hawton et al. den engelske delen av CASE-prosjektet på elever i samme aldersgruppe og med samme spørsmålsstilling i Storbritannia (Hawton et al., 2002). To surveyundersøkelser i Bergen stilte et lignende spørsmål til samme aldersgruppe (16-åringer) i 1997 og 2004 (Anderssen et al., 1999; Anderssen & Steinan, 2004). Ystgaard et al. fant en livstidsprevalens på 10,7%, Hawton 13,2% og Bergensundersøkelsene en økning fra 13,9% i 1997 til 19,4% i 2004. Det er viktig å huske at ved å bruke begrepet livstidsprevalens inkluderes også de som kun har skadet seg selv en gang eller to. Fokuset for denne oppgaven er selvskadingshandlinger som utføres vanemessig, og det er ikke grunnlag for å si at 10-20% av 16-åringer i Norge og Storbritannia skader seg selv regelmessig. Ystgaard et al. og Hawton et al. fant at henholdsvis 6,6% og 6,9% av elevene de spurte hadde skadet seg siste år (Hawton et al., 2002; Ystgaard et al., 2003), noe som innebærer at de resterende enten ikke skader seg hyppig eller har sluttet å skade seg. McLaughlin et al. skriver at ulike studier rapporterer at risikoen for å repetere selvskading blant de som skadet seg, ligger mellom 12%-40% (McLaughlin, Miller, & Warwick, 1996). I en studie utført av Briere og Gil fant de at 4% av den generelle befolkningen (ikke bare ungdom) rapporterte at de hadde skadet seg av og til de siste 6 månedene og at 0,3% skadet seg ofte (Briere & Gil, 1998, referert i Welch, 2001). Majoriteten av de som skader seg selv, starter med selvskading i tenårene (Crowe & Bunclark, 2000), og det er foreløpig ikke klare bevis for at folk 'vokser det av seg' når de blir eldre (Jeffery & Warm, 2002).

I surveyundersøkelsene i Bergen fant vi fra 1997 til 2004 en økning i antall elever som svarte ja på spørsmålet om de hadde forsøkt å skade seg selv, og flere rapporterer at fenomenet selvskading er i økning, spesielt blant ungdom (Crawford, Geraghty, Street, & Simonoff, 2003; Evans et al., 2005; Gratz, 2001; Hawton et al., 2002). I en litteraturstudie av 6 prevalensstudier av selvskading, fant imidlertid Stiegler (2005) at det ikke fantes studier som kunne understøtte en påstand om at det har vært en økning i forekomst av selvskading i senere

år, og konkluderte med at det er nødvendig med mer forskning med standardiserte utspørringsmetoder for å kunne si noe sikkert om dette.

Undersøkelser om selvskading rapporterer store kjønnsforskjeller i livstidsprevalens. CASE-undersøkelsene fant en livstidsprevalens hos jenter mellom 11,2% og 16,2% og hos gutter mellom 3,2% og 5,5% (Hawton et al., 2002; Ystgaard et al., 2003). Undersøkelsene i Bergen fant en økning i livstidsprevalens fra 1997 til 2004 fra 11% - 25% for jentene og fra 8% - 19% for guttene (Anderssen et al., 1999; Anderssen & Steinan, 2004). Som nevnt tidligere kan spørsmålets generelle form (*Har du noen gang forsøkt å skade deg selv?*) bidratt til den store andelen ungdommer som rapporterte selvskading i denne undersøkelsen: ungdommene har selv definert hva de mener med å skade seg selv. I en canadisk undersøkelse om selvskading blant elever på high school fant man en livstidsprevalens på 17,6% for jenter og 10% for gutter (Ross & Heath, 2002). Imidlertid påpeker Ross og Heath at de tilsynelatende kjønnsforskjellene i selvskadende atferd og det at jenter ser ut til å skade seg mer enn gutter, delvis skyldes hvordan selvskading er definert av forskerne. Når forskerne inkluderer ”deliberate recklessness”, ”risk taking” og ”self poisoning” jevner kjønnsforskjellene seg ut. En annen side ved kjønnsforskjellene er at det er mulig de har sammenheng med alder: Hawton et al. (2003) fant at kjønnsforskjellen i ungdomsgruppen som ble lagt inn på sykehus etter selvskadende episoder ble redusert med ungdommenes økende alder: mens andelen jenter i forhold til gutter var 8:1 i 12-årsalderen var den redusert til 2:1 i 18-årsalderen. Ystgaard et al. (2003) peker også på at selv om de fant at selvskading er over tre ganger så vanlig hos jenter, er det store fellestrekk mellom kjønnene når det gjelder risikofaktorer (se senere i oppgaven om risikofaktorer).

CASE-undersøkelsene og Ross og Heath undersøkte hvilke metoder selvskadende ungdommer bruker til å skade seg selv med, og fant at majoriteten av ungdommene kutter seg. Andelen varierte mellom 41% og 74% i de tre undersøkelsene. Videre påfører mellom 17% og 31% av ungdommene seg selv overdoser eller forgifter seg selv, og 33% slår seg selv. Andre metoder er å klype, klore, bite eller brenne seg selv. Ross og Heath fant videre at 84% av ungdommene som skader seg selv bruker kun en metode. Av de som skader seg, skader 13% seg oftere enn en gang om dagen og 28% et par ganger i uken. Tjuefem prosent startet å skade seg da de var 10 år eller yngre, 59% i 11-12års alderen og 12% i 13års alderen (Hawton et al., 2002; Ross & Heath, 2002; Ystgaard et al., 2003).

Det er klare statistiske sammenhenger mellom negative livshendelser og selvskading. Ystgaard et al. (2003) fant sammenhenger mellom selvskading og det å ha blitt utsatt for fysiske overgrep, villet egenskade blant venner, trøbbel med politiet, stoffmisbruk og det å ha vært full mer enn ti ganger. For jentene fant de også sammenheng mellom selvskading og det å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep. Hawton et al. (2002) fant i tillegg sammenhenger mellom selvskading og det å ha blitt mobbet, selvskading blant familiemedlemmer, misbruk av narkotika og bekymringer for seksuell orientering. Undersøkelsene fant at for begge kjønn var det sterkeste sammenheng mellom selvskading og det at jevnaldrene skadet seg.

Oppsummert kan vi altså si at mellom 10-20% av 16-åringer i Norge ser ut til å ha forsøkt å skade seg selv ved en eller flere anledninger, men at andelen som skader seg regelmessig nok er betraktelig mindre. Det er flere jenter enn gutter som skader seg slik fenomenet er definert, og den vanligste formen for selvskading er kutting. De aller fleste holder seg til én selvskadingsmetode, og de aller fleste rapporterer at de skadet seg første gang i 11-12 års alderen. Den sterkeste samvariasjon er mellom selvskading og at jevnaldrende skader seg.

#### *1.4. Avgrensninger og problemstillinger*

Fokuset for denne oppgaven er altså selvskading blant ungdom i den generelle befolkningen, noe som innebærer at enkelte befolkningsgrupper og selvskadingsformer ikke blir inkludert i redegjørelsen og diskusjonen. Selvskadende atferd blant innsatte i fengsler og blant innlagte på psykiatriske sykehus faller utenfor oppgaven, og det gjør også selvskading blant psykisk utviklingshemmede og autister. I kliniske utvalg kan selvskading finnes hos pasienter som lider av lidelser som for eksempel rusmiddelmisbruk, spiseforstyrrelser, posttraumatisk stresslidelse, alvorlig depresjon, angstlidelser, schizofreni og personlighetsforstyrrelser (Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003), men fokuset for denne oppgaven er studier om ungdom i den generelle befolkningen. Det at kliniske grupper ikke er inkludert, utelukker imidlertid ikke at ungdom som er fokus for oppgaven, også kan være eller ha vært under behandling for spiseforstyrrelser, depresjon, angst eller andre psykiske lidelser i tillegg til selvskadingen. Videre er fokuset, i tråd med den valgte definisjonen, selvskadende handlinger som direkte og med hensikt påfører kroppen skade, uten intensjon om selvmord, som utføres vanemessig og som ikke er sosialt akseptert.

#### Problemstillinger

Introduksjonsdelen av oppgaven har forsøkt å rydde litt opp i hvordan begrepet selvskading kan forstås, brukes og defineres. Hoveddelen av oppgaven vil forsøke å få fram en oversikt

over selvskadingsfenomenet blant ungdom ved å gå gjennom nyere faglitteratur om selvskading blant ungdom i den generelle befolkningen, som er til dels sprikende og usammenhengende når det gjelder ulike aspekter ved fenomenet. Oppgavens første problemstilling blir derfor å lage en review og sortering av forskningslitteratur om selvskading fra det siste tiåret. Fordi mye av faglitteraturen omhandler selvskading blant ungdom på gruppenivå, er det viktig å få fram hvordan selvskading erfares for de som har førstehåndserfaring med fenomenet: de som har skadet seg selv. Den andre problemstillingen blir derfor å gjennomføre en pilotundersøkelse, med tanke på en senere planlagt større studie, som vil undersøke hvordan førstehåndserfaringer med selvskading blant ungdom kan bidra til å forstå fenomenet. Dette blir gjort gjennom å intervju 3 elever i videregående skoler som har erfaringer med selvskading, for deretter å presentere erfaringene deres med utgangspunkt i en fenomenologisk tilnærming og ungdommenes egne utsagn om selvskading. Oppgavens siste del er en samlet diskusjon av litteraturgjennomgangen og pilotundersøkelsen.

En oppsummering av oppgavens problemstillinger er:

- 1) Hvordan kan nyere faglitteratur om 'selvskading blant ungdom' sorteres og sammenfattes, og hvordan kan en oversikt over forskningslitteraturen presenteres, for å få fram en best mulig oversikt over selvskadingsfenomenet?
- 2) Hvordan opplever ungdommer som har skadet seg selv sine erfaringer? En forlengelse og utdyping av første problemstilling.

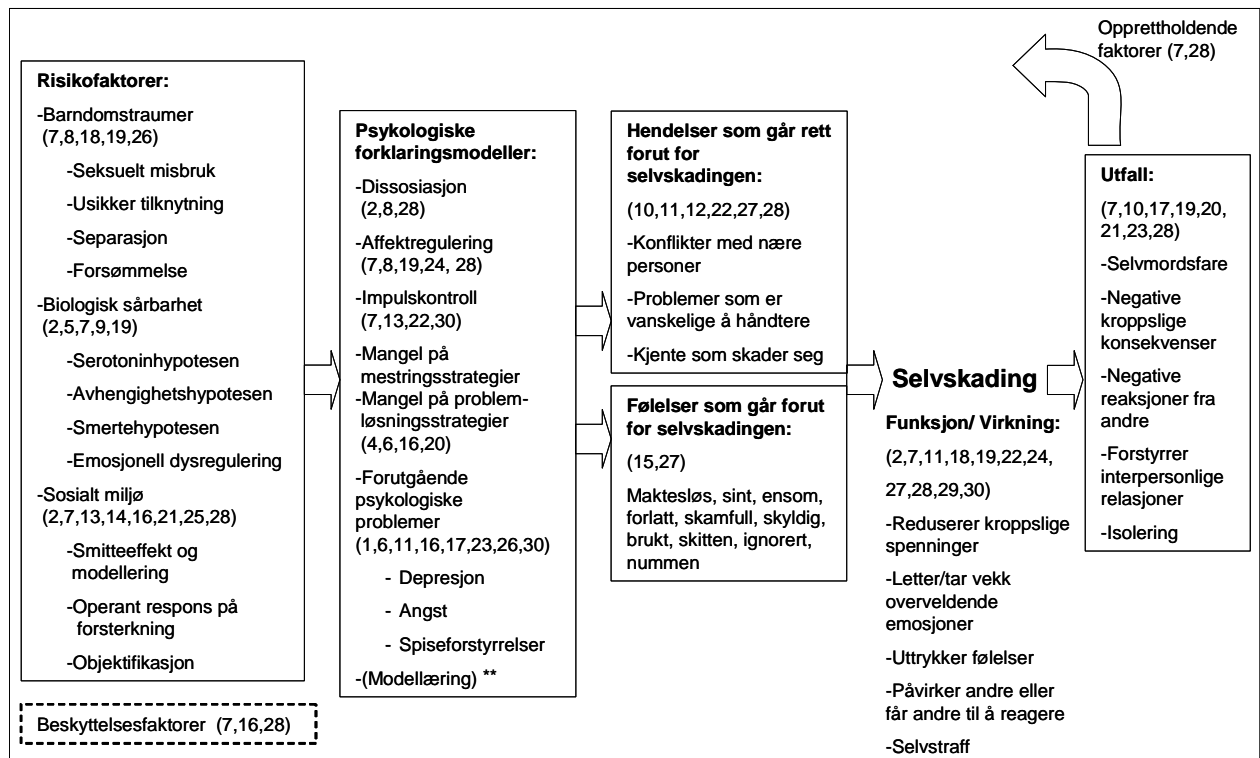
## **2. En review og sortering av feltet 'selvskading blant ungdom'**

### *2.1. Oversiktsmodell over psykologisk forskning om selvskading blant ungdom*

Forskningsfeltet selvskading er mangfoldig og noe vanskelig å få oversikt over, og i denne delen av oppgaven ønsker jeg å foreta en review og sortering av feltet for å få fram hva forskningen særlig har handlet om. Jeg har forsøkt å skape en oversikt over hvilke aspekter ved selvskading blant ungdom som ulike forskere redegjør for. Resultatet er satt inn i en tentativ oversiktsmodell over psykologiske aspekter ved selvskading blant ungdom (Se Figur 1). Modellen er tenkt å hjelpe med å lage en oversikt over hva de ulike forskerne fokuserer på når de skriver om selvskading, for eksempel skriver noen om bakgrunnsfaktorer mens andre skriver om behandling. Modellen slik den framstår, følger et tradisjonelt psykologisk forløp; den forsøker å beskrive et fenomen gjennom å kartlegge grunnleggende psykologiske tema som risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer, psykologiske forklaringsmekanismer,

situasjonsfaktorer, funksjon, utfall og opprettholdende faktorer; tema som er hentet fra faglitteraturen. Men for ordens skyld: modellen er oppsummering av forskningslitteratur, ikke beskrivelse av en psykologisk prosess.

Oversiktsmodellen over psykologisk forskning om selvskading blant ungdom illustrerer hvordan litteraturgjennomgangen er organisert. Modellen beskriver risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer, psykologiske forklaringsmodeller, situasjonsfaktorer som går rett forut for selvskadingen, funksjon og virkning av selvskadingsepisoder, opprettholdende faktorer og utfall. Forskningsresultater om forebygging og behandling av selvskading blant ungdom blir tatt opp i del fire av oppgaven.



Figur 1. Oversiktsmodell over psykologisk forskning om selvskading blant ungdom

\* Numrene i tabellen refererer til artiklene i teksten og tabell 1

\*\* Modellæring kan ses som en psykologisk forklaringsmodell, men forskningsarbeidene modellen bygger på fokuserer på modellæring som en sosial faktor. Se punkt 2.4.

### Fremgangsmåte:

I sorteringen av feltet forsøkte jeg å finne en mest mulig relevant oversikt over nyere faglitteratur om selvskading om ungdom i den vanlige befolkningen. Litteratursøk ble foretatt i databasene PsychInfo, Medline og Bibsys på søkeord knyttet til selvskading (for eksempel: selvskading, villet egenskade, deliberate self harm, self injury, self mutilation), ungdom

(ungdom, unge, elever, adolescent, adolescence, etc.), generell befolkning (normalbefolkning, ikke kliniske utvalg, general population, non clinical groups, etc.). Aktuelle artikler ble også identifisert ved å se i referanselistene.

Modellen er bygd opp rundt både teoretisk og empirisk forskning på selvskading, og kriteriene for å bli inkludert i litteraturgjennomgangen, er at forskningsarbeidet er fra det siste tiåret (1995-2005), og tar for seg selvskading slik jeg tidligere har definert at denne oppgaven gjør. Studier som tar for seg andre utvalg enn ungdom i normalbefolkningen, for eksempel kliniske utvalg eller voksne, er tatt med i den grad de, etter mitt beste skjønn, virker relevant for all ungdom.

Reviewen og sorteringen tar for seg 30 forskningsarbeider om selvskading (se tabell 1). Det dreier seg om både teoretiske, kvantitative, kvalitative og reviewundersøkelser som er utført i perioden 1996-2005, hovedsakelig i perioden etter 2000. Studiene er utført i Norge, Sverige, Storbritannia, USA, Canada, Australia og Hong Kong.

Tabell 1. Oversikt over faglitteratur om selvskading blant ungdom som oversiktsmodellen er bygd opp rundt (alfabetisk)\*.

1	Anderssen, N. & Steinan, M.K. (2004): Er Bergensungdommene tristere enn før? Tidstrender i depressive symptomer og beslektede fenomen hos 16-åringer over en 7 års periode.
2	Bjørneset, L.W. (2003): Funksjonelle aspekter ved selvskading.
3	Crawford, T., Geraghty, W., Street, K. & Simonoff, E. (2003): Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents.
4	Evans, E., Hawton, K. & Rodham, K. (2005): In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies?
5	Favazza, A.R. (1996): Bodies under siege. Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry.
6	Fortune, S.A. & Hawton, K. (2005): Deliberate self-harm in children and adolescents: a research update.
7	Gratz, K.L. (2003): Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review.
8	Gratz, K.L., Conrad, S.D. & Roemer, L. (2002): Risk factors for deliberate self-harm among college students.
9	Grossman, R. & Siever, L. (2001). Impulsive self-injurious behaviors. Neurobiology and Psychopharmacology.
10	Harrington, R. (2001): Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence.
11	Hawton, K. & James, A. (2005): Suicide and deliberate self harm in young people.
12	Hawton, K., Hall, S., Simkin, S., Bale, L., Bond, A., Codd, S. & Stewart, A. (2003): Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000.
13	Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. & Weatherall, R. (2002): Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England.
14	Hodgson, S. (2004): Cutting through the silence: a sociological construction of self-injury.
15	Huband, N. & Tantam, D. (2004): Repeated self-wounding: women's recollection of pathways to cutting and of the value of different interventions.
16	Karlson, T. & Vinnes, I.K. (2005): Selvskading: en mestringsstrategi?
17	Klonsky, D.E., Oltmanns, T.F. & Turkheimer, E. (2003): Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates.

18	Lindgren, B.M., Wilstrand, C., Gilje, F. & Olofsson, B. (2004): Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm.
19	McAllister, M. (2003): Multiple meanings of self harm: a critical review.
20	McLaughlin, J.-A., Miller, P. & Warwick, H. (1996): Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem-solving.
21	Muehlenkamp, J.J., Swanson, J.D. & Brausch, A.M. (2005): Self-objectification, risk taking, and self harm in college women.
22	Rodham, K., Hawton, K. & Evans, E. (2004): Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents.
23	Ross, S. & Heath, N. (2002): A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents.
24	Ross, S. & Heath, N.L. (2003): Two models of adolescent self-mutilation.
25	Shaw, S.N. (2002): Shifting conversations on girls' and women's self-injury: an analysis of the clinical literature in historical context.
26	Sinclair, J. & Green, J. (2005): Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients' experiences.
27	Weber, M.T. (2002): Triggers for self-abuse: a qualitative study.
28	Yip, K. (2005): A multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting.
29	Ystgaard, M. (2003): Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid.
30	Ystgaard, M., Reinholdt, N.P., Husby, J. & Mehlum, L. (2003): Villet egenskade blant ungdom.

\* Full referanse: se referanseliste

## 2.2. Risikofaktorer

Risikofaktorer er bakgrunnsfaktorene, eller de faktorer som forskere finner at øker faren for selvskading. I oversiktsmodellen er de delt inn i tre hovedfaktorer: selvskadende atferd er knyttet til traumatiske erfaringer i barndommen, til biologiske faktorer og til miljøet som ungdommene oppholder seg i. Tidsaspektet er en dimensjon her; barndomsfaktorene handler om fortid, mens påvirkninger i det sosiale miljøet handler om her og nå. Skillene er imidlertid ikke skarpe. Det går an å tenke på de traumatiske erfaringene som familiebaserte, at de handler om samspill i familien man vokste opp i, de biologiske faktorer som individuelle faktorer, og det sosiale miljøet som mer samfunnsmessige faktorer.

### 2.2.1. Traumatiske erfaringer i barndommen

I følge Gratz (2003) er det barndomserfaringene som skjer i familien og i familiens kontekst, som oftest knyttes til selvskading. Det er funnet sterke sammenhenger mellom det å ha blitt utsatt for seksuelt misbruk i barndommen og selvskading. Videre er det funnet sammenhenger mellom usikker tilknytning til omsorgsgivere og selvskading, langvarige separasjoner eller å ha bli forlatt av omsorgspersoner og selvskading, og det å ha blitt emosjonelt forsømt av omsorgspersoner og selvskading (Gratz, 2003; Gratz et al., 2002; Lindgren, Wilstrand, Gilje, & Olofsson, 2004; McAllister, 2003).

Sinclair og Green (2005) skriver at manglende kontroll i familiestrukturen fører til uforutsigbare omgivelser; en uforutsigbarhet som for barnet kan handle om alt fra seksuelt



misbruk og fysisk mishandling, til det å ikke bli støttet, tatt vare på eller hørt. For barnet kan uforutsigbarheten føre til følelser av håpløshet som kan føre til depresjon, som igjen kan føre til selvskading. McAllister (2003) mener at traumer barnet blir utsatt for i barndommen er med på å forme hvordan det oppfatter seg selv, og at barn som blir utsatt for mishandling, forsømmelse eller overgrep, kan lære at de ikke har lov til å hevde rettighetene sine, og at mishandling og forsømmelse er normalt. Hvis gjentatte forsøk på å kommunisere følelser blir møtt med ignorering eller forsømmelse, lærer barnet å tro at det å kommunisere følelser er galt, og det kan skape et mønster av taushet og ordløshet der selvskadingen blir en måte å fortelle om mishandling og misbruk, uten å si det.

Selv om det er funnet en sammenheng mellom seksuelle overgrep og selvskading, vil ikke seksuelle mishandlingserfaringer være like, og sannsynligvis er ulike erfaringer assosiert med ulike resultater for barnet. Gratz (2003) mener at en nærmere spesifisering av mishandlingen i studier som undersøker konsekvenser av seksuell mishandling, kan gjøre det mulig å si noe mer nøyaktig om hvilke sider ved seksuell mishandling som er sterkest assosiert med senere selvskading, for eksempel frekvens, alvorlighetsgrad eller forholdet til overgriperen.

### 2.2.2. Biologisk sårbarhet

Det er foreløpig utført få nevrobiologiske studier om impulsiv selvskading (Grossman & Siever, 2001), men biologiske forklaringsmodeller som er omtalt i faglitteraturen om selvskading er serotoninhypotesen, avhengighetshypotesen, smertehypotesen og hypotesen om emosjonell dysregulering.

Serotoninhypotesen går ut på at selvskadingsatferden henger sammen med et redusert serotoninnivå. Både Favazza (1996) og Bjørneset (2003) peker på at lavt serotoninnivå er påvist hos enkelte som har utvist aggressiv atferd, også selvskading. Funn har vist at det er en økt risiko for aggresjon både mot en selv og andre ved senket serotoninnivå. Foreløpig er det kun snakk om få studier som gir en foreløpig indikasjon om at serotonerge baner kan være involvert i impulsiv selvskadende atferd (Grossman & Siever, 2001).

Avhengighetshypotesen går ut på at selvskadende atferd henger sammen med en avhengighet til nevrotransmitteren enkefalin. Enkefalin er en opiumlignende substans som blir frigjort i kroppen ved smerte; den gir smertelindring, er med på å regulere emosjoner og gir en generell behagelig effekt på samme måte som opium og heroin. Avhengighetshypotesen går ut på at

selvskading kan være et uttrykk for avhengighet til enkefalin, siden enkefalin fungerer som et opiat og studier viser at som i andre opiatavhengighetsforhold utvikler man en toleranse for enkefalin. Den som selvskader, lærer å assosiere selvskadende atferd med positive emosjoner, fordi smerten med selvskading utløser smertereduserende og behagelig enkefalin (Bjørneset, 2003; Favazza, 1996). Foreløpig er det kun snakk om få studier som gir en indikasjon på at endogene opiater er involvert i impulsiv selvskadende atferd (Grossman & Siever, 2001).

Smertehypotesen går ut på at selvskadende atferd henger sammen med en medfødt redusert sensitivitet for smerte. Den reduserte sensitiviteten kan handle om en mangel på negativ feedback i det endogene opiatsystemet eller en overproduksjon av endogene opiater, som kan føre til følelser av nummenhet og dissosiasjon; opplevelser av å ikke føle kroppen sin eller ikke føle seg på plass i den. Selvskading kan da være et stimulus som bryter gjennom den dissosiative tilstanden (Grossman & Siever, 2001). Russ et al. (1992,1993; referert i Grossman & Siever, 2001) fant at impulsive selvskadere som rapporterte at de ikke følte smerte når de skadet seg, også rapporterte mindre smerte enn kontrollgruppen når armen deres ble puttet i kaldt vann. De differensierte også dårligere mellom ulike grader av smerte. Antagelsen er at de oppfatter smerte dårligere og mindre differensiert på grunn av overproduksjon av endogene opiater.

Hypotesen om emosjonell dysregulering går ut på at selvskadende atferd henger sammen med en emosjonell dysfunksjon som gjør at emosjoner ikke reguleres normalt. Det kan innebære en høynet sensitivitet for emosjoner, sterkere intensitet i emosjonene og et tregere system som trenger lenger tid på å returnere kroppen til emosjonell baseline etter emosjonelle opplevelser (Gratz, 2003; McAllister, 2003). En slik medfødt sårbarhet vil gjøre det vanskeligere å håndtere emosjonene, og det vil være viktig for barnet å lære gode mestringsstrategier og mestringsstrategier. Traumatiske erfaringer vil kunne ha en enda sterkere effekt for barn med en medfødt emosjonell dysregulering, og sterkere intensitet i emosjoner vil også gi tendenser til mer ekstreme reaksjoner.

### 2.2.3. Sosialt miljø

Risikofaktorer for selvskadende atferd i det sosiale miljøet ungdommene befinner seg i handler om fenomen som smitteeffekt, modellering, forsterkning og objektivering. Som nevnt tidligere i oppgaven, kan risikofaktorer knyttes til barndomserfaringer i oppvekstfamilien, og relasjonen til foreldre kan være en risikofaktor for selvskading også i

ungdomstiden. I følge Yip (2005) er foreldrerelasjoner som er preget av familiekonflikter, skilsmisse, avvisning, forsømmelse, mishandling og ustabilitet risikofaktorer for selvskading for ungdommer. Relasjoner til jevnaldrende, venner og kjærester vil på samme måte kunne være risikofaktorer; spesielt det å bli ignorert eller avvist, ha dårlig sosial interaksjon, eller være i konflikter med jevnaldrende og venner. Problemer med kjærester eller det å få kjæreste nevnes også som risikofaktor. Det å skade seg sammen med andre vil øke risikoen for videre selvskading (Yip, 2005).

Hodgson (2004) mener selvskading har en smitteeffekt og kan læres fra andre. I hennes studie hadde en tredjedel hørt om selvskading eller visste om noen som hadde skadet seg, før de selv prøvde det. De hadde hørt om selvskading fra venner, eller lest om det i bøker og på internett. I CASE-undersøkelsen fant Hawton et al. (2002) at den sterkeste faktoren for om ungdommer skader seg selv er at jevnaldrende nylig har skadet seg, noe som kan tyde på at selvskading har en modellerende effekt. En undersøkelse av Favazza og Conterio (1989, referert i Karlson & Vinnes, 2005) fant at 24% av selvskadingsutvalget hadde nære venner som også skadet seg. Kanskje er modellering av andres atferd spesielt utpreget i ungdomstiden siden gruppetilhørigheten er spesielt viktig i denne perioden, men Conterio og Lader (1998, referert i Karlson & Vinnes, 2005) mener at ikke hvem som helst velger å skade seg selv; det er allerede sårbare personer som plukker opp trenden og tilpasser den til sine problemer.

Shaw (2002) og Bjørneset (2003) mener selvskading kan ses som en operant respons til miljøet, og forklarer selvskading i en atferdsanalytisk modell hvor selvskading er et resultat av påvirkning fra andre. Miljøet forsterker atferden ved at selvskadende ungdom får oppmerksomhet og omsorg, og det å observere at andre blir belønnet for atferden kan vikarierende forsterke og modellere selvskading blant ungdom som ennå ikke skader seg. Selvskading kan starte som en imitasjon av andre, og gevinsten som oppnås kan gjøre at selvskadingen opprettholdes. På denne måten virker påvirkningen både på den som allerede skader seg, og på den som observerer konsekvensene (belønning) av andres selvskading.

Muehlenkamp, Swanson, og Brausch (2005) mener at det er vesentlig at flest jenter skader seg, og utførte en studie om selvskading og selvobjektifisering der de fant en sammenheng mellom kvinners selvobjektifisering og selvskading. Objektifisering er at kroppen, deler av kroppen, eller seksuelle egenskaper blir separert fra personen, og ses på noe som representerer hele personen og som ekskluderer andre personlige attributter. Ved sosial objektifisering lærer

kvinner å internalisere et utenfra blikk på seg selv, og ser seg selv om et objekt under evaluering. Den konstante overvåkingen av utseendet fører til negative følelser for egen kropp, og Muehlenkamp et al. (2005) finner i sin studie signifikante sammenhenger mellom negativt kroppssyn og depresjon, og mellom depresjon og selvskading.

For å oppsummere avsnittet om risikofaktorer, så er det altså funnet sammenhenger mellom selvskadende atferd hos ungdommer og erfarte barndomstraumer, biologisk sårbarhet og det sosiale miljøet de befinner seg i. Det er imidlertid ingen direkte veier som går fra disse faktorene til selvskadende atferd, selv om samtlige bakgrunnsfaktorer er knyttet til selvskading. Ikke alle som vokser opp i et belastende familiemiljø, med biologiske sårbarheter eller lever i et miljø der selvskading skjer, ender opp med å skade seg selv. Risikofaktorene nevnt her kan muligens være nødvendige for selvskadende atferd, men de er ikke tilstrekkelige.

Det har ikke blitt undersøkt hvordan interaksjon mellom ulike risikofaktorer påvirker eller utvikler selvskading, men i følge Gratz (2003) har teoretisk litteratur foreslått flere interaksjonsmuligheter mellom barndomsrisikofaktorene, selv om ingen empiriske studier foreløpig har sett på hvordan risikofaktorer interagerer med hverandre.

### *2.3. Beskyttelsesfaktorer*

Ikke alle ungdommer som utsettes for risikofaktorer ender opp med å skade seg, og en mulig forklaring på dette, er at det i tillegg til risikofaktorer også eksisterer beskyttelsesfaktorer; faktorer som beskytter og reduserer sjansene for selvskadende atferd. Yip (2005) fremhever at relasjonene til jevnaldrende og familie er svært viktige for ungdom, og relasjonene kan være kilder til risiko, men også beskytte og redusere sjansene for selvskading. Relasjoner til foreldre, jevnaldrende og venner som er preget av god kommunikasjon, hvor ungdom får hjelp og støtte til å løse problemer, ventilere frustrasjoner og håndtere konflikter, kan fungere som beskyttelsesfaktorer mot selvskading.

En annen beskyttelsesfaktor mot selvskading er motstandsdyktighet eller resiliens; at noe får et godt utfall på tross av alvorlige trusler mot tilpasning eller utvikling. Begrepet involverer selvtillit, evne til å hankses med endring og et repertoar av problemløsningsevner hos personen. Karlson og Vinnes (2005) skiller mellom beskyttelsesfaktorer som er familiebaserte eller samfunnsmessige og faktorer som er individuelle. Familiebaserte eller samfunnsmessige

beskyttelsesfaktorer kan for et barn være: å ha minst en fortrolig person i livet sitt, å ha en familie hvor man opplever forutsigbarhet og følelser av bekreftelse og tilhørighet, og å ha et nettverk som gir sosial støtte. En trygg tilknytning til en omsorgsperson kan beskytte barn mot de mest alvorlige negative konsekvensene av separasjon og tap i barndommen (Gratz, 2003). Individuelle beskyttelsesfaktorer kan for eksempel være kunnskap barnet har, at barnet føler seg nyttig, får og tar ansvar, og møter og mestrer motgang (Karlson & Vinnes, 2005). Et viktig poeng er at risikofaktorer i personens liv, kan føre til et positivt utfall hvis barnet eller ungdommen mestrer problemet på en vellykket måte; for barnet eller ungdommen vil det føre til en større tro på egne evner til mestring og problemløsning, og det skaper en beskyttende effekt.

#### *2.4. Psykologiske forklaringsmodeller*

Denne delen av modellen tar for seg psykologiske forklaringsmodeller, og redegjør for delene av faglitteraturen som søker å beskrive de psykologiske mekanismene som ligger til grunn for den selvskadende atferden. Modeller som redegjør for veien fra risikofaktorene som barna og ungdommene blir utsatt for i oppvekstfamilien, sin egen kropp og det sosiale miljøet, til det å skade seg selv.

I utarbeidelsen av oversiktsmodellen valgte jeg å plassere modellering som en risikofaktor i det sosiale miljøet og ikke som en psykologisk forklaringsmodell. Grunnen til det var at forskningsarbeidene som omtalte fenomenet, ikke redegjorde for hvordan dette skjer psykologisk, men la vekt på det sosiale miljøet og påvirkningene modellering skjer under. Hadde fokus for litteraturen i stedet vært produksjon av selvskading gjennom modellering og observasjonslæring, for eksempel gjennom de fire underprosessene som styrer observasjonslæring: oppmerksomhetsprosesser, hukommelsesprosesser, produksjonsprosesser og motivasjonsprosesser (Bandura, 1997), ville fenomenet passet bedre inn under psykologiske forklaringsmodeller. Jeg har imidlertid ingen vanskeligheter med å se at observasjonslæring og modellering kan være en psykologisk forklaringsmodell på selvskading, som også nevnt i flere arbeider (se for eksempel: Bjørneset, 2003; Hodgson, 2004; Shaw, 2002). Jeg velger derfor å la modellering stå i parentes som et eget punkt under psykologiske forklaringsmodeller i oversiktsmodellen.

### 2.4.1. Dissosiasjon

Som nevnt i beskrivelsen av smertehypotesen under avsnittet om biologisk sårbarhet, kan selvskading bryte gjennom dissosiative tilstander av nummenhet og følelsesløshet.

Dissosiasjon ses som en mestringsstrategi, en måte å håndtere traumatiserende, overveldende, farlige eller svært ubehagelige situasjoner ved å fragmentere opplevelsen, for eksempel ved å skille følelser fra opplevelsen, språket fra opplevelsen eller psyke fra kropp. Bjørneset (2003) skriver at man fjerner seg psykologisk fra overveldende opplevelser for å mestre dem.

Dissosiasjon kan oppstå både ut fra en biologisk sårbarhet som overproduksjon av endogene opiatet og ut fra overveldende opplevelser i barndommen som seksuell eller fysisk mishandling, og ved å skade seg selv kan personen få slutt på den dissosiative tilstanden.

ICD-10 (World\_Health\_Organization, 1992) kategoriserer dissosiasjonslidelser som et tap av den normale integrasjonen mellom erindringer av fortiden, identitetsbevissthet og umiddelbare sansefølelser. Dissosiasjon kan føre til problemer med affektregulering og tilknytning, og til kroppslige følelser av nummenhet, følelsesløshet og opplevelser av at kroppen er fremmed. Personer som lærte å dissosiere som barn kan ty til dissosiering for å regulere affekt i vanskelige situasjoner som voksne (Bjørneset, 2003). Gratz et al. (2002) hevder at dissosiasjon medierer relasjonen mellom barndomstraumer og selvskading, og Yip (2005) peker også på at følelser av depersonalisering ofte går forut for episoder med selvskading.

### 2.4.2. Affektregulering

Affektregulering går ut på å identifisere, kommunisere og endre sin egen affekt, men som nevnt i avsnittet om biologisk sårbarhet, hevder McAllister (2003) at selvskading er forbundet med en dysfungering i reguleringen av emosjoner. Traumatiske barndomserfaringer kan bidra til å utvikle dysregulering, hvis barnet ikke lærer seg effektive reguleringsstrategier for å håndtere emosjonell aktivering og negative emosjoner. I følge Gratz (2003) kan traumatiske erfaringer i barndommen, som seksuell og fysisk mishandling, bidra til en kronisk hyperaktivering som øker risiko for emosjonell dysregulering, fordi et høyt nivå av aktivering er vanskeligere å regulere for barnet. Både økt sensitivitet til emosjonelle stimuli og sterkere emosjonell intensitet kan bidra til emosjonell dysregulering, fordi mer intense emosjoner er vanskeligere å regulere. Selvskadingen kan da fungere som en emosjonell reguleringsstrategi, og Gratz et al. (2002) finner redusert egokontroll, affektuttrykk og affektregulering hos personer som skader seg selv. Ross og Heath (2003) undersøkte om selvskading blant ungdom brukes for å regulere sinne eller angst, de fant at ungdommer som skader seg selv har

høyere nivå av angst og aggresjon enn de som ikke skader seg, og konkluderte med at hovedgrunnen til selvskading er fiendtlige følelser som fører til økt angst, som kulminerer i selvskading. Også Yip (2005) fant at ungdommer som skader seg, har mangler og problemer knyttet til å kontrollere emosjoner, mestre stress og redusere spenninger.

#### 2.4.3. Impulskontroll

Mens affektregulering forbindes med håndtering av emosjoner, knyttes impulskontroll til evnen å kunne kontrollere egen atferd. Manglende impulskontroll handler blant annet om en manglende evne til å kontrollere og utsette egne, ofte aggressive eller selvdestruktive, reaksjoner. Selvskading er assosiert med manglende impulskontroll, og det er funnet at selvskadingen ofte skjer impulsivt og at impulsive ungdommer skader seg oftere (Hawton et al., 2002; Rodham, Hawton, & Evans, 2004). Ystgaard et al. (2003) fant at 38% av ungdommer som skadet seg hadde tenkt på det i mindre enn en time før de gjorde det, og 12% fra en time til en dag. Gratz (2003) fant at det å bli fysisk eller emosjonelt forsømt som barn, kan ha negative konsekvenser for senere egokontroll, som inkluderer både impulskontroll og affektregulering, som igjen er potensielle risikofaktorer for selvskading.

#### 2.4.4. Mangel på problemløsningsstrategier og mestringsstrategier

Mestringsstrategier er kognitive og atferdsmessige strategier vi bruker for å håndtere stressende, problematiske, skadelige, truende eller utfordrende situasjoner når våre automatiske eller rutinemessige strategier ikke fungerer eller er tilgjengelige for oss. Det er vanlig å skille mellom problemfokustert og emosjonsfokustert mestring, hvor problemfokustert mestring er forsøk på å forbedre tilstanden eller problemet ved å endre noe (problemløsning), og emosjonsfokustert mestring er forsøk på lette eller kvitte seg med den emosjonelle siden av stress og endrer ikke tilstanden eller problemet (få personen til å føle seg bedre) (Karlson & Vinnes, 2005). En problemløsningsstrategi er et forsøk på problemløsning, og dermed også mestring, og kan for eksempel være å snakke med noen og be om hjelp. Evans et al. (2005) fant i sin studie at 95% av alle ungdommer sa de hadde minst en person de kunne snakke med om det som virkelig plaget dem, men ungdommer som skadet seg, rapporterte at de hadde færre de synes de kunne snakke med og at de var mindre i stand til å snakke med noen, enn ungdommer som ikke skader seg. I den samme undersøkelsen rapporterte ungdom hyppigst at de forsøkte å løse problemet, snakke med noen eller bli sint, når de var opprørte eller bekymret. Ungdom som skader seg, rapporterte oftere at de blir værende på rommet sitt, og selvskadende jenter blir sint oftere enn jenter som ikke skadet seg (Evans et al., 2005).

Fortune og Hawton (2005) fant at det å 'melde seg ut' og ikke involvere seg, er forbundet med en mestringsstil som baserer seg på sosial tilbaketrekning og unngåelse av problemer, og som er assosiert med selvskading og økt risiko for suicidal atferd. McLaughlin et al. (1996) fant i en studie blant ungdom at unge som skader seg rapporterer signifikant flere problemer med familie, venner, kjærester og skole enn ungdom som ikke skader seg, og at ungdom som skader seg har dårlige sosiale problemløsningsferdigheter.

Negative mestringsstrategier er handlinger som er fysisk skadelig, men som samtidig hjelper personer å takle eller komme gjennom vanskelige situasjoner. Selvskading, spiseforstyrrelser og rusmisbruk er eksempler på negativ mestring, og selv om synet på hva som er positiv og negativ mestring også avhenger av situasjonen og personen som bedømmer, er det vanskelig å anse selvskading som positiv mestring i et langtidsperspektiv fordi de underliggende problemene ikke avhjelpes (Karlson & Vinnes, 2005). Selvskading, spiseforstyrrelser og rusmisbruk vil derfor, i følge Karlson og Vinnes, være eksempler på emosjonsfokuserede mestringsstrategier som skaper midlertidige, men effektive endringer i den affektive tilstanden som fører med seg en følelse av kontroll og mestring over eget miljø og følelser.

#### 2.4.5. Psykologiske problemer

Selvskading kan også forklares med psykologiske lidelser som var til stede før selvskadingen startet. Det er funnet en sterk og direkte sammenheng mellom depresjon og selvskading, og flere studier finner et forhøyet angstnivå hos selvskadere (Anderssen & Steinan, 2004; Fortune & Hawton, 2005; Ross & Heath, 2002; Ystgaard et al., 2003). Sinclair og Green (2005) mener at spesifikke depressive symptomer som isolasjon og desperasjon fører til selvskading, og at for enkelte kan selvskading ses som et symptom på depresjon. I tillegg til depresjon og angst er impulsiv selvskadende atferd også ofte forbundet med personlighetsforstyrrelser, posttraumatisk stresslidelse, spiseforstyrrelser og narkotikaavhengighet (Hawton & James, 2005; Klonsky et al., 2003; Simeon & Favazza, 2001). En undersøkelse fant at 61% av de som skader seg, har hatt eller har en spiseforstyrrelse, og i utvalg av personer med spiseforstyrrelser fant man at 25-40% også skadet seg selv (Conterio & Lader, 1998; Favazza, 1996 referert i Karlson & Vinnes, 2005). Det at selvskading korrelerer med andre psykologiske problemer og lidelser, sier imidlertid ikke noe direkte om årsakssammenhenger; og det er vanskelig å vite om selvskading kommer som et resultat av en angstlidelse, om selvskadingen er årsaken til angstlidelsen eller om den fungerer som en opprettholdende faktor. En kan tenke seg at de individuelle forskjellene vil



være store når det gjelder slike spørsmål, men mange studier finner at selvskading korrelerer med andre psykologiske lidelser som depresjon, angst og spiseforstyrrelser.

### *2.5. Hendelser som går forut for selvskadingen*

Hittil har jeg i litteraturgjennomgangen redegjort for risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og psykologiske forklaringsmodeller for selvskading blant ungdom. Her vil jeg gå nærmere inn på hvilke hendelser og situasjonsfaktorer som utløser eller i hvert fall går rett forut for, den selvskadende atferden.

Weber (2002) definerer en trigger som en spesifikk hendelse som går forut for selvskadingen og utløser den. Hendelsene ser ut til å kunne deles inn i konflikter med andre nære personer, problemer som er vanskelige å håndtere, og det at andre de kjenner skader seg. Flere studier rapporterer at relasjonsproblemer eller krangler med familie og venner går forut for selvskadingen; at det å krangle med foreldre, søsken eller kjæreste, bli avvist av kjæresten eller andre interpersonlige konflikter kan trigge selvskading hos ungdom som skader seg. De samme studiene finner også at problemer som er vanskelige å håndtere for ungdommen, hendelser som for eksempel vanskeligheter med skolearbeid, det å bli mobbet på skolen, familieproblemer, vanskelige boforhold eller økonomi, opplevelser av motgang eller bruk av alkohol og narkotika, går forut for og trigger selvskadingsepisoder (Harrington, 2001; Hawton et al., 2003; Hawton & James, 2005; Rodham et al., 2004; Yip, 2005). Det å kjenne og høre om andre som skader seg rapporteres også som en trigger for selvskading (Hawton & James, 2005). Harrington (2001) peker på at for ungdommer som skader seg, vil hendelsene som trigger selvskadingen, enten det er en episode der ungdommen blir mobbet på skolen eller krangler med kjæresten, ofte skje mot en bakgrunn av langvarige vanskeligheter knyttet til familie, skole og atferd.

### *2.6. Følelser som går forut for selvskadingen*

Studier som har forsøkt å kartlegge utløsningsfaktorer for selvskadingsepisoder har enten lett etter hendelser og situasjoner som trigger selvskading (som i avsnittet ovenfor) eller etter overveldende og u håndterlige emosjoner. Man kan tenke seg at det er snakk om en sammenheng mellom en hendelse (for eksempel krangel med mor) og overveldende emosjon (for eksempel sinne), og at disse virker sammen for å utløse selvskadingsepisoden, men studiene om selvskading som oversiktsmodellen bygger på, fokuserer enten på hendelser (se for eksempel Hawton & James, 2005) eller overveldende og u håndterlige emosjoner.

Rapporterte emosjoner som trigger selvskading blant ungdom som skader seg, er følelser av å være maktesløs, ensom, forlatt, at ingen bryr seg om deg, skam, sinne, skyld, føle seg ignorert, brukt, skitten eller nummen (Huband & Tantam, 2004; Weber, 2002).

### *2.7. Selvskadingsepisodenes mål, funksjon og virkning*

Hva er så målet med selvskadingen? Hvilken virkning er de som skader seg, ute etter? Lindgren et al. (2004) fremhever at den som skader seg selv, ikke ønsker å dø men å føle seg bedre. Ut fra forskningsstudiene denne litteraturgjennomgangen bygger på ser det ut til at målet med selvskadingen, det ungdommene ønsker å oppnå med å skade seg selv, kan deles inn i fem grove kategorier som glir litt over i hverandre: å redusere kroppslige spenninger, lette eller ta vekk overveldende emosjoner, uttrykke hva de føler, påvirke eller få reaksjoner fra andre mennesker, og å straffe seg selv. Gratz (2003) fremhever at selvskading kan dekke flere funksjoner samtidig.

Det å redusere kroppslige spenninger er en av de to hyppigst rapporterte målene selvskadere har med selvskadingen: de rapporterer at de ønsker å få ut frustrasjoner, redusere eller frigjøre spenninger, og kunne slappe av (Gratz, 2003; Hawton & James, 2005; Ross & Heath, 2003; Yip, 2005). Den andre hyppig rapporterte målet og ønskede virkning var å lette, redusere eller ta vekk overveldende eller ubehagelige emosjoner, redusere emosjonell smerte. De rapporterte at de ønsket å redusere angst, forløse sinne, lette følelser av skyld, ensomhet, depresjon og selvhat, og stoppe tankespinn (Gratz, 2003; Rodham et al., 2004). Bjørneset (2003) skriver at selvskading brukes som smerteforflytning som avleder emosjonell smerte der de selvpåførte fysiske smertene avleder den indre psykiske smerten. Ubehagelige tanker og følelser blir frigjort, tilstander preget av depersonalisering, fremmedhet og flashback avsluttes ved hjelp av selvskading (Gratz, 2003). Gratz (2000, referert i Gratz, 2003) fant i en undersøkelse om selvskading blant college studenter at den hyppigst rapporterte funksjonen var å lette uønskede følelser (rapportert av 76% av deltakerne). Det skade seg selv for å rømme fra uutholdelige følelser, emosjonell smerte eller en situasjon (Gratz, 2003; Hawton & James, 2005; Ystgaard et al., 2003) beskriver også et forsøk på å håndtere overveldende emosjoner, og det gjør også selvskading ut i fra mål om å skape eller opprette noe: opprette følelser av kontroll, trygghet eller grenser mot andre (Gratz, 2003).

Det å uttrykke følelser er også en funksjon eller ønsket virkning selvskadingen er tenkt å oppfylle: ungdom som skader seg, rapporterer at de ønsker å uttrykke sinne mot andre, vise

hvor desperate de føler seg eller å kommunisere at de blir/har blitt misbrukt eller mishandlet og ikke klarer å fortelle det med ord (Hawton & James, 2005; McAllister, 2003; Rodham et al., 2004; Ross & Heath, 2003; Yip, 2005). Et ønske om å straffe seg selv kan også være et mål med selvskadingen, ungdommer rapporterer at de ønsker å straffe seg selv for å være slem eller fæl, fordi de synes de fortjener det eller er sinte på seg selv (Bjørneset, 2003; Gratz, 2003; Rodham et al., 2004; Ross & Heath, 2003; Weber, 2002; Ystgaard et al., 2003).

En annen funksjon eller mål med selvskadingen er et ønske om å påvirke andre mennesker: selvskadende ungdom rapporterer at de med selvskadingen, ønsker å få oppmerksomhet, vise mot og få anerkjennelse, hevne seg på noen ved å få dem til å føle seg skyldige, prøve ut om noen virkelig er glad i dem, gjøre andre bekymret eller synes synd på dem, få omsorg, få andre til å endre atferden sin og få hjelp i en situasjon hvor de ikke opplever seg forstått eller tatt på alvor (Bjørneset, 2003; Hawton & James, 2005; Yip, 2005; Ystgaard et al., 2003).

Bjørneset (2003) påpeker at selvskading også kan ha som mål å gi seg selv noe positivt; at selvskading kan bli en måte å gi seg selv egenomsorg ved å ta vare på seg selv etter handlingen. Dermed kan selvskading bli en unnskyldning for å gi seg selv pleie og være snill mot seg selv. Ystgaard (2003) skriver at de i CASE-studien hadde en hypotese om at ungdom som skadet seg ved å kutte seg, oftere hadde et ønske om å redusere psykisk smerte, mens de som tok en overdose med medikamenter oftere hadde et ønske om å ta sitt eget liv. Det fant de imidlertid ikke holdepunkter for; det var ingen signifikant forskjell mellom oppgitte årsaker for selvskadingsepisoden fra de som hadde kuttet seg og de som hadde tatt overdose. Det var heller ingen forskjell i hva gutter og jenter oppga som grunn for selvskaden.

## 2.8. Utfall

Forskningslitteraturen skriver lite om konsekvenser og utfall av selvskadende atferd hos ungdommer. Det mest alvorlige utfallet er imidlertid at ungdommer som skader seg, har en økt selvmordsfare (Harrington, 2001; Klonsky et al., 2003; McLaughlin et al., 1996); blant annet refererer McAllister til en undersøkelse av Ryan et al. (1997, referert i McAllister, 2003) som fant at det er 18 ganger mer sannsynlig at de som skader seg begår selvmord enn resten av befolkningen. Ett annet utfall er negative kroppslige konsekvenser som skader og arr på kroppen, som Gratz (2003) peker på kan føre til skam og isolering. Selvskading vekker ofte negative reaksjoner hos andre mennesker, både blant behandlere og den vanlige befolkningen, som kan se atferden som manipulerende, på tross av at atferden oftest er privat

og skjult (Gratz, 2003). Selvskading vil videre kunne forstyrre eller ødelegge interpersonlige relasjoner, og dette kan også føre til isoleringstendenser. Følelser av skam, skyld og anger kan både forverre den negative emosjonelle aktiveringen som fører til selvskading, og øke sannsynligheten for mer isolering (Gratz, 2003). Frykt for at selvskadingen skal bli oppdaget av andre vil også kunne føre til sosial isolering (Yip, 2005). I en forskningsstudie av Klonsky et al. (2003) hvor amerikanske Air Force-rekrutter anslo sine egne og kollegaers personlighetstrekk og patologi, ble det funnet at rekrutter som rapporterte at de skadet seg selv, av kollegaer ble vurdert som annerledes enn rekrutter som ikke skadet seg. De som skadet seg, ble ansett å være mer sannsynlige til å begå selvmordsforsøk, skade seg, utvise rare emosjonelle reaksjoner, ikke stole på andre og være nervøs rundt andre.

Muehlenkamp et al. (2005) rapporterer at det er funnet korrelasjoner mellom selvskading og risikoatferd som å bære våpen, slåss, ikke bruke bilbelte, svømme eller føre båt alkoholpåvirket, ha risikofull sex og misbruke narkotika eller alkohol. Det er imidlertid vanskelig å si om risikoatferd er et utfall av selvskadingen; om det er selvskadingserfaringer som gjør ungdommer mer risikosøkende. Om risikoatferden var der før, oppsto sammen med, eller er et resultat av selvskading, besvares ikke av undersøkelsene oversiktsmodellen bygger på. Som nevnt under avsnittet om forutgående psykologiske problemer i redegjørelsen av psykologiske forklaringsmodeller, kan fenomener som korrelerer med selvskading, være vanskelig å plassere i forhold til selvskadingens start: fenomen som depresjon, angst og spiseforstyrrelser korrelerer med selvskading (Ross & Heath, 2002), men det er vanskelig å si noe generelt om det er føreksisterende problemer eller utfall av selvskadingen. En kan tenke seg at det er store individuelle forskjeller.

### *2.9. Opprettholdende faktorer*

Forskningslitteraturen skriver lite om særskilte opprettholdende faktorer til selvskading, og ser ikke ut til å ha vært opptatt av om det er andre faktorer som opprettholder selvskading enn de som utløste selvskadingen i utgangspunktet. Noen viktige punkter er imidlertid nevnt tidligere i oppgaven; ikke minst at selvskading ses som en negativ mestringsstrategi som ikke avhjelper de underliggende problemene. De uløste underliggende problemene vil dermed være en opprettholdende faktor. Det at atferden forsterkes av personer i omgivelsen, eller er forbundet med medfødte biologiske sårbarhet vil også være opprettholdende faktorer, men det vil ikke være snakk om forskjellige faktorer enn de utløsende faktorene. Opprettholdende faktorer vil for eksempel være at konsekvenser eller utfall av selvskadingen fører til videre

selvskading. Som nevnt under utfall av selvskading, kan følelser av skam, skyld og anger forverre den negative emosjonelle aktiveringen som fører til selvskading (Gratz, 2003). Yip (2005) skriver at både umiddelbare emosjoner etter en selvskadingsepisode, som for eksempel følelser av frustrasjon og tomhet, kan føre til mer selvskading, og hvis ungdommen etter selvskadingen setter merkelappen selvskader på seg selv, kan det skape en selvoppfyllende profeti som fører til mer selvskading.

### 2.10. *Særtrekk ved studiene*

For å kommentere studiene som litteraturgjennomgangen har basert seg på, vil jeg trekke fram at fokuset til forskning på selvskading blant ungdom er variert: Surveyundersøkelsene kartlegger omfang, prevalens og frekvens av selvskading, men fokuserer samtidig på andre korrelerende forhold og tema, som for eksempel risikofaktorer, psykologiske problemer, risikoatferd og kjennetegn ved selvskadere (se for eksempel: Anderssen & Steinan, 2004; Evans et al., 2005; Gratz et al., 2002; Hawton et al., 2002; Klonsky et al., 2003; Muehlenkamp et al., 2005; Ross & Heath, 2002; Ystgaard et al., 2003). Størrelsen på utvalgene i surveyundersøkelsene varierte fra 159 amerikanske psykologistudenter (Gratz et al., 2002) til 6.020 engelske skoleelever (Hawton et al., 2002). Fokus i kvalitative undersøkelser (intervjuer) har sentrert rundt erfaringene til de som skader seg: erfaringer fra veien inn i selvskading, det å skade seg, behandling og det å slutte med selvskading (se for eksempel: Hodgson, 2004; Huband & Tantam, 2004; Lindgren et al., 2004; Sinclair & Green, 2005; Weber, 2002). Størrelsene på utvalgene i kvalitative undersøkelser varierte fra intervjuer med 9 svenske selvskadende kvinnelige pasienter (Lindgren et al., 2004) til e-post baserte intervjuer med 22 engelskspråklige selvskadere som ble rekruttert fra nettstedet om selvskading (Hodgson, 2004). Fokus for reviewundersøkelser har vært: risikofaktorer og funksjon ved selvskading (Gratz, 2003), nyere forskningsresultater om selvskading blant barn og unge (Fortune & Hawton, 2005) og en gjennomgang av ulike måter å forstå selvskading på (McAllister, 2003).

De mest typiske metodene er dermed surveyundersøkelser, kvalitative undersøkelser (intervjuer) og review. Ett hovedproblem med surveyundersøkelsene er at de bruker ferdigdefinerte rapporteringsverktøy og inventories, som respondenten må forholde seg til (for eksempel krysse av for ja eller nei), og som begrenser mulige svaralternativer. Ett eksempel er Evans et al. (2005) sin undersøkelse om mestringsstil hos unge som skader seg, hvor det ikke stilles åpne spørsmål om hva de unge gjør når de er opprørte eller bekymret, men lister opp 8

mulige mestringsstrategier som ungdommene svarer ja eller nei på om de benytter. Fordelene er naturligvis det kostnadseffektive (informasjon fra mange på kort tid). I et relativt nytt og utforsket forskningsfelt som selvskading blant ungdom er, er det imidlertid mulig at begrensede mulige svaralternativer kan være et problem i surveyundersøkelser.

### *2.11. Oppsummering*

For å summere opp litteraturgjennomgangen har jeg nå sortert forskningsfunn etter hva de har funnet om risikofaktorer for selvskading, der tre hovedgrupper var: risikofaktorer fra opplevde barndomstraumer, biologisk sårbarhet og sosialt miljø. Viktigste beskyttelsesfaktorer er en fortrolig voksen og sosial støtte. Psykologiske forklaringsmodeller som dissosiasjon, affektregulering, impuls kontroll, mangel på mestringsstrategier og problemløsningsstrategier, og forutgående psykologiske problemer, søker å forklare de underliggende mekanismene i selvskadingsfenomenet. Situasjonshendelser som trigger selvskading, kan være konflikter med andre, problemer som er vanskelige å løse, og det at andre skadet seg. Emosjoner som trigger selvskading, er overveldende emosjoner som for eksempel sinne, ensomhet og nummenhet. Målet med selvskadingsepisodene, det som var ønsket funksjon, var å frigjøre kroppslige spenninger, redusere overveldende emosjoner, uttrykke følelser, få andre til å reagere eller å straffe seg selv. Utfall av selvskading er økt selvmordsfare, negative kroppslige konsekvenser, negative reaksjoner fra andre, problemer med relasjoner til andre, og isolasjon. Opprettholdende faktorer kan være uløste underliggende problemer, at emosjonelle tilstander etter utført selvskading utløser mer selvskading, og at ungdommer som skader seg setter merkelappen selvskader på seg selv, og skaper en selvoppfyllende profeti som fører til mer selvskading.

En foreløpig konklusjon er at fokus på jevnaldrende er viktig: Det er viktig å vite at en av de sterkeste faktorene for selvskading er at jevnaldrende skader seg, og at det er til venner og jevnaldrende ungdom går for å få hjelp og støtte, ikke til profesjonelle. Det å gi ungdom mer kunnskap om selvskading og hva som hjelper er derfor viktig, enten de er selvskadere, har venner som skader seg eller bare vet at fenomenet eksisterer.

Det framtrer ingen skarpe motsetninger mellom de ulike teoriene og modellene som er presentert i litteraturgjennomgangen. Teoriene og modellene legger vekt på å presentere sannsynligheter, muligheter, tendenser og korrelasjoner når de behandler aspekter ved

selvskading, og er forsiktige med å utelukke at det også finnes andre mulige løsninger. De ulike teoriene og modellene beskriver også i stor grad ulike aspekter ved fenomenet.

Etter denne gjennomgangen av nyere faglitteratur hvor fokuset hovedsakelig har vært på grupper av ungdom, vil jeg igjen trekke fram at ikke alle ungdommer som erfarer barndomstraumer skader seg og at ikke alle selvskadere har de samme erfaringene; heller ikke skader alle selvskadere seg på samme måte eller under de samme forhold (Solomon & Farrand, 1996). Selv om noen av arbeidene oversiktsmodellen bygger på har vært kvalitative studier, har dette vært en gjennomgang med et sterkt fokus på gruppenivå. Neste del av oppgaven vil ta for seg et mer individuelt perspektiv og presentere tre intervjuer med elever i videregående skole som har erfaringer med å skade seg. En review og gjennomgang av faglitteratur som oppgavens andre del har bestått av, har vært viktig fordi den har gitt en oversikt og kunnskap om selvskading blant ungdom med fokus på gjennomsnitt og gruppefunn. Neste del av oppgaven er et kvalitativt pilotstudie om ungdom som skader seg, og fokuserer på deres førstehåndserfaringer og beskrivelser av selvskading.

### **3. Pilotstudie om selvskading blant ungdom**

#### *3.1. Metode*

##### 3.1.1. Bakgrunn for valg av metode

Målet med den kvalitative undersøkelsen var å finne ut hvordan selvskading beskrives av ungdommer som har erfaringer med å skade seg. Ønsket var å gjennomføre en eksplorerende undersøkelse som kunne beskrive subjektive erfaringer og utforske selvskadingsfenomenet fra enkeltindividers perspektiv. Siden informasjonen som ville komme frem, ikke var gitt på forhånd, ønsket jeg å organisere studien som en kvalitativ undersøkelse med semistrukturerte intervjuer med ungdommer som hadde skadet seg. Undersøkelsen var en pilotstudie fordi den i tillegg til å skaffe informasjon om selvskadingserfaringer, også var en utprøving av prosedyrer til en senere eventuell større forskningsstudie om selvskading blant ungdom (Cozby, 1997).

Når det gjelder forholdet mellom kvalitative metoder og kvantitative, skriver Repstad (1998) at når en står ovenfor et særpreget og unikt fenomen, er generaliseringer og gruppenivå alene ikke interessant; en god fremgangsmåte er også å undre seg over hva folk tenker og gjør. Og dette kan gjøres gjennom uformelle intervjuer der folk får snakke fritt om fenomenet. Kvale

(1996) skriver at kvalitative forskningsintervjuer søker å forstå verden fra deltakernes synspunkt og å utforske menneskers erfaringer, deres livsverden eller levde verden som går forut for vitenskapelige forklaringer. Fenomenologi innebærer et forsøk på å beskrive en erfaring direkte, uten å tenke på opprinnelsen eller årsaken til erfaringen. Et fenomenologisk perspektiv vil, i følge Kvale (1996), fokusere på informantens livsverden, studere subjektets perspektiv og syn på sin verden, og forsøke å favne den kvalitative variasjonen i erfaringer og trekke ut mening. Smith (1995) sier at den fenomenologiske posisjonen innebærer et ønske om å gå inn i den psykologiske og sosiale verden til informanten så mye som mulig.

For denne undersøkelsen ble det valgt å bruke en fenomenologisk kvalitativ forskningsmetode bestående av semistrukturerte intervjuer, fordi forskningsspørsmålet var å undersøke hvordan selvskading beskrives av ungdom som skader seg selv. Siktemålet var å gjennomføre en eksplorerende undersøkelse med et fenomenologisk perspektiv, for å belyse og beskrive egenerfarte aspekter ved selvskadingsfenomenet blant ungdom.

### 3.1.2. Utvikling og beskrivelse av intervjuguide

Målet med intervjuguiden var å lage en intervjuguide med mest mulig åpne spørsmål, som kunne få ungdommer til å beskrive sine egne konkrete opplevelser med selvskading. Det ble derfor besluttet å bruke semistrukturerte intervjuer, som kjennetegnes ved at de går inn for å opprette en relasjon med informanten og hvor rekkefølgen av spørsmålene er mindre viktig, i motsetning til strukturerte intervjuer som følger intervjuguiden bokstavelig (Smith, 1995). I semistrukturerte intervjuer er intervjueren friere til å undersøke interessante tema som dukker opp underveis.

Intervjuguiden (se Vedlegg 1) ble inndelt i syv deler, der fire av delene omfatter informasjon som ble gitt til den som ble intervjuet (deltakeren): første og andre del er velkomst og en orientering om prosjektet, og sjette og syvende del informerer om oppfølging etter undersøkelsen og avrunder intervjuet. Informasjonsinnhentningen utgjorde de tre midterste delene i intervjuguiden og var orientert rundt tre tema: bakgrunnsinformasjon (alder, kjønn, familiesituasjon og skolesituasjon), spørsmål knyttet til erfaringer med selvskading, og spørsmål knyttet til tanker de har om forebygging og behandling.

Informasjonsinnhentningsdelen i intervjuguiden som omhandlet selvskading var delt inn i en kortere generell del hvor målet var å skaffe en oversikt over deltakerens selvskading



(Eksempel på spørsmål: Kan du huske når du skadet deg første gang? Har det forandret seg mye underveis?). Deretter fulgte spørsmål knyttet til en spesifikk selvskadingsepisode deltakeren selv valgte ut (Kan du fortelle om en gang du skadet deg selv?), intervjuer foreslo sist gang, en typisk gang eller en gang deltakeren husket spesielt godt. Intervjuguiden inneholdt spesifikke oppfølgingsspørsmål (For eksempel: Hvor skjedde det? Var det andre personer til stede? Med hva ble skaden utført? Hvor vondt var det?), oppfølgingsspørsmål om tanker (For eksempel: Hva tenkte du om det rett før du skadet deg? Hva tenker du om det nå?) og oppfølgingsspørsmål om emosjoner (For eksempel: Hva følte du før du bestemte deg for å gjøre det? Hva følte du mens du gjorde det?). Det ble i intervjuguiden estimert at et intervju ville ta omtrent 45 minutter; 35 minutter til delen som undersøkte selvskading.

### 3.1.3. Utvalg og utvalgsprosedyrer, fremskaffing av informanter, utvalgskriterier

Samarbeidet med skolehelsetjenesten i Bergenshus som ble opprettet i forkant av to surveyundersøkelser blant elever i videregående skoler i Bergen i 1997 og 2004 (Anderssen et al., 1999; Anderssen & Steinan, 2004) ble videreført i denne undersøkelsen. Målgruppen for undersøkelsen var elever ved videregående skoler i Bergen som hadde oppsøkt helsesøster fordi de skadet seg selv. Det ble utformet en skriftlig invitasjon til å delta i forskningsprosjektet om selvskading (se Vedlegg 2), som helsesøstrene ga til elever som oppsøkte dem på grunn av selvskading. Invitasjonen inneholdt informasjon om forekomst av selvskading, forskningsprosjektet ved Universitetet i Bergen, intervjuframgangsmåte og prosjektansvarlige, hvorpå elevene ble invitert til å bli med på prosjektet og fikk informasjon om hvordan de kunne kontakte prosjektmedarbeider. Invitasjonen gjorde det klart at helsesøster ikke ville få vite hvilke elever som tok kontakt med prosjektet.

Utvalgskriteriene var at deltakerne var elever ved videregående skoler, var over 16 år, hadde erfaring med selvskading og var i stand til å gjøre seg forstått på norsk uten tolk. Deltakerne ga samtykke til deltakelse i prosjektet ved at de stilte til intervju og lot seg intervju.

### 3.1.4. Datainnsamling, transkribering

De 3 intervjuene ble foretatt ved Det psykologiske fakultet sommeren og høsten 2005 på dag- og ettermiddagstid. Intervjuene varte mellom 50 og 80 minutter. Ved starten av intervjuet ble informantene informert om anonymitet, frivillighet og ble fortalt at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet eller velge å ikke svare på spørsmål. De ble informert om at det ble gjort opptak av intervjuet som ville bli slettet så snart intervjuet var transkribert. Intervjuet ble

tatt opp på en MD Recorder, transkribert til tekstfiler, og minidiskene med intervjuene ble deretter slettet.

Kvale (1996) peker på at intervjuers forforståelse og kunnskap om fenomenet som studeres, vil lede og påvirke det kvalitative forskningsintervjuet, fordi intervjueren selv er forskningsinstrument. Min forforståelse av selvskading blant ungdom før jeg foretok intervjuene var basert på forskningsartikler om prevalens, risikofaktorer og korrelerende fenomener til selvskading blant ungdom (se for eksempel: Ystgaard et al., 2003).

Forforståelsen min inkluderte ikke en spesifikk teoretisk ramme eller forståelse av fenomenet ut fra en særlig teoretisk retning.

### 3.1.5. Etiske og metodiske betraktninger

Selvskadingsundersøkelsen ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk Vest-Norge (REK) og Datatilsynet. I søknaden til REK ble etiske spørsmål som undersøkelsen ville berøre, tatt opp og diskutert, blant annet spørsmålet om elever under 18 år kunne avgi eget samtykke, anonymitet for deltakerne, viktigheten i at deltakere ble godt nok informert og spørsmålet om det kunne være retraumatiserende for ungdom å bli intervjuet om selvskading.

Kan elever under 18 år avgi eget samtykke eller er det nødvendig med foreldres samtykke for at elever på 16-17 år skal kunne intervjues om egne erfaringer om selvskading i et forskningsprosjekt? Vi ønsket i utgangspunktet at alle elever ved videregående skoler i Bergen skulle kunne delta i undersøkelsen, fordi vi ønsket en størst mulig aldersspredning på deltakerne, men så at det kunne være påkrevd med foreldres samtykke for elever på 16-17 år. Elever på 16 og 17 år trenger ikke foreldrenes samtykke for å oppsøke skolehelsetjenesten, men det å delta i et forskningsprosjekt om et tema som er potensielt vanskelig for dem, er noe annet. Imidlertid har disse elevene flere selvstendige rettigheter overfor helsevesenet, inklusive skolehelsetjenesten. I tillegg til at de har rett til å oppsøke skolehelsetjenesten uten samtykke fra foreldre, har de også rett til å be om prevensjon og abort uten foreldres samtykke. I slike spørsmål blir altså 16-17 åringer behandlet som voksne av skolehelsetjenesten, noe som kunne tilsi at de aktuelle deltakerne burde kunne gi et selvstendig samtykke til å delta i prosjektet. Et annet moment var at hvis elever måtte be foreldre om samtykke til å delta, ville det bli vanskeligere å rekruttere deltakere: i følge skolehelsetjenesten har de fleste som oppsøker dem med selvskadingsproblematikk, ikke informert foreldrene om selvskadingen.

Elever som oppsøkte skolehelsetjenesten og mottok en invitasjon til å delta på forskningsprosjektet, hadde krav på at deres eventuelle deltakelse ville skje anonymt. Anonymitet i forhold til skolehelsetjeneste ble forsikret ved at skolehelsetjenesten ikke fikk vite hvilke elever som ble med i studien, lydopptak ble slettet straks de var transkribert og data ble skrevet ut i anonymisert og ikke-identifiserbar form. All rapportering er anonymisert, og prosjektmedarbeider og prosjektleder behandler all informasjon konfidensielt.

Tydelig og klar informasjon om hva prosjektet innebærer og et eksplisitt samtykke fra deltakerne er en viktig del av en etisk forsvarlig undersøkelse. I denne undersøkelsen ble samtykke regnet som gitt når ungdommene lot seg intervjuet, og informasjon ble gitt både før og under intervjusituasjonen: I invitasjonsbrevet ble elevene informert om forskningsprosjektet og i begynnelsen av intervjuet ble de igjen informert om prosjektet; at deltakelsen deres var anonym, at skolehelsetjenesten ikke ville få vite at de deltok, og at de hadde mulighet til å trekke seg fra intervjuet eller la være å svare på spørsmål. De ble også informert om at intervjuet ble tatt opp på bånd som kom til å bli slettet etter transkribering.

Spørsmålet om det kan være retraumatiserende for ungdommer som skader seg å bli intervjuet i detalj om selvskading, var også et etisk spørsmål. Elevene som ble rekruttert, var imidlertid allerede i kontakt med helsesøster og hadde snakket med henne om egne erfaringer med selvskading, så selvskadingen var et tema de hadde snakket med noen om før. Elevene valgte også selv om de ville delta og hvor mye de ønsket å fortelle, som de ble minnet på flere ganger. For å forebygge eventuelle senere plager, ble intervjusituasjonen forsøkt gjort så trygg som mulig for deltakerne ved at intervjuer utviste vaksomhet og sensitivitet. De ble muntlig og skriftlig informert om hvordan de i ettertid kunne kontakte skolehelsesøster, skolelege, PPT eller prosjektmedarbeider. Angående spørsmålet om beredskap i etterkant av intervjuet, så var deltakerne allerede i kontakt med helsesøster i og med at de ble rekruttert via skolehelsetjenesten. Helsesøster ville også kunne formidle videre kontakt med skolelege, fastlege, PPT-psykolog, BUP eller lignende, ved behov for det.

### *3.2. Analyse*

Utgangspunktet for dataanalysen gjenspeilet siktemålet med undersøkelsen; å undersøke hvordan selvskading beskrives av ungdom som skader seg selv. Analysen ble gjennomført med den, i følge Kvale (1996), hyppigst brukte metoden i kvalitativ dataanalyse: en ad hoc

tilnæringsmåte som innebærer at benyttede analyseverktøy og analysemetoder er tilpasset datamaterialet og studiet.

Analysen gikk ut på følgende: Siden målet med undersøkelsen var å gi en beskrivelse av selvskadingsfenomenet, ønsket jeg på den ene siden å se på deltakernes egne selvforståelser av selvskading, og på den andre siden tolke dataene ut i fra en mer overordnet og psykologfaglig vinkel. Her støttet jeg meg på Kvale (1996) som skriver at tolking av teksten eller data avhenger av konteksten til fortolkningen, fordi det er dette som styrer hvilke spørsmål vi stiller til teksten i analysen. Ett slik tolkningsnivå eller kontekst er det Kvale kaller deltakernes selvforståelse av fenomenet, hvor en eventuell validering av tolkningen av intervjueteksten må foretas av deltakerne selv: spørsmålet er om de ville vært enige i fortolkningene. Deltakernes selvforståelse er bare ett nivå eller kontekst av mulige tolkninger av data. Det neste nivå eller kontekst er et mer overordnet nivå, basert mer på kritisk sunn fornuft, hvor tolkningen av intervjueteksten går utover deltakernes selvforståelse og tolker hva utsagn i intervjuet kan uttrykke om innholdet eller personen. Deltakerne er ikke bare informanter, de representerer også objekt for analysen. En eventuell validering av dette nivået er det den generelle befolkningen som ville måtte foreta: ville de vært enige i de foretatte tolkninger? Et tredje nivå er en teoretisk forståelse som tolker intervjudata i en teoretisk ramme, for eksempel ut i fra en psykoanalytisk ramme, og disse tolkningene er det andre forskere og teoretikere innen psykoanalytisk teori som ville kunne validert (Kvale, 1996). Målet med undersøkelsen om selvskading var å eksplorere så åpent som mulig. Videre hadde jeg som strategi å ikke anvende en utvalgt teoretisk ramme eller et teoretisk utgangspunkt å tolke intervjudata ut i fra, som for eksempel selvpsykologi eller klassisk psykoanalytisk teori kunne vært. Kvales idé om at tolkning foretas ut i fra ulike nivå, passet med det jeg ønsket å oppnå i denne oppgaven: nemlig å analysere data både ut i fra deltakernes selvforståelse og ut ifra et mer kritisk og psykologfaglig nivå. Undersøkelsen og analysen har med andre ord ikke hatt ambisjoner om å benytte Kvales tredje nivå.

Den konkrete dataanalysen ble basert på Giorgi og Giorgi (2003) sin beskrivelse av trinnene i en fenomenologisk analyse. I følge Giorgi og Giorgi betyr fenomenologi ”fra synspunktet til den handlende organismen”, og den fenomenologiske analysen starter med en beskrivelse av en erfaring som skal forstås psykologisk. Beskrivelsen har gjerne kommet fram gjennom et intervju. Analysen består av følgende fire trinn: 1) Lese beskrivelsen ut fra et helhetssyn, det fenomenologiske perspektivet er holistisk og det er viktig å gjøre seg kjent med helheten i

stoffet. 2) Etablere meningsenheter: Lese beskrivelsen ut i fra et mål om å finne meningsenheter. Inndelingen er ikke objektiv, men korrelerer med forskerens perspektiv. 3) Uttrykke den psykologiske meningen i deltakernes hverdagspråk (meningsenhetene) mer direkte, uttrykke meningene psykologisk eksplisitt. 4) Lage struktur: bruke de omformulerte enhetene som basis for å beskrive den psykologiske strukturen i erfaringen, på tvers av intervjuene.

Organiseringen av dataanalysen er todelt: første del av dataanalysen ble basert på deltakernes selvforståelse, og presenterer tema og meningsenheter som fokuserer på hvordan deltakerne selv forstår selvskadingen. Meningsenhetene framtrer delvis som svar på spørsmål stilt i intervjuguiden og delvis av seg selv i intervjuene; de er funnet ved å aktivt lete etter meningsenheter i de transkriberte intervjuene. Meningsenhetene har deretter blitt omformulert mer direkte, men tolket ut i fra deltakernes selvforståelse. Andre del av dataanalysen ble gjennomført på samme måte: intervjuteksten ble grundig lest for helhet, meningsenheter ble lett fram, men fokuset i letingen av meningsenheter var på det Kvale (1996) kaller det kritiske sunn fornufts nivået som søker å være mer kritisk til dataene og ikke bare se etter deltakernes selvforståelse, men fokusere på innholdet i det som blir sagt og personene som uttrykker dem. Ved å fokusere på innholdet letes det etter hva ulike utsagn uttrykker om fenomenet som studeres, spørsmålene som rettes til teksten kan fokusere på personen hva uttrykker utsagn om personen og relasjonene til fenomenet. Er for eksempel utsagn motstridende og kommer det fram konflikter? Som tidligere nevnt har ikke oppgaven hatt ambisjoner om å inkludere Kvales tredje analysenivå; det å tolke data ut fra en teoretisk ramme.

I første del av dataanalysen fremtrådte meningsenhetene og tolkning mer av seg selv, og er mer bokstavelige og direkte knyttet til intervjuteksten, fordi det baseres sterkt på deltakernes egne tema og beskrivelser. I den andre delen av dataanalysen, som hadde en mer kritisk og psykologfaglig tilnæringsmåte, fremtrådte meningsenhetene og tolkning mer i diskusjoner med prosjektleder. Det at analyse og tolkning ble foretatt gjennom diskusjoner med andre, innebærer samtidig en verifikasjon hvor intervju og analyser ble kontrollert for bias og selektive fortolkninger. Repstad (1998) skriver at kvalitativ dataanalyse er en jakt på de gode nyanser, for eksempel selvmotsigelser hvor informanter kan motsi seg selv ved å først svare ut i fra seg selv, og deretter svare stereotypisk eller konvensjonelt om samme tema. Folk kan være seg lite bevisst drivkreftene bak egne handlinger. Det var denne holdningen vi tok med oss i andre del av dataanalysen.

### 3.3. Resultater

#### 3.3.1. Generelt om presentasjon av deltakerne

Tre unge kvinner ble intervjuet om erfaringene deres med selvskading. Alle tre hadde vært i kontakt med helsesøster fordi de skadet seg og var elever ved videregående skoler. Siden et mål med denne delen av oppgaven var å sette fokus på enkeltpersoners erfaringer med selvskading, blir informasjon fra intervjuene gjengitt i henhold til hvem av jentene som ga den. Jentene har blitt tildelt navn etter de tre hyppigst valgte jentenavnene i 2004: Emma, Julie og Ida (Statistisk sentralbyrå, 2005).

Tabell 2. Oversikt over de tre deltakerne.

<p>Emma: jente, 16 år, bor med far. Hun har skadet seg et par ganger i uken siden hun var 11-12 år, hovedsakelig for å få vekk sinne og frustrasjon.</p> <p><i>”Jeg liker å være den voksne og ansvarsfulle som tar vare på alle andre, men som ikke trenger å bli tatt vare på selv. Det er den rollen jeg har trivs med veldig lenge nå. Jeg tror ikke jeg ville klart å bytte rolle, for da ville jeg følt meg svak og sårbar og ...Svakhet, det er noe jeg ikke liker . Å vise svakhet det er ikke aktuelt fra min side.”</i></p>
<p>Julie: jente, 16 år, bor med mor og lillebror. Hun har skadet seg i 2 år ved å stikke eller kutte seg. Hun har også hatt erfaringer med spiseforstyrrelser og depresjon. Kom i behandling hos BUP etter at hun tok en del tabletter.</p> <p><i>”Det begynte jo egentlig veldig forsiktig. Og så var det bare sånn... mer sånn katteklor, nesten, helt i begynnelsen. Men. Så det har ikke vært sånn veldig mye senere heller, egentlig. I forhold til veldig mange andre da.”</i></p>
<p>Ida: jente, 17 år, bor med mor. Hun har skadet seg siden 7.klasse. Hun var deprimert og ble innlagt på ungdomsposten i slutten av 9.klasse.</p> <p><i>”Jeg hadde så dårlig samvittighet for at jeg bodde hos min tante, for at hun... så måtte liksom hun ta ansvar for meg. Og så var det, følte det var så mye. At jeg gjorde så mye utav meg holdt jeg på å si. At jeg måtte bry andre og sånn.”</i></p>

#### 3.3.2. Første del av analysen: Beskrivelse av deltakernes egen forståelse av selvskading

##### Hva sa de selvskading er?

Hva sa de selv når de snakket om hva selvskading er? En av ungdommene (Emma) kalte det en enkel løsning. En annen (Ida) sa at når en er så sint og frustrert så er det ingenting som hjelper, og det å skade seg selv får ut den smerten du har inni deg slik at det blir litt bedre:

*”For du gjør det liksom fysisk vondt i stedet for psykisk. Det gjør jo ikke ting bedre, men du får jo ting oppi hodet, at det er en måte å bli kvitt frustrasjonen på en måte.”* Hun beskrev det slik at det å kutte seg selv ikke gjør ting bedre, men at du får andre ting i hodet og ikke lenger er så frustrert. Det var vanskelig for henne at det snakkes om selvskading som en trend: *”Det finnes forskjellige typer for selvskading. [...] For meg var det noe veldig personlig fordi jeg hadde det vondt, hvorfor vil folk gjøre det til en trend, liksom? Det å ha det vondt inni seg bør jo ikke ha noe med en trend å gjøre.”* Det å overhøre andre snakke om selvskading som noe populært, lettvent, nesten morsomt, var vanskelig fordi det betydde at selvskading ikke tas alvorlig: *”At det var bare liksom noe man gjorde for å få oppmerksomhet. Men i mitt tilfelle så var det jo ikke det, for jeg ville jo helst ikke vise det til folk.”*

#### Hvilke emosjoner prøvde de å slippe unna?

Hvilke følelser og emosjoner snakket de om at de skadet seg for å slippe unna? Sinne går igjen og ser ut til å være en vanskelig emosjon å håndtere; både sinne rettet mot seg selv og rettet mot andre. Likeså frustrasjoner. Videre snakket de om følelser som hadde med tristhet å gjøre: å være lei seg (Julie), depresjon, nedtur, være deppet (Emma), skuffet (Ida). De snakket også om mer generelle eller komplekse fenomen som: psykisk stress (Emma), hatt en dårlig dag på skolen, var i dårlig humør (Julie), og om det å være urolig: stressest, nervøs, ha dårlig samvittighet (Ida), og om det å være trøtt og sliten (Emma).

#### Hva tenkte de før de skadet seg?

Før hun skadet seg sier en av jentene (Emma) at hun tenkte at det kom til å bli en lettelse å slippe alt stressest, og slippe å tenke på at nå har det blitt kjipt igjen etter å ha vært med på en tur hvor hun hadde det kjempefint. En av de andre (Ida) sa at hun ikke vet hva hun tenker før hun skader seg: *”Etter hvert så var det jo bare noe automatisk oppe i hodet mitt som skjedde, at liksom... For du tenker jo ikke så mye der og da, du er bare sint liksom. Det er jo bare en masse kaos oppi hodet liksom. Så hva jeg tenker, det vet jeg faktisk ikke.”* Lysten til og beslutningen om å skade seg skjedde uten at hun tenkte bevisst på det.

#### Med hva, hvor ofte og hvordan skadet de seg?

De tre ungdommene skadet seg ved å kutte seg, men det var likevel stor forskjell i hva de gjorde, hvor ofte, hvor og hvordan. Emma kuttet seg med kniv, hun gjorde det ganske regelmessig et par ganger i uka, som oftest på rommet sitt, både morgen (før skolen) og ettermiddag. Hun kuttet på armene og skuldrene, og gikk med langermet genser for å skjule

det eller kutter seg under klokka. Metodene hennes har ikke forandret seg noe særlig underveis. For Julie har det forandret seg mye underveis; hun startet veldig forsiktig. Hun kuttet og stakk seg selv med passer, sikkerhetsnåler, tapetkniv, stoffskjærehjul og barberblad. Hun har også brukt tabletter. I et helt skoleår skadet hun seg daglig. I intervjuet fortalte Julie at hun kuttet i badekaret og i dusjen, blant annet om ettermiddagen etter skolen. Ida kuttet seg med skarpe ting som barberblad, sakser og knuste kulepennner, og kuttet seg bare på innsiden av venstre underarm. Hun gjorde det oftest hjemme, på sitt eget rom, om kvelden før hun skulle sove. Ida kuttet seg for å slappe mer av og sovne, men hun har også gjort det sammen med en venninne på skolen, og en gang på tentamen. Hun kuttet seg når hun har dårlige dager og på dager når alt hadde bygd seg opp, og etterpå gikk det en stund til neste gang; hun var kvitt det for en stund.

### Effekten av selvskadingsepisoden

De nevnte at effekten av selvskading var at de fikk vekk sinne og frustrasjon, og slappet mer av: *”Da var det akkurat som jeg slappet mer av etterpå liksom. Da hadde jeg fått det ut liksom, sinne og... Så da kunne jeg slappe mer av og sovne. Og så var det kanskje av og til litt bedre dagen etterpå.”* (Ida). Det så ut som at selvskadingssekvensen var lik for alle tre: de var urolige (lei seg, sinte, frustrerte), skadet seg og ble deretter rolige.

### Ønsket om å slutte

På den ene siden skapte altså selvskadingen positive effekter, men samtidig ønsket alle tre jentene å slutte med atferden. En av de (Emma) sluttet i 2 måneder fordi hun skulle ha fine klær på bursdagsfeiringen sin, og ville ikke ha sår på armene. Hun klarte å la være å kutte ved å trene mye. *”Fordi at... det er ikke akkurat fint å gå rundt med arr på armene når det er sommer, og du blir brun og sånne ting. Så er det en lettvinnt måte. Og det er ikke akkurat en bra løsning. Du ødelegger jo deg selv.”* En grunn til å ønske å slutte var at å kutte huden ga arr som er stygt, en annen grunn var at det selvdestruktive i handlingene – at du ødelegger deg selv - opplevdes galt.

To av jentene skadet seg ikke lenger da jeg intervjuet dem, men de var ikke helt sikre på om problemet var over for godt eller om de hadde en god periode: *”Jeg vet ikke om det er bare fordi jeg nå endelig har klart å bli ferdig med det, eller om det bare er en periode der jeg går uten. For jeg har klart å gå en god stund uten tidligere også.”* (Julie). For en av de andre



(Ida), som skadet seg mens hun var deprimert, hang det at hun sluttet sammen med at hun ikke lenger hadde de samme følelsene; at hun var mindre deprimert.

### Første gang de skadet seg

Alle tre beskrev det å skade seg første gang som tilfeldig. De fortalte at de på en måte 'oppdaget' selvskading. En av ungdommene (Emma) sa hun kuttet seg i fingeren mens hun laget mat, og at det føltes som en lettelse, så hun prøvde igjen senere og det samme fortsatte. En annen (Julie) sa at hun satt ute sammen med en venninne og kjedet seg, og fant et blad med skarpe kanter som hun kuttet seg på fingre og armen med, til hun blødde litt. Hun husket ikke lenger om den første episoden fikk henne til å føle noe spesielt, men hun trodde det var det som skjedde. Hun visste ikke at det var noe som het selvskading da hun startet. Den tredje jenta (Ida) fortalte at hun hadde kjærlighetssorg og rispet navnet til gutten på armen, og det var første gang hun skadet seg. Senere ble det: *"utvidet til å gå over til selvskading etter hvert"*, så for henne skjedde det en utvikling fra den første hendelsen med å rispe inn navnet til gutten hun var forelsket i, til selvskading.

### Smerte

Smerte hadde en tvetydig funksjon i det å kutte seg, for det virket som smerte var en viktig del av prosessen, samtidig som at noen beskrev at de følte smerte og andre ikke. En av jentene (Emma) sa først at *"Jeg synes ikke det gjør vondt, bare kjenner at spenningen slipper tak når jeg gjør det [kutter seg]"*, men senere i intervjuet sa hun at *"Ja. Den fysiske smerten tar over den psykiske. Det var sånn i begynnelsen i hvert fall. For da gjorde det jo vondt. Enkelte ganger så gjør det jo vondt. Sant. Og da er det liksom det at den fysiske smerten tar over den psykiske. Men av og til er det bare en lettelse. For da kjenner du at du bare begynner å slappe mer av, og sånne ting."* Så i hvilken grad smerten opplevdes variert, men enkelte ganger følte hun ikke smerten, bare at spenningen slapp taket. En annen (Ida) sa om smerte at: *"Det gjør jo vondt, det er jo det som er poenget. Altså. Poenget er at det er akkurat som om du ikke får mer vondt enn du har. Det handler jo på en måte bare om å få ut den smerten du har. Det er jo ikke om å ha det mest mulig vondt, men å få ut den smerten du har. Så da blir det kanskje en sånn balanse der som man selv føler."* Hun mente altså at den fysiske smerten var poenget, og at når hun hadde det virkelig vondt emosjonelt, så var det ikke slik at det å kutte seg gjorde det enda mer vondt (hun har det allerede maksimalt vondt), det gjorde det heller vondt på en annen måte, en måte som så ut til å hjelpe med å få ut smerten hun allerede følte.

Jevnaldrende som skadet seg

Det har vært en økning i antall ungdommer som skader seg, og selvskading blant jevnaldrende en av de viktigste faktorene til hvorfor ungdommer skader seg. Alle jentene beskrev at den første gangen de skadet seg var tilfeldig, men kanskje var jevnaldrende med på å opprettholde atferden? Alle tre har venninner som også har vært borti selvskading. En av jentene (Ida) hadde en nær venninne på skolen som også kuttet seg, og som fulgte med når Ida hadde kuttet seg kvelden i forveien. Hun beskriver forholdet slik: *”Vi trakk jo ikke bare hverandre ned heller, selv om vi var deprimert begge to. Det handlet jo også om å få den andre til å slutte [med selvskading].”* Ida og denne venninnen hadde en tredje venninne som også begynte å skade seg, og Ida hadde dårlig samvittighet for det, hun syntes det var forferdelig å føle at det var hennes feil at et annet menneske skadet seg. Hun trodde ikke de andre i klassen, de som var utenfor sirkelen av venninner som visste om selvskadingen, visste om det: *”For de andre, altså de andre i klassen, de var ganske annerledes, de var... ikke barnslige, men. Sånne ting var kanskje litt uvirkelige for de andre i klassen på den tiden.”*

To av jentene (Julie og Ida) hadde kjærester. Kjærestene visste at de kuttet seg, men ingen av jentene hadde snakket inngående med guttene om selvskadingen.

Selvmondsforsøk og ønsker om å dø

Når det gjaldt selvmondsforsøk, så hadde to av ungdommene hatt tanker om det. En av jentene (Julie) tok *”en del tabletter”* og kom deretter i behandling hos BUP. Den andre (Ida) sa at det hadde dreid seg om et ønske om å dø noen ganger: *”Det var jo selvfølgelig noen ganger der jeg ønsket å dø liksom. Men som oftest var det jo bare å få ut sinne og frustrasjoner, og bare skade seg selv liksom.”* Den tredje jenta (Emma) jeg intervjuet opplevde å skade seg så mye at hun ble redd en gang, og hun endte på legevakten med et dypt kutt i armen. Hun sa hun var redd for å snakke om selvskadingen fordi en venninne eller bekjent i familien kuttet seg og ble av legevakten innlagt på psykiatrisk avdeling. Dette gjorde at Emma bestemte seg for å ikke si noe om at hun kuttet seg, av redsel for selv å bli lagt inn.

Uro med situasjonen de er i

De beskrev en uro med situasjonen de er i, og det blir aldri greit å skade seg selv: *”Det var liksom greit, sånn er det, men det er ikke greit for det. Det var vel det der. Det ble aldri sånn at det ble helt greit å skade seg selv.”* (Ida). Selv om de kanskje ikke så selvskadingen som en

tyngende last, var det likevel ikke helt greit. Og de forsøkte å slutte. En av jentene (Emma) kalte det avhengighet.

### Å snakke med andre om selvskading

I hvilken grad det var greit å snakke om selvskadingen med andre, som intervjueren eller behandlere, varierer. En av ungdommene (Emma) har ingen problemer med det, og sier hun ikke er den som blir flau over ting hun gjør, eller angrer på ting hun gjør. En av de andre (Ida) sa at hun ikke likte å snakke om selvskadingen med psykologen hun gikk til, og at det var enklere å snakke om det når det lå litt tilbake i tid, fordi temaet ikke var så sårt og var mer på avstand.

### Forebygging

Hva mente de kunne gjøres for å forebygge selvskading blant ungdom? Den ene jenta (Emma) trakk fram to ting når det gjaldt forebygging av selvskading: at det for den som skader seg selv hjelper å snakke med noen, og å få ut informasjon om at det ikke er noe galt med de som skader seg selv: *”Det må vel være det at – ikke dømme folk som gjør det. At enkelte de gjør det jo for å få hjelp, men andre gjør det for å hjelpe seg selv.”* Det å snakke om temaet og informere andre om hva selvskading handler om, ble trukket fram av en av de andre jentene (Ida) også: *”Det må jo snakkes om, folk må jo vite på en måte, hva det handler om. Men det burde jo heller virke sånn at det er færre som gjør det, det burde jo ikke virke sånn at folk vil gjøre det. Det burde jo være litt mer avskrekkende.”* Det blir altså viktig å finne en måte å informere folk om selvskading, hva det går ut på og innebærer, som ikke fører til at enda flere prøver det. For sin egen del så hun på selvskading som en sideeffekt av depresjon, og at eventuell forebygging måtte vært rettet mot den. Hun foreslo også at: *”Kanskje å lære at man skal ha lov å være sint på andre og ikke bare på seg selv”* og *”lære metoder å bli kvitt frustrasjoner og sinne og sårne ting”*. Det så dermed ut til at de selv tenkte forebygging måtte handle om tingene som gjorde at de skadet seg selv; at de trengte å snakke om problemene sine, forebygge psykiske problemer og lidelser, og uttrykke og mestre vanskelige emosjoner. Når det gjaldt selve selvskadingen ønsket de at andre visste mer om hva det dreier seg om, uten at det gjør at flere begynner.

Emma, som sa at det hjelper å snakke med noen, sa imidlertid også at det var vanskelig å snakke med andre. Tidlig i intervjuet spurte jeg henne om hun syntes det var ubehagelig å snakke med meg om selvskading, og da sa hun at hun ikke hadde noen problemer med det,

men på spørsmålet om hva som hjalp sier hun at det ikke var så lett for henne å snakke om problemene sine fordi hun hadde problemer med å åpne seg for folk: ”*Kunne snakke om problemene og sånne ting. Men jeg gjør ikke det så mye da, for jeg har problemer med å åpne meg for folk. Stoler ikke lett på folk, og da tar det litt tid. Men det er noe som hjelper. Det å vite at du har noen der. Det å vite at hvis det blir skikkelig gale, så har du noen som støtter deg og noen du kan snakke med, og noen som bryr seg om deg.*” På spørsmål om det ville hjulpet henne å ha muligheten til å snakke med noen da hun var 11 år og startet å kutte seg, svarte hun: ”*Kanskje. Det er bare det at jeg hadde ingen interesse å snakke med noen. For jeg tenkte jeg kunne løse det selv.*” Så det er ikke bare snakk om å gi ungdom noen å snakke med, de må også selv være klar til å snakke om selvskadingen. Det var viktig for dem at det var noen der de kunne snakke med, som støttet og brydde seg, da de selv var klar til å snakke.

### 3.3.3. Andre del av analysen: Noen særtrekk ved selvskading

Ved å lese teksten med fokus på analysenivået som Kvale (1996) kaller kritisk sunn fornuft og på Giorgis (2003) mål om å finne psykologisk struktur og essens i meningsenhetene, fant vi fem særtrekk ved selvskading, som syntes å favne informantenes utsagn.

#### Selvskading beskrives som noe prototypisk og avgrenset

Alle tre snakket om selvskadingsbegrepet eller selvskadingsfenomenet med den største selvfølgelighet, som om det var helt klart definert med et fastlagt innhold, og noe vi alle var enige om og innforstått med. Da Ida fortalte om den første gangen hun skadet seg selv fortalte hun at hun rispet navnet til en gutt hun var ulykkelig forelsket i på armen, og fortsatte med å si: ”...så ble det utvidet til å gå over til selvskading etter hvert”. Som om det å rispe seg på armen ikke var ordentlig selvskading, og at hun ikke drev med ordentlig selvskading ennå. Hadde de ferdige skript om hva selvskading er, hva det innebar av atferd, følelser og konsekvenser? En ferdig oppskrift? Alle tre beskrev selvskadingen sin som ritualer de utførte og som fikk dem til å føle seg bedre, når de var frustrerte, sinte, urolige eller lei seg. Var det dette Emma mente da hun sa om selvskading at: ”*det er jo selvskading så det hjelper liksom mot det psykiske stresset*”? Eksisterer det en ferdig mal på hva selvskading er og gjør? Det at begrepene de brukte lignet mye på resten av kulturens og behandleres forklaringer, kan ha sammenheng med at alle tre gikk til samtaler hos helsesøster, og Julie og Ida hadde i tillegg annen behandlingserfaring også. De brukte ”psykologbegreper” som da Ida snakket om at sinnet hennes går innover, og at en ting som kunne hjelpe med selvskadingen er å ha lov til å

være sint på andre. Det at de har behandlingserfaring, gjorde kanskje beskrivelsene deres av egne erfaringer annerledes enn de ville vært hvis de ikke hadde hatt behandlingserfaring.

De snakket om selvskading i generelle begrep som ikke var personlige, konkrete eller spesifikke (som om selvskading er en egen ting som alle vet hva er) – til jeg spurte konkret om en selvskadingsepisode de hadde utført. Da ble de konkrete, og snakket om kniven, saksen eller barberbladet de brukte, sengen de satt på og hvor varmt vannet i badekaret var.

#### Selvskading for å dempe og mestre sinne

Sinne ble beskrevet som en vanskelig emosjon å håndtere. Det kan se ut til at selvskading fungerte som en reguleringsmetode for sterk affekt, og jentene snakket om at sinne er vanskelig. Sinne de beskrev var rettet mot mennesker de var i nære relasjoner med; Emma i forbindelse med skuffelsen og avvísningen av sin mor, Ida om kjærlighets sorgen som startet selvskadingen. De beskrev også et sinne rettet mot seg selv, og et sinne over å ikke få hjelp: Ida beskrev sinne over at hun ikke ble fulgt opp av noen etter at hun ble skrevet ut av ungdomsposten. Det å skade seg selv for å håndtere sinne ble noen ganger beskrevet som et rasjonelt instrument for å frigjøre sinne, som trening like gjerne kunne gjort. Andre ganger ble det beskrevet mer uklart og vagt, som da Ida sa at grunnen til at hun skader seg er at sinnet hennes går innover. Jentene trer fram som aktive agenter her: de gjorde noe aktivt for å håndtere, dempe og mestre det å være sint.

#### Selvskading for å oppnå og gi inntrykk av kontroll

Et annet tema som steg fram i intervjuene var at kontroll er viktig og vanskelig når det gjelder selvskading. De var redde for at andre skal se at de ikke har kontroll; de skjulte selvskadingen og de synlige resultatene for at andre ikke skulle se på dem som gale eller ute av stand til å kontrollere seg selv; det er flaut når det vises at man ikke har kontroll. Redselen over å ikke ha kontroll over seg selv var et annet aspekt, synlig blant annet i at det var vanskelig å slutte. Emma beskrev også at hun var redd for at hvis hun fortalte at hun kuttet seg selv, kunne hun risikere å bli lagt inn og bli tatt fra friheten sin. Hun ville ha styringen og kontrollen selv. Hun sa også at det var OK å få hjelp hvis ting var ”*skikkelig gale*”, men hun ville selv bestemme hva skikkelig gale innebar og når det var.

Smerte i forbindelse med selvskading: Flertydig og uklart

Det at Ida beskrev at trangen til å skade seg forsvant etter at hun kuttet seg, at hun var kvitt trangen så lenge hun hadde vondt etter sist gang hun skadet seg. Handlet det om at når hun hadde det vondt så var det ikke nødvendig å skade seg? Hva innebærer det egentlig at fysisk smerte gjorde at hun hadde det bedre? Et annet sted i intervjuet sa hun at når hun skadet seg tok den fysiske smerten over for den psykiske. Betyr det at så lenge hun gikk rundt og følte fysisk smerte, så fikk ikke det hun kaller psykisk smerte noe særlig plass? Emma beskrev hvordan selvskadingen utviklet seg underveis; i begynnelsen handlet det for henne om at den fysiske smerten tok over, men nå handlet det om den fysiske lettelsen. Kunne det bety at underveis begynte selvskadingen å leve sitt eget liv? Samtalene kom inn på forhold knyttet til smerte flere ganger i løpet av intervjuene, og det virket ikke som at jentene var like gjennomtenkte og gjennomførte da de snakket om dette temaet, som de var på mange av de andre temaene, og forsøkene deres på å være konkrete brakte med seg mange tilsynelatende motsigelser.

Selvskading og oppmerksomhet: Hva slags oppmerksomhet var bra oppmerksomhet?

Jentene sa at de ikke ville ha oppmerksomhet rundt selvskadingen og at de forsøkte å skjule at de skadet seg, men det kan se ut som at det mer handlet om at det kun var visse typer oppmerksomhet de ville ha. På den ene siden sa Ida at hun ikke likte at jevnaldrende snakket om at selvskading er en trend og ”*noe man gjorde for å få oppmerksomhet*”, fordi det var ikke slik for henne; hun ville jo helst ikke vise det til folk. Men på den andre siden snakket hun om oppmerksomheten hun fikk fra venninnen som visste om selvskadingen; hun som så hva Ida hadde gjort og sa til Ida at hun ikke skulle gjøre det mer. Ida sa at det føltes bra. Så det kan være at det ikke er så enkelt som at hun ikke ønsker oppmerksomhet, men heller det at hun ønsket en viss type oppmerksomhet eller oppmerksomhet fra visse personer. Måten de snakket om oppmerksomhet fra andre på, lignet litt på måten de snakket om smerte på: utsagnene virket mindre avklarte enn for de fleste andre temaene.

## 4. Diskusjon

### 4.1. Oppsummering så langt

Oppgavens første problemstillingene gikk ut på å lage en review og sortering av nyere forskningslitteratur om selvskading blant ungdom for å få fram en oversikt over selvskadingsfenomenet. Den andre problemstillingen var å gjennomføre en pilotundersøkelse,

og undersøke noen førstehåndserfaringer med selvskading blant ungdom for å se hva de kunne bidra med av forståelse om fenomenet. Et annet mål med pilotstudien var å skaffe erfaringer med hvordan datainnsamlingen fungerte med henhold til prosedyrer og gjennomføring, og hvordan den kan danne grunnlaget for en undersøkelse i større omfang om selvskading blant ungdom.

Organiseringen av denne siste delen av oppgaven vil være slik: først oppsummere funn fra review og forskningsintervjuer, deretter diskutere enkelte tema på bakgrunn av nettopp litteraturgjennomgang og empiriske funn. Deretter vil metodiske begrensninger i review og pilotstudie diskuteres. Forskningsresultater om behandling og forebygging, fra review og pilotstudie, diskuteres deretter som et eget punkt, før oppgaven avsluttes med en kort konklusjon.

Resultatene fra litteraturgjennomgangen og intervjuene har ikke forandret på bildet av selvskading blant ungdom som et viktig fenomen. Bildet som trer fram gjennom review og forskningsintervjuer er at dette er et fenomen som angår mange ungdommer; både ungdommer som skader seg selv og ungdommer som har venner som skader seg. Særlige viktige funn fra litteraturgjennomgangen var at jevnaldrende er viktige påvirkningskilder når det gjelder selvskading; det at jevnaldrende skader seg har en av de sterkeste sammenhengene med selvskading, og det er til venner og jevnaldrende ungdom går for å få hjelp og støtte. Det er også slik at ikke hvem som helst begynner å skade seg, men at de som skader seg, ofte har vært utsatt for ulike barndomstraumer, medfødte biologiske sårbarheter og belastende sosiale miljø, og hadde opplevd langvarige problemer knyttet til familie, skole og atferd. Selvskadingen var forbundet sterkt til regulering av emosjoner, og de viktigste utfallene var økt sjanse for selvmord og isolering. Særlig viktige funn fra pilotstudien var at selv med mange likhetstrekk mellom de tre ungdommene vi intervjuet, var det også store individuelle forskjeller. Selvskading handler om hver enkeltes kontekst og situasjon, det er individuelt og komplekst, men samtidig var det også likhetstrekk mellom dem; blant annet handlet selvskadingen mye om sinne for de vi intervjuet. Enkelte av aspektene ved selvskading, som smerte og oppmerksomhet, syntes særlig kompliserte og tilsynelatende motsigende. Når det gjelder forebygging av selvskading, trengs det kunnskap om selvskading i ungdomsbefolkningen og befolkningen ellers, men det må finnes måter å opplyse om fenomenet på som forhindrer at flere begynner å skade seg.

#### *4.2. Viktige tema fra review og pilotstudie*

Denne oppgaven har ikke gjort noe nummer av kjønnsforskjeller, selv om introduksjonen fastslo at undersøkelser som CASE-undersøkelsene blant 16-åringer i Norge og Storbritannia fant at omtrent 3 ganger så mange jenter som gutter skadet seg (Hawton et al., 2002; Ystgaard et al., 2003). Andre undersøkelser finner nemlig at kjønnsforskjellene forsvinner når definisjonen av selvskading utvides til å inkludere overlatt uvøren og risikofull atferd (Ross & Heath, 2002) og at det er store fellestrekk mellom kjønnene når det gjelder risikofaktorer for selvskading (Ystgaard et al., 2003), noe som kan tyde på at fenomenet selvskading er likt for jenter og gutter. Noen studier finner også små og ikke-eksisterende kjønnsforskjeller, for eksempel fant ikke Gratz et al. (2002) i en undersøkelse om selvskading blant 159 amerikanske psykologistudenter en signifikant forskjell mellom antallet jenter og gutter som rapporterte at de skadet seg, og mener resultatet kan peke på at selvskadingsomfanget kan være ganske likt mellom kjønnene. Imidlertid var samtlige intervjudeltakere i pilotstudien jenter, og det ville vært svært velkomment med gutter som deltakere i en eventuell senere kvalitativ undersøkelse for å se nærmere på deres erfaringer med selvskading.

Ungdommenes alder første gang de skadet seg varierte, men Ross og Heath (2002) fant at de fleste startet å skade seg i 11-13-årsalderen. Ungdommene jeg intervjuet fortalte at de var mellom 11 og 14 år første gang de skadet seg. Hvorfor de fleste selvskadere starter å skade seg i ungdomsalderen, mener Babiker og Arnold (1997) kan skyldes faktorer som at ungdommene fremdeles bor hos og er avhengige av familiene sine, familier som kanskje har vært vanskelige å leve med. Det at risikofaktorer for selvskading er nært knyttet til oppvekstfamilien kom også fram i litteraturgjennomgangen. En annen ting litteraturgjennomgangen viste, var at unge som skader seg sliter med andre problemer, og Babiker og Arnold (1997) mener at det er en annen grunn til at selvskading starter i ungdomstiden: siden de er unge har de hatt lite tid og erfaring til å utvikle gode mestringsevner og å løse emosjonelle vansker knyttet til barndomserfaringer. Ungdom har også mindre makt til å kontrollere omgivelsene i livet sitt; de har færre valgmuligheter når det gjelder boforhold og jobb, og mindre penger enn eldre mennesker. I tillegg handler ungdomstiden mye om individualisering og å oppnå selvstendighet, og selvskading kan fungere som en måte å høre til i og få status i særlige grupper med jevnaldrende (Babiker & Arnold, 1997).



Det at selvskading kan fungere som en måte å få tilhørighet blant jevnaldrende, kan også innvirke på selvskadingens smitteeffekt. Litteraturgjennomgangen viste hvordan det at jevnaldrende nylig hadde skadet seg hadde sterkest sammenheng med ungdommers selvskading (Hawton et al., 2002), og at en tredjedel av ungdommer som skadet seg visste om selvskading før de forsøkte første gang (Hodgson, 2004). Det kan også være at smitteeffekten og modelleringen av andres atferd er spesielt utpreget i ungdomstiden siden gruppetilhørigheten er spesielt viktig i den perioden. Intervjuene i pilotstudien fant at alle tre hadde nære venninner som skadet seg i større eller mindre grad, og ei av jentene hadde også skadet seg sammen med en venninne, noe som kan tyde på at det for noen i noen situasjoner helt klart finnes et sosialt aspekt ved selvskadingen, og at det kanskje ikke bare dreier seg om å gjemme seg bort og gjøre det alene bestandig. Det er interessant at Yip (2005) trekker fram hvordan relasjonene til jevnaldrende, venner og kjærester både kan være risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer: at de kan både øke og redusere sjansene for selvskading.

Det sosiale aspektet peker videre til et annet tema oppgaven heller ikke har tatt opp i særlig grad fordi forskningslitteraturen ikke har gjort det, nemlig kulturaspektet ved selvskading. McAllister (2003) skriver imidlertid at selvskading kan forstås ut ifra diskurser som er plassert og foregår i kroppen, siden kroppen er et sted hvor det offentlige selvet eksisterer i spenning med det private selvet. Under selvskading kan kroppen forstås som en slagmark mellom et selv som er unikt, personlig og subjektivt, og et selv som er et sosialt subjekt, formet og begrenset av våre samfunnsmessige trossystem og praksiser. I Shaw (2002) sin historiske litteraturgjennomgang av selvskadingsfenomenet finner hun at nyere forskningslitteratur om selvskading legger mindre vekt på interpersonlige og miljømessige faktorer. Rollene som kultur, sosiale strukturer, sykehusmiljø, klinikere og relasjonene til andre mennesker, spiller i å skape betingelser som leder til selvskading er utelatt fra dagens diskurs. Videre undersøkelser om kulturelle faktorer og kulturaspekter når det gjelder selvskading blant ungdom, hadde vært interessant å gjennomføre, både fordi det virker som at selvskading er et fenomen i utbredelse, og fordi det spesielt er ungdom som begynner å skade seg. Hva foregår i kulturen nå som gjør at flere skader seg, hvis det er slik at det ikke var så mange som skadet seg for 10, 20 og 30 år siden? Og er det noe særlig med ungdomskulturen som gjør at det er ungdom som skader seg nå, eller har det alltid vært slik at det for det meste har vært ungdom som har skadet seg?

Det ble i litteraturgjennomgangen påpekt at ungdom som skader seg, er ungdom som allerede er belastet gjennom negative barndoms erfaringer og mulige biologiske faktorer, og det ble også påpekt at det foreløpig ikke vites mye om interaksjonen mellom risikofaktorer. Gratz (2003) påpeker at det også er nødvendig å vite mer om hvordan risikofaktorer interagerer med miljøstressorer. Deltakerne i pilotstudien kan nok også regnes som ungdom som sliter med vanskeligheter; i tillegg til selvskadingen, fortalte de om erfaringer med å være i behandling hos BUP, være innlagt på ungdomspost, ha spiseforstyrrelser, være deprimert, ha tatt overdose av tabletter, og å ha en forelder som hadde reist fra dem, aldri bodd med dem eller var død. Intervjuene fokuserte på erfaringer ungdommene hadde hatt i perioden de hadde skadet seg, i tillegg til oversiktsinformasjon om familiesituasjonen deres, så selv om faglitteraturen finner at selvskading er knyttet til opplevde traumer i barndommen som seksuelle overgrep, separasjon og forsømmelse, var ikke det tema i intervjuene. Slike tema, som er private og vanskelige å snakke med ukjente mennesker om i en tidsbegrenset setting som intervjuet var, kan en ikke forvente at intervjudeltakere skal snakke åpent og ærlig om. Det er dermed ingen måte å vite, i hvor stor grad ungdommene som ble intervjuet i studien, hadde vært utsatt for risikofaktorer som barndomstraumer, men det kom fram i intervjuene at nære relasjoner var vanskelige. De beskriver nære relasjoner som er preget av kompliserte familieforhold og sinne, og videre beskriver de familiestrukturer og familiedynamikk som virker uoversiktlig, og hvor de alle mangler en forelder. Når Emma, som bor sammen med far som reiser 150 døgn i året, sier om det å være alene: ”*Det går helt fint det. Jeg er vant til det nå*” så er det ikke lett å tro at det er så enkelt.

Flere sider ved forholdet mellom selvskading og forholdet til jevnaldrende har vært nevnt i oppgaven, så det er tydeligvis et viktig og komplisert forhold. I intervjuene uttrykte jentene også en frykt for at andre skulle få vite at de skadet seg. På en måte ser det ut til at de posisjonerer seg som ”oss” mot de som ikke skader seg, og Ida snakker om at de andre i klassen ikke skjønnte det med selvskading, de var for unge og umodne til å vite om slike ting. På den ene siden virker det altså som at de ser seg selv om mer erfarne og som noen som vet mer enn de som ikke skader seg, som kan være en ganske positiv posisjon. På den andre siden er de redde for å bli oppdaget fordi de ikke vil fremstå som om de ikke har kontroll, og det å være ute av kontroll og ikke ha kontroll over seg er en negativ posisjon. De normaliserer selvskading og vil ikke fremstå som unormale. Det negative bildet av selvskading ser ut til å eksitere side ved side med det positive bildet, og det virker som om synet deres på selvskading veksler mellom dem.

Reviewen trakk fram fire psykologiske forklaringsmodeller: dissosiasjon, impuls kontroll, affektregulering og allerede eksisterende psykologiske problemer, og de to siste ble mest snakket om i intervjuene. Den ene av jentene så sterke sammenhenger mellom selvskadingen og det at hun var deprimert, og når hun nå hadde sluttet å kutte seg forbandt hun det med at hun ikke lenger var så deprimert. Alle tre snakket om at de brukte selvskading til å regulere og dempe emosjoner. Litteraturen var litt motstridende når det gjaldt i hvilken grad selvskading var motivert ut i fra å påvirke andre: mens Jeffrey og Warm (2002) hevder at det er en myte at selvskadere søker oppmerksomhet, rapporterer flere andre at ungdom oppgir det å påvirke andre som en av grunnene til at de skader seg (Hawton & James, 2005; Yip, 2005; Ystgaard et al., 2003). Julie fortalte i intervjuet at hun hadde chattet med kjæresten sin rett før hun satte seg i badekaret for å skade seg, og på direkte spørsmål om hun ville at han skulle stoppe henne, svarte hun: ”*kanskje litt*”. Det illustrerer kanskje, som allerede kommentert i dataanalysen, at oppmerksom og i hvilken grad andre skal vite om selvskadingen, er en vanskelig og komplisert side ved selvskadingen for de som skader seg. Kanskje kan det at forskningslitteraturen også er motstridende, være med på å illustrere at det er nettopp komplisert og motstridende. For de som skader seg, vil det nok variere mye hvem de vil ha oppmerksomhet om selvskadingen fra, hvor mye oppmerksomhet de vil ha, hvilken type oppmerksomhet, og når de vil ha den.

#### 4.3. Metodiske begrensninger

Metodiske begrensninger ved reviewen går først og fremst på at ikke all faglitteratur er inkludert i litteraturgjennomgangen. Det er en review av et begrenset litteraturutvalg, og jeg har for eksempel ikke inkludert litteratur som omhandler eller beskriver selvskading ut fra teoretiske perspektiv som for eksempel psykoanalytisk eller selvpsykologisk teori. Heller ikke har jeg inkludert litteratur som problematiserer diagnostisering av selvskading, og diskusjonen rundt egen diagnose for selvskadende atferd. For eksempel mener Muehlenkamp (2005) at den manglende enigheten om terminologi og definisjon av fenomenet, kunne blitt løst gjennom å konstruere selvskading som et separat klinisk syndrom. Som tidligere nevnt er det en review av nyere fagartikler, som tar for seg faglitteratur om selvskading blant ungdom fra de siste ti årene.

I introduksjonen satte jeg opp en definisjon for hvordan begrepet selvskading skulle brukes i denne oppgaven, og det at definisjonen favner mange, fører likevel til at den også utelukker

noen. O'Carroll et al. (1996) foreslår en nomenklatur for selvmordsforsøk og selvskading; ett sett av termer for de mest grunnleggende fenomenen på området. Målet er å fremme kommunikasjon og minimalisere forvirring, som er det samme Muehlenkamp (2005) ønsker å oppnå. Det er imidlertid slik at selv om det er viktig å avklare begrepet, er det også viktig å huske at det ikke er snakk om klart avgrensede kategorier. Jeffrey og Warm (2002) skriver at selv om det eksisterer felles tema, så er selvskadingshandlingene individuelle og personlige.

Litteraturgjennomgangen besto av flest surveyundersøkelser, og som tidligere nevnt, er en metodisk begrensning med surveyundersøkelser at de bruker ferdigdefinerte skalaer og inventories som respondenten må forholde seg til. Spesielt siden selvskading blant ungdom er et relativt nytt og utforsket forskningsfelt, kan begrensede svaralternativer være problematisk i surveyundersøkelser.

Metodiske begrensninger i den kvalitative undersøkelsen dreier seg om faktorer som at retrospektive selvrapporteringer har begrensninger, enten det er survey eller intervjuundersøkelser, fordi deltakere neppe har full bevissthet om funksjonen til atferden sin eller emosjonelle tilstander, før, under og etter selvskading. I våre intervjuer fokuserte vi imidlertid mest på konkret atferd og tanker, som for deltakerne er lettere å rapportere, enn rasjonaliseringer og begrunnelser. Retrospektive undersøkelser må også ta hensyn til at folk glemmer og lager historier over tid. Videre er det slik at semistrukturelle intervjuer har fordelen at de gir mer detaljert informasjon om frekvens, alvorlighet og varighet av selvskading, gjennom bruken av oppfølgende spørsmål. Dette var en styrke i pilotstudien vår, fordi målet med undersøkelsen var nettopp å få mest mulig detaljert informasjon. Kvalitative intervjuer tar lang tid å gjennomføre og krever mye arbeid, og det forhindrer at de kan gjøres i større skala for å studere prevalens og etiologi.

En begrensning ved å bruke ad hoc dataanalyse, var at det ikke ble benyttet en standard metode for å analysere hele intervjumaterialet. Fordelene ved å bruke en standard metode ville vært dokumentert reliabilitet og validitet, og en slik standard analysemetode kunne for eksempel vært å lete etter mønstre eller tema, lage metaforer, telle, sette opp kontraster og sammenligninger, eller lete etter relasjoner mellom variabler. En ad hoc kvalitativ dataanalyse er i følge Kvale (1996) tilpasset datamaterialet og forskningsstudiet, og kan omfatte flere typer analyser, og det ble vektlagt at pilotstudien skulle være eksplorative og forsøke å inkludere flest mulige vinklinger og tilnærminger til dataanalysen.

#### *4.4. Behandling*

Det ble i innledningen fastslått at selvskading blant unge er et voksende helseproblem med få effektive behandlingsformer, og det har i tillegg blitt gjennomført relativt få forskningsstudier på behandling av ungdommer som skader seg. Foreløpig ser det ut til at behandlingsmetoder som fokuserer på å lære problemløsning og endre problematiske tankemønstre, er mest effektive. Hawton (Hawton et al., 2003; Hawton & James, 2005) fremhever at fordelene med problemløsningsterapi er at terapiformen er direkte, lett å forstå og har potensiell framtidig nytte. Harrington (2001) er enig i at det å lære problemløsningsteknikker har et teoretisk rasjonale i behandlingen av selvskading hos ungdom, fordi ungdom ofte er dårlige problemløsere og fordi lignende teknikker som kognitiv atferdsterapi er funnet effektive til å bedre depresjon i ungdom. Hawton hevder både familieterapi og gruppeterapi har gitt positive effekter på selvskading, men Harrington sier at selv om familieterapi har verdi for ikke-deprimerte ungdommer som skader seg, reduserer terapiformen ikke risikoen for gjentakelse av selvskading (Harrington, 2001; Hawton & James, 2005). Tidligere ble antidepressiva gitt til personer som skadet seg og var deprimerte, men nyere studier har funnet at antidepressiva (SSRI) øker faren for selvmordsatferd blant ungdom (Fortune & Hawton, 2005). Hvis depresjon er tilstede, har kognitiv atferdsterapi gitt gode resultater, og det er viktig å behandle eventuelle underliggende psykologiske problemer hos ungdommer som skader seg (Hawton & James, 2005). Det er også verdt å nevne at mange som skader seg ikke søker hjelp, og hvis de søker hjelp er det fra venner og familie, ikke profesjonell hjelp (Hawton & James, 2005).

#### *4.5. Forebygging*

Forebyggingstiltak er rettet mot framtiden og søker å forhindre noe som ennå ikke har skjedd (Orford, 1992), og her vil det si tiltak for å forhindre selvskadende atferd blant ungdom. Fordi denne oppgaven handler om selvskading i den generelle befolkningen, og dermed hele ungdomsbefolkningen, er det lagt mer vekt på forebyggingsaspektet enn behandlingsaspektet, som ville vært viktigere hvis oppgaven omhandlet kliniske utvalg.

I pilotundersøkelsen nevnte ungdommene fire punkter for å forebygge selvskading: informere andre om selvskading uten at det fører til at flere begynner å skade seg, sørge for at det finnes noen å snakke med for den som skader seg når personen selv vil, lære måter å bli kvitt frustrasjoner og sinne, og forebygging av depresjon og psykologiske problemer som kan ligge til grunn for selvskadingen. De fire punktene er alle gode forslag, som også har blitt foreslått i faglitteraturen om forebygging av selvskading blant unge.

I en artikkel om psykisk helse og forebyggende arbeid redegjør Thuen og Aarø (2001) for to typologier for forebygging av psykisk helse: Caplans primærforebyggende, sekundærforebyggende og tertiærforebyggende tiltak som settes inn i forebygging ut i fra problemet (som skal forebygges) sitt eksisterende symptomer, og Mrazek og Haggertys begrep universelle, selektive og indikative tiltak som settes inn i forebygging ut i fra problemets eksisterende risikofaktorer.

For å si noe om forebygging av et psykisk helseproblem som selvskading blant ungdom ut i fra disse to typologiene, er det nødvendig å vite noe om symptomer og risikofaktorer ved selvskading, og gjennomgangen av oversiktsmodellen presenterte nettopp symptomer og risikofaktorer ved selvskading blant unge. Jeg velger derfor, i dette avsnittet om forebygging, kort å sortere faglitteraturen rundt de 6 begrepene primærforebyggende, sekundærforebyggende, tertiærforebyggende, universelle, selektive og indikative tiltak. Dette er en noe uformell bruk av de to modellene som delvis overlapper hverandre, men jeg fant det hjelpsomt å sortere ulike forskningsfunn ut i fra ulike forebyggingstiltak, målgrupper og fokus.

Etter Caplans (1964, referert i Thuen & Aarø, 2001) modell ville primærforebyggende tiltak være tiltak rettet mot individer som ennå ikke har utviklet symptomer, her vil det være hele ungdomsgruppen. Thuen og Aarø mener Caplans primærforebyggende tiltak omtrentlig tilsvarer Mrazek og Haggertys (1994, referert i Thuen & Aarø, 2001) universelle tiltak som retter seg mot alle mennesker i en populasjon uavhengig av risikofaktorer (igjen: hele ungdomsgruppen) og selektive tiltak som retter seg mot grupper en erfaringsmessig vet har økt risiko for et problem, det vil være ungdom som har økt risiko for å skade seg, men som ennå ikke viser tegn på selvskading selv: det kan for eksempel dreie seg om ungdom fra belastede hjem eller ungdom som har venner som skader seg. Alle tre typer forebyggingstiltak retter seg med andre ord mot ungdom som ennå ikke skader seg. Forebygging rettet mot denne gruppen finner vi blant annet hos Evans et al. (2005), som mener at for å forebygge mot selvskading er det behov for å utvikle og gjennomføre skolebaserte programmer for å bedre den generelle mentale helsen blant ungdom, og at målet for disse programmene bør være selvfølelse, depresjon, angst og impulsivitet. De mener også det er behov for å utvikle og evaluere skolebaserte initiativer for forebygging av selvskading som tar opp det faktum at ungdommer bruker jevnaldrende som en viktig kilde for støtte. I tillegg til skolebaserte

programmer kan foreldre forebygge selvskading gjennom å være støttende og hjelpe ungdommer å ventilere frustrasjoner, håndtere konflikter, løse problemer og vanskeligheter (Yip, 2005). Yip (2005) mener videre at støttende omgivelser som gir muligheter for å ventilere frustrasjoner og regulere emosjoner, som fremhever selvfølelse og verdighet er med på å forebygge selvskadende atferd.

Selektive tiltak vil være rettet mot ungdom som har økt risiko, men som foreløpig ikke viser tegn på selvskading. Spørsmålet blir da hvordan man kan finne ungdommene som er i faresonen. Hawton et al. (2002) foreslår en rutinemessige screening av ungdom for å identifisere de som er risikoutsatt, der spesiell oppmerksomhet rettes mot kartlegging av ungdommer som har skadet seg før, fordi de som har skadet seg er i risikogruppen for å skade seg igjen. Andre faktorer for repetert selvskading er depresjon, personlighetsforstyrrelser, alkohol og narkotikamisbruk (Hawton & James, 2005). Ystgaard et al. (2003) fant i CASE-studien at ungdom som skader seg, kjennetegnes ved mye angst, depresjon og lav selvfølelse, og de har vært utsatt for flere alvorlige livshendelser.

Indikative tiltak ville vært rettet mot mennesker som viser indikasjoner på problemet som skal forebygges, men hvor problemet ikke er identifisert. Det kan for eksempel være ungdom som har venner som skader seg og ungdom som er deprimerte. Forebygging rettet mot denne gruppen finner vi blant annet hos Rodham et al. (2004), som mener at forebygging bør fokusere på å redusere problemene som fører til selvskading ved å hjelpe ungdommer til å lære seg alternative metoder av problemløsning og å gjenkjenne hva som kan hjelpe dem. Kunnskap, bevisstgjøring og problemløsningsteknikker kunne altså være forebyggende tiltak rettet mot denne gruppen.

Sekundærforebyggende tiltak rettes mot individer i en tidlig fase av en sykdomsutvikling, det kan være ungdom som viser tegn på at de skader seg selv, og tiltak rettes inn mot å stoppe utviklingen før det blir verre. Forebygging rettet mot denne gruppen finner vi blant annet hos Weber (2002), som mener at forebygging i en situasjon der ungdom som skal til å skade seg, kan være noen å snakke med. Med andre ord noen som kan snakke med ungdommene når de er i krise. Det å bruke distraksjoner kan være hjelpsomt, og Hawton et al. (2002) peker på at hjelpetelefoner kan ha forebyggende virkning. Rodham et al. (2004) skriver at siden selvskadingshandlingene utføres impulsivt så det er ofte ikke mye tid til intervensjon. Tilgjengelighet vil derfor bli et viktig poeng for at forebyggingstiltak skal kunne være nyttig.

Tertiærforebyggende tiltak fokuserer mot å redusere ytterligere skadevirkninger når sykdommen er etablert, og for ungdom som skader seg kan det være snakk om selvmordsforebygging. Selvskading er forbundet med økt selvmordsfare, og Hawton og James (2005) sier selvmordsfaren er særlig høy der selvskadingen skjer i isolasjon, til tider ungdommene ikke blir avbrutt (for eksempel når foreldre er på jobb), der ungdommene tar forholdsregler for ikke å bli oppdaget, lager forberedelser for å dø (for eksempel ved å lage en oversikt over fordeling av eiendeler), har fortalt andre om tanker de har om selvmord, og ikke varsler noen andre før eller under selvskadingen.

I CASE-undersøkelsen spurte Ystgaard (2003) elevene som deltok, hva de mente kunne gjøres for å hindre at unge mennesker tar overdoser eller skader seg selv på annen måte som ved å kutte eller skjære seg. Elevene trakk fram tre ting: for det første et bedre skolemiljø med mindre mobbing, for det andre foreldre og lærere som tar ansvar, bryr seg og griper inn, og for det tredje gode venner. Ystgaard peker på at et godt skolemiljø er avhengig av daglig innsats, og at det er tankevekkende at voksne ikke er mer inne i bildet når ungdom skader seg. De unge ønsker at de voksne bryr seg mer, og det er nødvendig med mer kunnskap om selvskading og psykiske lidelser blant lærere og foreldre, både for at voksne skal vite hvordan de kan hjelpe og for å øke årvåkenheten. Ungdom betror seg først og fremst til venner, og venner kan være til uvurderlig hjelp. Samtidig er det viktig at ungdom ikke får for stort ansvar dersom en venn har alvorlige psykiske lidelser eller selvmordstanker, det er tankevekkende at bare 5% ville anbefalt venner med selvmordstanker å søke profesjonell hjelp (Ystgaard, 2003).

Oppsummert kan vi si at forslag til forebyggingstiltak mot selvskading blant ungdom er skolebaserte programmer: for bedre skolemiljø og mindre mobbing, for generelt bedre mental helse blant ungdom, for å gi ungdom kunnskap om selvskading og at de fleste som skader seg bruker jevnaldrende som støtte, og screeningundersøkelser for å finne risikoutsatt ungdom. Andre foreslåtte tiltak er å gi støtte til ungdom i krise, opplæring i problemløsning for risikoutsatt ungdom og selvmordsforebygging for ungdom som skader seg. Til sist nevnes forebyggingstiltak for å få voksne, foreldre og lærere, på banen når det gjelder selvskading, og å gi dem kunnskap om selvskading og psykiske lidelser blant ungdom for å gjøre de voksne mer årvåke og mer kunnskapsrike om hva de kan gjøre for å hjelpe. Ungdom trenger også kunnskap om selvskading og hvem de kan be om hjelp fra.



#### 4.6. Konklusjon og avslutning

Spørsmålet blir så hva har blitt lært av reviewen og pilotstudien, og hvis vi skulle gjennomført en større undersøkelse, hvordan ville den sett ut? Som nevnt etter litteraturgjennomgangen og under metodiske betraktninger tidligere i oppgaven, er ett hovedproblem med surveyundersøkelsene at de bruker ferdigdefinerte rapporteringsverktøy og inventories, som respondenten må forholde seg til, og som begrenser mulige svaralternativer. I et relativt nytt og uutforsket forskningsfelt som selvskading blant ungdom er, er det mulig at begrensede mulige svaralternativer kan være et problem i surveyundersøkelser. En kombinasjon mellom surveyundersøkelser og intervjuundersøkelser kan dekke både kartleggingsbehovet og en mer åpen eksplorering av flest mulige aspekter ved selvskading blant ungdom. Det trengs flere forskningsundersøkelser i surveyform som kartlegger fenomenet selvskading blant et større utvalg ungdom i den generelle befolkningen, fordi anslagene om prevalens og utbredthet som har framkommet hittil varierer mye, blant annet etter hvordan selvskading defineres og formuleres i surveyundersøkelsen, utvalgstyper og utvalgsstørrelser. Det trengs også flere kvalitative undersøkelser som kan eksplorere fenomenet selvskading mer åpent, ikke minst ved å åpne opp for deltakernes egne formuleringer, svaralternativer og tema. I alle typer forskningsundersøkelser; kvantitative, kvalitative og review, er det viktigste punktet at selvskadingsfenomenet tydelig defineres slik at funn fra ulike forskningsstudier kan sammenlignes. Det er ikke nødvendigvis behov for å enes om en felles definisjon eller benevnelse på fenomenet så lenge det kommer klart og tydelig fram hvordan selvskading forstås og defineres i undersøkelsen.

Når det gjelder forskning framover og hva det gjenstår å vite noe om, så hadde det vært svært nyttig å gjennomføre en større kvalitativ undersøkelse som også inkluderte kvalitative data fra gutter. Det er ikke sikkert gutter ville gitt andre svar eller lagt vekt på andre tema, men i og med at vi bare hadde jenter i denne undersøkelsen, er det umulig å vite noe om det.

Forskningsstudier om selvskading blant ungdom har så langt vært retrospektive undersøkelser, som innebærer begrensninger som at folk glemmer og ikke alltid er fullt bevisst egen motivasjon. Det kunne vært nyttig å gjennomføre en prospektiv undersøkelse om selvskading blant ungdom, som selv om den var tidskrevende, dyrt og komplisert, kanskje kunne sagt noe mer direkte om årsakssammenhenger mellom risikofaktorer og selvskading.

Klinikere vet en del om selvskadende pasienter, og de man ikke vet noe særlig om er det flertallet av unge selvskadere som ikke er i behandling. Det er derfor nødvendig at framtidig forskning fokuserer på denne gruppen.

Denne litteraturgjennomgangen, kvalitative undersøkelsen og diskusjonen har forsøkt å skape en oversikt over selvskading blant ungdom, og har ved hjelp av review og pilotstudie belyst fenomenet fra to svært forskjellige vinkler, som likevel har resultert i fremhevingen av enkelte viktige aspekter ved selvskading blant ungdom. Dette gjelder særlig betydningen av selvskadingens funksjon som affektregulering, at ungdom som skader seg allerede har erfart vanskeligheter med psykiske lidelser, familie, skole og atferd, og at forholdet til jevnaldrende er sentralt fordi faktoren som sterkest påvirker selvskading er at jevnaldrende skader seg, og samtidig er det til jevnaldrende ungdom går for å få hjelp og støtte.

### Referanser

- Anderssen, N., Botnedal, A., Lien, M. F., Pettersen, M., Steinsland, A., & Strøm, A.-C. (1999). *Nedstemthet blant elever i 1.klasse i videregående skole. Rapport fra en spørreundersøkelse i videregående skoler i Bergen sentrum. HEMIL-rapport nr. 2 1999.*: Universitetet i Bergen. HEMIL-senteret.
- Anderssen, N., & Steinan, M. K. (2004). Er Bergensungdommer tristere enn før? Tidstrender i depressive symptomer og beslektede fenomen hos 16-åringer over en 7 års periode. In S. Einarsen & A. M. Morken (Eds.), *Forskning ved Institutt for samfunnspsykologi 2004: Proceedings fra forskningskonferansen 2004*: Institutt for samfunnspsykologi. Universitetet i Bergen.
- Babiker, G., & Arnold, L. (1997). The language of injury. Comprehending self-mutilation. 162.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bjørneset, L. W. (2003). Funksjonelle aspekter ved selvskading. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 857-865.
- Cozby, P. C. (1997). *Methods in behavioral research* (Sixth ed.). Mountain View, California: Mayfield Publishing Company.
- Crawford, T., Geraghty, W., Street, K., & Simonoff, E. (2003). Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents. *Journal of Adolescence*, 26, 619-629.
- Crowe, M., & Bunclark, J. (2000). Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 12, 48-53.
- Evans, E., Hawton, K., & Rodham, K. (2005). In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies? *Journal of Adolescence*, 28, 573-587.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under siege. Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2. ed.). Baltimore, London: The Johns Hopkins University Press.
- Fortune, S. A., & Hawton, K. (2005). Deliberate self-harm in children and adolescents: a research update. *Current opinion in Psychiatry*, 18, 401-406.
- Giorgi, A. P., & Giorgi, B. M. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. In P. M. Camic, J. E. Rhodes & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology. Expanding perspectives in methodology and design*. Washington DC: American Psychological Association.

- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 128-140.
- Grossman, R., & Siever, L. (2001). Impulsive self-injurious behaviors. Neurobiology and Psychopharmacology. In D. Simeon & E. Hollander (Eds.), *Self-injurious behaviors. Assessment and Treatment*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Harrington, R. (2001). Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. *British Medical Bulletin*, 57, 47-60.
- Hawton, K., Hall, S., Simkin, S., Bale, L., Bond, A., Codd, S., et al. (2003). Deliberate self-harm in adolescents: a study of characteristics and trends in Oxford, 1990-2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1191-1198.
- Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ*, 330, 891-894.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ*, 325, 1207-1211.
- Hodgson, S. (2004). Cutting through the silence: a sociological construction of self-injury. *Sociological Inquiry*, 74(2), 162-179.
- Huband, N., & Tantam, D. (2004). Repeated self-wounding: Women's recollection of pathways to cutting and of the value of different interventions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 413-428.
- Jeffery, D., & Warm, A. (2002). A study of service providers' understanding of self-harm. *Journal of Mental Health*, 11(3), 295-303.
- Karlson, T., & Vinnes, I. K. (2005). *Selvskading: en mestringsstrategi?* Unpublished Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Klonsky, D. E., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501-1508.
- Kvale, S. (1996). *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, California (USA): SAGE Publications, Inc.

- Lindgren, B. M., Wilstrand, C., Gilje, F., & Olofsson, B. (2004). Struggling for hopefulness: a qualitative study of Swedish women who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11*, 284-291.
- McAllister, M. (2003). Multiple meanings of self harm: a critical review. *International Journal of Mental Health Nursing, 12*, 177-185.
- McLaughlin, J.-A., Miller, P., & Warwick, H. (1996). Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem-solving. *Journal of Adolescence, 19*, 523-532.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(2), 324-333.
- Muehlenkamp, J. J., Swanson, J. D., & Brausch, A. M. (2005). Self-objectification, risk taking, and self-harm in college women. *Psychology of Women Quarterly, 29*, 24-32.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the tower of babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*(3), 237-252.
- Orford, J. (1992). *Community psychology. Theory and practice*. Chichester: John Wiley & sons.
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag* (3. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for Deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*(1), 80-87.
- 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.
- Ross, S., & Heath, N. (2003). Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 33*(3), 277-287.
- Shaw, S. N. (2002). Shifting conversations on girls' and women's self-injury: an analysis of the clinical literature in historical context. *Feminism & Psychology, 12*(2), 191-219.
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors. Phenomenology and Assessment. In D. Simeon & E. Hollander (Eds.), *Self-injurious Behaviors. Assessment and Treatment*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Sinclair, J., & Green, J. (2005). Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patient's experiences. *BMJ, 330*, 1112-1116.

- Smith, J. A. (1995). Semi-Structured Interviewing and Qualitative Analysis. In J. A. Smith, R. Harré & L. V. Langenhove (Eds.), *Rethinking Methods in Psychology*. London: SAGE Publications.
- Solomon, Y., & Farrand, J. (1996). "Why don't you do it properly?" Young women who self-injure. *Journal of Adolescence*, 19, 111-119.
- Statistisk\_sentralbyrå. (2005). *Navnestatistikk, 2004*. Retrieved 1. november, 2005, from <http://www.ssb.no/vis/emner/00/navn/art-2005-01-20-01.html>
- Stiegler, J. R. (2005). *Selvskading: Hvor hyppig er det?* Unpublished Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Thuen, F., & Aarø, L. E. (2001). Psykisk helse og forebyggende arbeid. En litteraturgjennomgang. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 410-423.
- Wagner, B. M., Wong, S. A., & Jobes, D. A. (2002). Mental health professionals' determinations of adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(3), 284-300.
- Weber, M. T. (2002). Triggers for self-abuse: a qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*, XVI(3), 118-124.
- Welch, S. S. (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*, 52(3), 368-375.
- World\_Health\_Organization. (1992). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (Statens\_helsetilsyn, Trans.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Yip, K.-s. (2005). A multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(2), 80-86.
- Ystgaard, M. (2003). Villet egenskade blant ungdom: nye forskningsresultater og konsekvenser for forebyggende arbeid. *Suicidologi*, 8(2), 7-9.
- Ystgaard, M., Reinholdt, N. P., Husby, J., & Mehlum, L. (2003). Villet egenskade blant ungdom. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 16, 2241-2245.

## Intervjuguide

### I. Velkommen

### II. Orientering om Prosjektet

### III. Bakgrunnsinformasjon

Alder

Kjønn

Familiesituasjon (hvem bor du sammen med; foreldre, søsken, andre – store forandringer?)

Skolesituasjon

### IV. Selvskading

Kan du huske når du skadet deg første gang? Hvor lenge har du drevet med det?

Har det forandret seg mye underveis (metoder, hyppighet, årsaker, følelser)?

Kan du fortelle om en gang du skadet deg selv (f eks sist gang du skadet deg selv)?

Eventuelle oppfølgingsspørsmål om selve handlingen:

Hvor var du? (hjemme, skole, hos venner)

Var du sammen med noen eller alene?

Var det andre personer andre steder i huset/der du var?

Når på dagen/døgnet var det?

Hva gjorde du rett før du skadet deg selv?

Når bestemte du deg for å gjøre det?

Hvor lang tid tok det?

Var det vondt? Hvor vondt?

Hvordan skadet du deg?

Trengte skaden behandling etterpå? (Hvem gjorde det? Var du alene da?)

Hva gjorde du etterpå (etter skading og evt. behandling)?

Snakket du med noen om det?

Eventuelle oppfølgingsspørsmål om tanker:

Hva tenkte du / hvilke tanker hadde du rett før du skadet deg selv?

Hvilke tanker hadde du en time eller mer før? (hvis du kan huske)

Hva var tankene dine i det du tok du beslutningen om å gjøre det?

Hva tenkte du om det rett etterpå?

Hva tenker du om det nå?

Eventuelle oppfølgingsspørsmål om den emosjonelle siden:

Hva følte du før du bestemte deg for å gjøre det?

Skam? Uro/angst? Triste følelser? Sinne/frustrasjon? Masse

spenninger du trengte utløp for? Skyldfølelse? Stolthet? Andre?

Hva følte du før du gjorde det?

Hva følte du mens du gjorde det?

Hva følte du rett etterpå?

Hva føler du om det nå?

Tids-  
anslag:

5-10 min

10 min

5 min

5 min

5 min

Kan du fortelle om en annen gang du skadet deg selv (f eks gangen før det)?

10 min

**V. Forebygging og Behandling**

Har du noen tanker om det er mulig å forebygge selvskading?  
Hvordan tror du dette kunne vært tatt opp tidligere for din del?

**VI. Oppfølging**

Siden du er med i undersøkelsen så har du allerede vært i kontakt med Helsesøster for å snakke om det at du skader deg selv.

Vil minne deg på at du fortsatt kan ta kontakt med henne hvis du synes du trenger det. Hun kan også henvise deg videre til skolelege eller psykolog ved PPT hvis du vil det.

5 min

Minner om at helsesøster ikke vet at du er med i denne undersøkelsen, og at det vi har snakket om her ikke kommer tilbake til henne.

Gi eleven ark med telefonnummer til helsesøster, skolelege, PPT, og prosjektmedarbeider.

**VII. Avrundning**

Spør om jeg får kontakte eleven igjen dersom jeg lurer på noe mer.

Si at hvis det er noe eleven lurer på etter at vi er ferdige her i dag så må du gjerne kontakte meg igjen.

45 min





# UNIVERSITETET I BERGEN

INSTITUTT FOR SAMFUNNPSYKOLOGI

Christiesgt. 12, 5015 BERGEN

Tlf. (+ 47) 55 58 31 90 - Telefax (+47) 55 58 98 79

1.mars 2005

## Invitasjon til å delta i et forskningsprosjekt om selvskading

### Nytt forskningsprosjekt:

Denne våren starter vi et forskningsprosjekt der vi ønsker å få vite mer om det at elever på videregående skoler i Bergen skader seg selv. I dette forskningsprosjektet ønsker vi å intervju noen elever som har prøvd å skade seg selv, og som har kontaktet helsesøster for å snakke med henne om det.

### Flere skader seg:

Universitetet i Bergen utførte en spørreundersøkelse blant førsteklasseelever i videregående skoler i Bergen for 8 år siden som ble gjentatt i fjor vår. Ett av spørsmålene vi stilte der var om elevene noen gang hadde forsøkt å skade seg selv. I 1997 svarte 19% av jentene og 8% av guttene ja på det spørsmålet, mens i 2004 svarte 25% av jentene og 14% av guttene ja. Det syntes vi var en stor økning på 7 år blant 16-åringer i Bergen. Det er viktig for oss forskere å vite hvordan unge selv oppfatter situasjonen sin, og det er ungdommene selv som er ekspertene på det.

### Om intervjuene:

Vi inviterer deg altså til å bli med på et intervju om dine erfaringer med å skade deg selv, og har bedt helsesøster om å gi dere denne invitasjonen.

Helsesøster får ikke vite om dere tar kontakt med oss og blir med på forskningsprosjektet eller ikke.

Vi vet at dette kan være et tema som er vanskelig å snakke om, og du bestemmer selv hvor mye du har lyst til å si. Du kan også, når som helst, avbryte din deltakelse. Vi anslår at intervjuet kan vare fra en halv til en time.

Intervjuene vi skje i lokalene til universitetet i Bergen sentrum i mai/juni 05. De vil hovedsakelig skje på ettermiddag og kveldstid. Samtalene blir tatt opp på bånd som senere blir slettet. Vi satser på å snakke med 4-12 elever til sammen.

Prosjektleder er førsteamanuensis Norman Anderssen, Institutt for samfunnspsykologi, UiB. Adresse: Christiesgt. 12, 5015 Bergen. Telefon: 55 58 20 55. E-post: [norman.anderssen@psysp.uib.no](mailto:norman.anderssen@psysp.uib.no). Forskningsprosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning (NSD) og Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

### Vil du være med?

Prosjektmedarbeider er Mette Steinan, 9.semesterstudent på profesjonsstudiet i psykologi. Det er jeg som kommer til å utføre intervjuene, og det er meg dere kan ta kontakt med hvis dere vil være med.

Mobilnummer: 917 36 628. Du kan ringe eller tekste.

E-post: [mette.steinan@student.uib.no](mailto:mette.steinan@student.uib.no). Du kan også kontakte meg pr mail.

Vi håper du vurderer å bli med. Ta gjerne kontakt for å høre mer om prosjektet, det forplikter ikke.

Vennlig hilsen

Mette Steinan