



METODECENTRET
Center for Innovation & Metodeudvikling

Unge med selvskadende adfærd og deres oplevelser med behandlings- og socialpsykiatrien

EN INTERVIEWUNDERSØGELSE

Unge med selvskadende adfærd og deres oplevelser med behandlings- og socialpsykiatrien

- En interviewundersøgelse

©METODECENTRET

Udgivet af:

Metodecentret

Olof Palmes Allé 19

8200 Aarhus N

Forfatter:

Sofie Ilsvard

Projektleder

Mail: sofils@rm.dk

Udgivet september 2017

Download på www.metodecentret.dk

Der kan frit citeres fra denne udgivelse, korrekt angivelse er:

Ilsvard, S. 2017: *Unge med selvskadende adfærd og deres oplevelser med behandlings- og socialpsykiatrien*
– En interviewundersøgelse. Aarhus N: Metodecentret.

Forord

Indledende vil vi rette en stor tak til de unge, som har bidraget med deres personlige fortællinger om selvskadende adfærd og deres oplevelser og erfaringer i forbindelse med behandlings- og socialpsykiatrien. Uden jeres bidrag havde det ikke været muligt at gennemføre undersøgelsen.

Vi vil også gerne takke samarbejdspartnere i Region Midtjylland for den oprigtige interesse for og opbakning til undersøgelsen.

Indhold

| | |
|---|-----------|
| 1 BAGGRUND OG INTRODUKTION TIL UNDERSØGELSE | 4 |
| <i>Interview og informanter</i> | 4 |
| 2 ANBEFALINGER | 6 |
| 2.1 BEHOV FOR FOREBYGGENDE OG TIDLIGE INDSATSER | 7 |
| 2.2 BEHOV FOR ET VIDENSLØFT – OGSÅ I PSYKIATRIEN..... | 10 |
| 2.3 AT BLIVE ”HØRT” OG ”SET” I PSYKIATRIEN | 12 |
| 2.4 MERE INDIVIDUELT TILPASSET BEHANDLING | 13 |
| 2.5 VÆSENTLIGT AT ARBEJDE ”BAGOM” DEN SELVSKADENDE ADFÆRD | 14 |
| <i>Større bevidsthed om selvskadens funktion</i> | 15 |
| <i>Sætte ord på selvskaden, og blive bedre til at aflede sig selv</i> | 16 |
| <i>Lære sig selv bedre at kende</i> | 17 |
| 2.6 SOCIAL SMITTERISIKO PÅ BOSTEDER OG SPECIALINSTITUTIONER | 18 |
| 2.7 FORÆLDREINVOLVERING OG BEHANDLING I HJEMMET..... | 20 |
| 3 OPSAMLING | 22 |
| 4 LITTERATUR | 24 |

1 Baggrund og introduktion til undersøgelsen

Metodecentret udgav i september 2016 en litteraturgennemgang over virksomme indsatslementer i behandlingen af selvskadende adfærd, i form af ikke-suicidal selvskadende adfærd, dvs. selvskadende adfærd som ikke er motiveret af et ønske om at tage livet af sig selv. Formålet med litteraturgennemgangen var at kortlægge den eksisterende litteratur for virkningsfulde indsatslementer og barrierer i behandlingen af selvskadende adfærd. Mere præcist identificerede vi en række forskningsbaserede anbefalinger til, hvilke delelementer man bør være særligt opmærksom på i behandlingen af unge med selvskadende adfærd.

Litteraturgennemgangen var foranlediget af Region Midtjylland, som oplever en stigning i antallet af unge med svært selvskadende adfærd på deres socialpsykiatriske behandlingsinstitutioner. Selvskadende adfærd udgør en voksende behandlingsmæssig udfordring, hvilket giver anledning til bekymring og usikkerhed hos både personale og pårørende. Samtidig er vores viden om selvskade hos unge og om virksomme indsatser begrænset.

Selvom der er kommet større opmærksomhed på selvskadende adfærd i den almene befolkning, og selvskadende adfærd i højere grad har fået karakter af at være et såkaldt "offentligt sundhedsanliggende" (Møhl & Psykiatrifonden, 2006), kender vi fx endnu ikke mere præcist til omfanget af selvskadende adfærd i en dansk sammenhæng, udover at undersøgelser viser, at mange unge skader sig selv (Møhl & Rubæk, 2017).

Litteraturgennemgangen viste desuden, at netop de unges egne oplevelser af behandlingen af selvskadende adfærd er underbelyst, og den (begrænsede) viden der findes peger stort set entydigt på, at de unge sjældent oplever behandlingen som virksom (Idenfors, Kullgren, & Renberg, 2015; Rissanen et al., 2013; Samuelsson, Eidevall, Träskman- Bendz, Öjehagen, & Jensen, 2009).

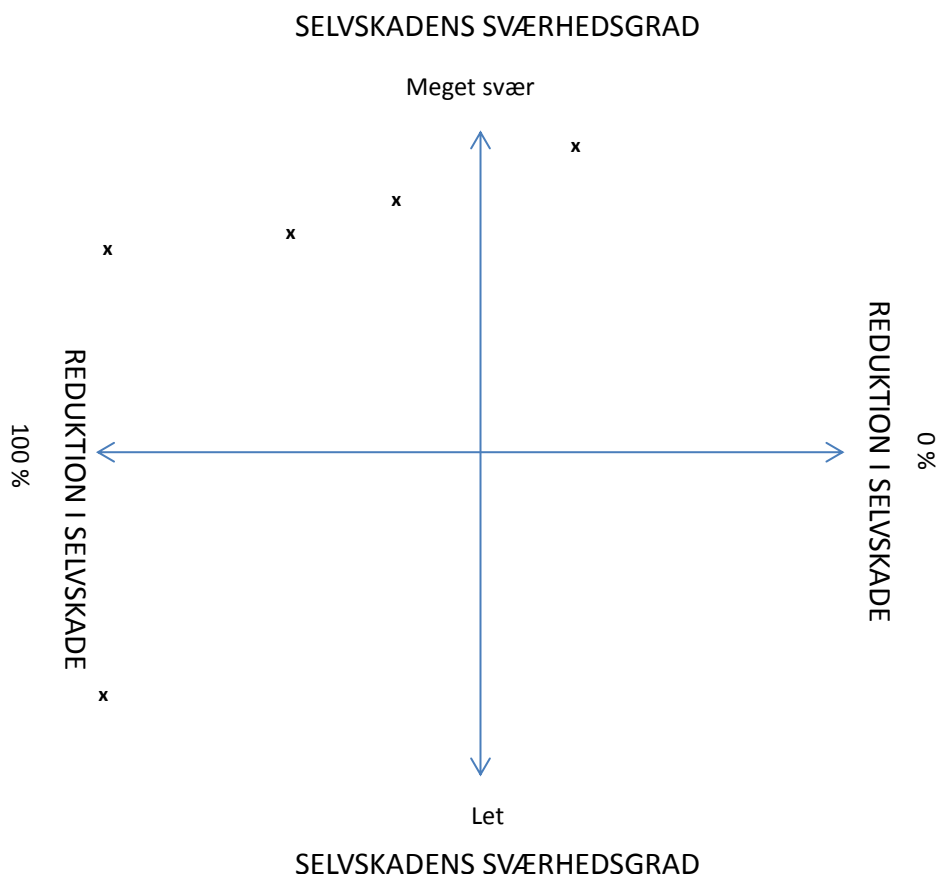
På den baggrund har Metodecentret gennemført en interviewundersøgelse blandt unge med selvskadende adfærd, som har modtaget behandling i psykiatrien i Region Midtjylland. Formålet med undersøgelsen er at belyse, hvad de unge har oplevet som virksomt og mindre virksomt i behandlingen, samt undersøge hvad de unge eventuelt har oplevet mangler i behandlingsforløbet. Undersøgelsen kan derfor anvendes som et vidensbidrag til at kvalificere, hvilke delelementer man bør være særligt opmærksom på set fra de unges eget perspektiv, samt til at give retning til eventuelle nye indsatsafprøvninger i forhold til behandlingen af selvskadende adfærd.

Interview og informanter

Der er foretaget semistrukturerede interview med fem unge i alderen 18 til 24 år med tidligere eller reduceret selvskadende adfærd. Fire af de unge har modtaget behandling for deres selvskadende adfærd i psykiatrien i forbindelse med behandling af diagnoser som fx borderline, OCD, spiseforstyrrelser mv. Den femte ung har ikke modtaget behandling for sin selvskadende adfærd, men er alligevel inkluderet i undersøgelsen, da dette forløb er en eksemplificering af, hvor vanskeligt det kan være at få et kvalificeret behandlingstilbud, når adfærden hverken knytter sig til en psykiatrisk diagnose eller har udviklet sig til at være livstru-

ende. Af de unge som indgår i undersøgelsen har tre skadet sig selv i to til tre år, mens to personer har skadet sig selv i mere end 10 år. Det er hverken lykkedes at udvælge informanterne ud fra strategiske eller teoretiske overvejelser, og der er derfor tale om et *convenience sample*.

I nedenstående figur er informanterne placeret relativt i forhold til hinanden på to dimensioner, der illustrerer sværhedsgraden af de unges selvskadende adfærd, og i hvilken grad det (på tidspunktet for interviewundersøgelsen) er lykkedes at reducere adfærden.



Som det ses af figuren er der, med undtagelse af én ung, tale om tilfælde af selvskadende adfærd i meget svær grad. Ved tidspunktet for gennemførelsen af interviewene er to af de unge ophørt med at skade sig selv, mens tre af de unge stadig skader sig selv, men i langt mindre grad end tidligere.

De unge har tilsammen modtaget indsatser og behandling i form af psykiatrisk indlæggelse på åbne og skærmede afsnit, været anbragt på sikrede og åbne socialpsykiatriske bosteder og specialinstitutioner, modtaget samtaleterapi, kognitiv terapi, psykologsamtaler, bostøtte, kontaktperson, ambulant behandling, medicinering, indgået i kommunale projektafprøvninger ift. behandling af selvskadende adfærd, ligesom nogle af de unges forældre har modtaget indsatser fx i form af familieterapi.

Interviewundersøgelsen er gennemført i maj 2017. Der er udarbejdet en interviewguide med tematikker og strukturerende spørgsmål, som blandt andet er baseret på fundene fra Metodecentrets litteraturgennemgang af "Virksomme indsatslementer i behandlingen af selvskadende adfærd" (Ilsvard, 2016). Interviewene blev optaget på diktafon og er efterfølgende transskriberet (se metodebilag for uddybende metodebeskrivelse og undersøgelsesdesign m.m.).¹

I de følgende afsnit gennemgår vi de tværgående elementer i behandlingen som de unge har oplevet som virksomt og mindre virksomt, ligesom vi belyser hvad de unge eventuelt har oplevet mangler i behandlingsforløbene, og belyser de eventuelle konsekvenser heraf. De unge har desuden selv forskellige forslag til, hvordan man kan forbedre behandlingen. Vi kobler desuden løbende fundene fra interviewundersøgelsen med forskningslitteraturen på området og fundene fra litteraturgennemgangen. På baggrund heraf udleder vi nedenstående anbefalinger til hvilke delelementer, der bør være særligt fokus på for at behandlingen af selvskadende adfærd skal opnå succes, set fra de unges eget perspektiv.

2 Anbefalinger

De unge peger på, at der er behov for forbedring på flere områder. De syv områder er kort skitseret herunder, og uddybes i de følgende afsnit.

- **Forebyggende og tidlige indsatser**, så behandlingsindsatsen ikke først starter i psykiatrien, når den selvskadende adfærd er blevet livstruende. Der kan desuden med fordel igangsættes oplysende og forebyggende tiltag i arealer som skoler og uddannelsessteder, ligesom de unge peger på et massivt behov for et vidensløft både hos frontlinjepersonale og i samfundet generelt. Dette kan være med til at aftabuisere og afmystificere selvskadende adfærd, så det er nemmere at få og bede om hjælp inden adfærden eskalerer.
- **Et vidensløft – også i behandlings- og socialpsykiatrien**, som skal sikre at personer som varetager behandlingen af selvskadende adfærd har et indgående kendskab til adfærden. Der kan desuden være potentiale i at tænke i behandlingsstrategier, hvor (svært) selvskadende adfærd sidestilles med et afhængighedssyndrom. Det indbefatter også, at både de unge selv og behandlingspersonalet bliver bedre til at håndtere de dilemmaer, der er forbundet med at skulle blive eller hjælpe andre fri af en afhængighed.
- **At behandlere "hører" og "ser" de unge**, hvilket er altafgørende for, om de unge stoler på og føler sig trygge ved behandleren. For at kunne igangsætte en adfærdsreducerende forandringsproces, er det derfor væsentligt, at behandleren har fokus på at sikre en god terapeutisk alliance gennem en empatisk og ikke-dømmende indstilling.

¹ Metodebilaget kan downloades på Metodecentrets hjemmeside (<http://metodecentret.dk/udgivelser.aspx>).

- **Mere individuelt tilpasset behandling**, hvilket indebærer at der tages hånd om den enkeltes individuelle mestring og mestringsbehov. Derfor bør sundhedsprofessionelle og andre behandlere i langt højere grad betragte patienterne på et mere individuelt plan.
- **At arbejde bagom den selvskadende adfærd**, herunder:
 - Få en større bevidsthed om selvskadens funktion
 - Kunne sætte ord på selvskaden, og blive bedre til at aflede sig selv
 - Lære sig selv bedre at kende.Det indebærer, at der i behandlingsindsatsen rettes en større opmærksomhed mod det bagvedliggende og udløsende for den selvskadende adfærd end på selve selvskaden.
- **En skærpet opmærksomhed på social smitterisiko på bosteder eller specialinstitutioner**, som skal være med til at sikre, at de unge hurtigt bliver udskrevet til en mindre indgribende eller ambulante indsats, når der er fremgang i den enkeltes behandlingsforløb.
- **Forældreinvolvering og behandling i hjemmet**, således at de personer som er den unge "nærmest" er i stand til at møde og håndtere den unge på en hensigtsmæssig måde. Dette kan blandt andet sikres gennem indsatser til forældrene alene og/eller ved at inddrage forældrene i den unges behandling.

De følgende afsnit skal ikke læses som en generaliseret vej ud af, eller reduktion af, den selvskadende adfærd, men som enkeltstående temaer, hvoraf nogle temaer har haft større betydning for nogle unge end for andre. Herudover skal det nævnes, at vi beskriver de virksomme eller mindre virksomme enkeltelementer i de unges (behandlings-)forløb, fremfor at beskrive forløbene kronologisk.

2.1 Behov for forebyggende og tidlige indsatser

De unges "vej" ind og ud af selvskaden har været forskellig. Der er stor variation i forhold til, hvordan de unge har skadet dem selv, hvor svær den selvskadende adfærd er eller har været, og hvor længe det er en problemstilling de unge har haft inde på livet. Til trods for denne forskellighed udtrykker alle fem unge en grundlæggende undren og frustration over, hvor svært det har været at få et behandlingstilbud for deres selvskadende adfærd. Fx er en ung er uforstående over for, at vedkommende aldrig er blevet tilbudt hjælp eller et konkret behandlingstilbud, selvom den unge har været "kendt" i skadestuen i forbindelse med sin selvskadende adfærd. Ifølge de unge har dette fået næsten uoverstigelige personlige konsekvenser for, hvordan deres liv har udviklet sig, som kunne have været minimeret eller undgået, hvis det havde været muligt at sætte tidligt ind over for adfærden.

På tværs af interviewene fortæller de unge generelt, at det har været vanskeligt at få en kvalificeret behandlingsindsats ikke alene for den selvskadende adfærd, men for de psykiatriske diagnoser som de hver især er diagnosticeret med, som går forud for den selvskadende adfærd. Flere har gentagende gange oplevet at blive afvist i psykiatrien med henvisning til, at der blot er tale om "*almindelige teenageproblemer*". Det er ifølge de unge selv, på trods af meget svær selvskadende adfærd, tydelige tegn på mistrivsel, ligesom deres forældre har udtrykt, at de er yderst bekymrede, ligesom praktiserende læge i et enkelt tilfælde også

har udtrykt sin bekymring og har henvist den unge til psykiatrien. Enkelte unge beskriver desuden, at der ved deres møde med psykiatrien alene er foretaget en screeningstest, som ikke har vist noget, og på den baggrund er de gentagende gange blevet afvist i psykiatrien - også i tilfælde hvor der har været tale om livsfarlig selvskadende adfærd. Andre er blevet udredt og har fået konstateret en diagnose, som dog ikke nødvendigvis er blevet behandlet på andre måder end medicinsk. Ifølge de unge betyder det, at de alene er blevet fulgt op ved en medicinkontrol hver tredje måned. De unge oplever medicinopfølgningen som yderst utilstrækkelig, da medicin alene ikke løser den enkeltes problematik i forhold til selvskadende adfærd.

For flere af de unge har den manglende hjælp ifølge dem selv betydet, at den selvskadende adfærd har udviklet sig til at blive en dybt afhængighedspræget mestringsstrategi i forhold til, at kunne klare sig igennem hverdagen, i og med at adfærdens primære funktion for den enkelte er at blive afledt fra sin indre smerte.

En af de unge udtrykker det på følgende måde, og sætter desuden ord på nogle af de konsekvenser det har haft, og som kunne have været undgået, hvis der var blevet taget tidligt hånd om adfærden:

"Hvis man var startet bare der hvor jeg blev indlagt, og man kunne se, at det var den vej, det ville gå, i stedet for at tænke "Nå, men det går nok over". Der tror jeg virkelig, at man kunne have nået, at jeg ikke var kommet så langt ud, hvor det har krævet så lang en indlæggelse og så mange ressourcer for at hjælpe mig (...) ja, og så også det med, at jeg er blevet udsat for rigtig meget tvang. Altså virkelig virkelig voldsom tvang og sådan noget. (...) måske skulle man prøve at bruge lidt flere ressourcer, inden det går galt. For jeg tænker bare ikke, at det er løsningen bare at se tiden an. Ikke med selvskade... Det bliver ofte kun værre (...) jo længere tid, der går, uden at man får hjælp, jo værre bliver det, og jo mere alvorligt bliver det... Men ja, man skal nærmest være ved at springe ud foran et tog, før man får hjælp. Og jeg tænker nogle gange, at hvad nu hvis der var et behandlingstilbud, så man begynder at behandle det tidligere, når der begynder at være tegn på det, inden tingene når at udvikle sig så meget. Og det, tænker jeg helt klart, er en af grundene til, at jeg er blevet så syg, det var simpelthen, fordi jeg ikke fik den behandling, som jeg havde brug for".

Ovenstående interviewuddrag er blot ét eksempel på de unges frustrationer i forhold til ikke at have fået et behandlingstilbud i tide. Andre nævner eksempler på personlige omkostninger lige fra mistet ungdomsliv, langvarigt skolefravær, ensomhed, mistrivsel og skam, til de ar den selvskadende adfærd efterlader på krop og sjæl. For de fem unge er adfærden eskaleret på forskellig vis, og er for størstedelen blevet livstruende. – Og som den unge understreger i det ovenstående interviewuddrag, er det netop først når den selvskadende adfærd er blevet livstruende, at de unge oplever, at det er muligt at få et behandlingstilbud. De unge oplever i den forbindelse, at det ville være en fordel at sætte tidligere ind. Flere forklarer i den forbindelse, at selvskadende adfærd ikke alene har meget store personlige omkostninger, når det først er muligt at få behandling i de "sene" stadier af adfærden, det har også enorme omkostninger for samfundet, og flere undrer sig over, at behandlingsressourcerne ikke anvendes mere hensigtsmæssigt.

En af de unge sammenligner i den forbindelse adgangen til behandling af selvskadende adfærd med det øvrige sundhedsvæsen, hvor forebyggelse står højt på dagsordenen, og undrer sig over forskellen mellem de forskellige behandlingsstrategier inden for det psykiatriske og somatiske område. Den unge forklarer:

"Jeg tænker bare, at man ville kunne nå mange, hvis man gik meget tidligere ind. At man allerede, når man opdagede det, gjorde noget ved det. I stedet for nu, hvor det bare... folk er ved at dø af det, og så kan man få hjælp. Jeg synes simpelt hen, at det er så mærkeligt. På et somatisk sygehus får man jo hjælp, når det sker! Man får ikke først hjælp, når man er ved at dø af det, vel?! Man bliver jo ikke først behandlet når man skal genoplives, vel?! Det er jo noget af det sidste. Man får ligesom hjælpen, lige så snart man brækker et ben, og ikke først når benet er ved at falde af, eller man har ødelagt det fuldstændigt. Jeg tænker bare, at der bare er noget, der ikke hænger helt sammen!"

Den unge italesætter her en velkendt problematik; nemlig at det sjældent er muligt at få et kvalificeret behandlingstilbud for selvskadende adfærd, før adfærden er eskaleret i en sådan grad at adfærden er blevet livstruende, og personen på den baggrund kan indskrives i psykiatrien (Ilsvard, 2016). Én af anbefalingerne i Metodecentrets litteraturgennemgang om selvskadende adfærd er, at behandlingen af selvskadende adfærd ikke først starter i psykiatrien, men at der i langt højere grad bør tænkes i forebyggende og tidlige indsatser (Ilsvard, 2016, s. 18). En pointe som også fremhæves af danske forskere og eksperter i selvskadende adfærd, som Bo Møhl og Lotte Rubæk. I den forbindelse er det desuden væsentligt at nævne, at Møhl og Rubæk sammen med Landsforeningen Mod Spiseforstyrrelser og Selvskade (LMS) og Videnscenter om Spiseforstyrrelser og Selvskade (ViOSS), er fortalere for, at Danmark laver en national handleplan (i lighed med Sverige og de øvrige nordiske lande), som kan være med til at sikre en målrettet offentlig indsats. Her peger de blandt andet på tidlig opsporing og tidlig ikke-psykiatrisk behandling som nogle af kernekomponenterne i en flerstrengt indsats (Møhl & Rubæk, 2017).

De unge har desuden selv flere forskellige bud på, hvordan man kan lave tidlige indsatser. De peger blandt andet på områder som skoler og uddannelsessteder, som oplagte arenaer til at skabe mere opmærksomhed omkring selvskadende adfærd. Ifølge de unge handler det især om at skabe mere nuanceret viden om selvskadende adfærd, hvilket kan være med til at aftabusere emnet og skabe grobund for en bedre forståelse for "fænomenet", hvorfor det både ville blive nemmere for andre at "få øje på" og hjælpe personer med selvskadende adfærd. Personer med selvskadende adfærd ville måske desuden have nemmere ved at bede om hjælp og tale mere åbent om problematikken, fremfor at skjule den.

Herudover oplever alle de unge, at der er et generelt behov for et vidensløft om selvskadende adfærd blandt behandlingspersonale. I den forbindelse fortæller flere om episoder i skadestuen og lægevagten, hvor personalet fx har afkrævet den unge en forklaring på hvorfor de har skadet sig selv, eller fx nægtet den unge bedøvelse, hvilket i nogle tilfælde har betydet, at den unge har forladt hospitalet uden at blive syet sammen. Herudover fortæller enkelte unge om episoder, hvor de er blevet indlagt med tvang, på såkaldte "røde papirer", hvor politiet har været tilkaldt. I disse tilfælde har de unge oplevet, at politiet giver udtryk for, at det er spild af deres ressourcer, at "*de skal tage sig af én, der har skadet sig selv*", hvilket bevirker, at de unge føler sig ligegyldige og værdiløse.

Fra forskningslitteraturen ved vi, at ovenstående eksempler er en del af en generel problematik omkring stigmatisering af målgruppen. Personer med selvskadende adfærd føler sig uhensigtsmæssigt mødt af frontlinjepersonale som sundhedsprofessionelle og politiet. Det sker blandt andet fordi nogle behandlere har svært ved at opretholde deres professionalisme i mødet med personer der skader sig selv, og derfor (utilsigtet) kommer til at lade behandlingen og deres skøn styre af egne følelser og moralske overbevisninger (se fx (Huband & Tantam N, 2000; McAllister, Creedy, Moyle, & Farrugia, 2002; Møhl & Rubæk, 2017; Patterson, Whittington, & Bogg, 2007). En af Metodecentrets anbefalinger omhandler behovet for at opkvalificere frontlinjemedarbejderes viden om selvskadende adfærd, og sikre at de er i stand til at opretholde deres professionalisme i mødet med personen, der skader sig selv (Ilsvard, 2016). Dette er væsentligt i forhold til at kunne sikre, at fagfolkene omkring personer der skader sig selv forstår at reagere hensigtsmæssigt, særligt så personerne føler sig "mødt" og ikke trækker sig fra behandlingen.

Litteraturen, eksperter såvel som de unges egne fortællinger peger derfor enslydende på, at der er et meget stort behov for at etablere tidlige og forebyggende indsatser, ligesom der er et stort behov for et vidensløft både hos frontlinjepersonale og i samfundet generelt. Et vidensløft kan være med til at aftabusere og afmystificere selvskadende adfærd, så det er nemmere at få og bede om hjælp inden adfærden eskalerer.

2.2 Behov for et vidensløft – også i psykiatrien

Som beskrevet ovenfor peger de unge på, at der generelt er behov for et vidensløft blandt frontlinjemedarbejdere. Dette gælder både uden for, men i særdeleshed også inden for behandlings- og socialpsykiatrien.

Fire af de unge har modtaget psykiatrisk behandling for deres selvskadende adfærd i relation til deres diagnoser, og er på deres vej gennem social- og behandlingspsykiatrien blevet mødt af velmenende professionelle. Men ifølge de unge, har de i mange tilfælde ikke haft nok viden om selvskadende adfærd, til at kunne iværksætte en virksom behandling. Heller ikke selvom der netop har været tale om professionelle i psykiatrien.

En ung beskriver det på følgende måde:

"Nogle gange kan man bare godt føle (...), at folk bare sådan står og ikke ved, hvad de skal gøre (...) De siger direkte, at de ved simpelthen ikke, hvordan de skal hjælpe mig! Hvor de direkte siger "Vi kan ikke have hende her, for vi ved ikke, hvad vi skal gøre. Det er fuldstændigt ud over det, vi kan finde ud af". (...) Så man føler bare sådan lidt "Okay, tak, er jeg bare sådan en ting fra månen?!". Man føler også lidt, at folk giver op på én, fordi de ikke ved, hvad de skal gøre. Så man bliver kastet lidt rundt, for (...) der er ikke rigtig nogen, der ved, hvad de skal gøre eller sige".

Andre unge forklarer, at de heller ikke oplever, at personalet på de socialpsykiatriske bosteder kan håndtere problematikken, selvom de er specialiseret i selvskadende adfærd. Det har betydet, at de har følt sig "stemplet som én man ikke kan redde". Dette gør sig særligt gældende for de unge, hvor selvskadens sværhedsgrad har været meget alvorlig. Flere af de unge beskriver, at de har oplevet det som en personlig fallit-

erklæring, og ikke mindst som en falliterklæring for behandlingssystemet, når de enten direkte eller indirekte har fået af vide, at psykiatrien ikke har kunnet gøre mere for dem. For som en ung fortæller *"altså når man får det af vide af psykiatrisk afdeling (...) hvem skal så hjælpe en? For det burde jo være dem"*.

Her italesætter de unge en væsentlig problematik, der også er kendt i forskningslitteraturen, hvor fx psykiatere oplever, at de selv og andre behandlere ikke er tilstrækkeligt uddannet til at forestå behandlingen af personer med selvskadende adfærd (Alderdice et al, 2010). Litteraturen såvel som de unge peger derfor på, at der er behov for et vidensløft også inden for psykiatrien, og måske særligt i forhold til, hvordan man bedst håndterer de meget svært selvskadende unge.

Herudover peger litteraturen generelt på, at det første møde mellem patienter og behandlingssystem kan have afgørende betydning for, hvordan en person agerer i og opfatter behandlingssystemet fremadrettet (Jellinek & Brickell, 2014; Kerr, Muhlenkamp, & Turner, 2010). En afvisning eller opgivende indstilling over for personer med selvskadende adfærd kan få alvorlige følger. Flere af de unge har som følge af afvisninger og de professionelles opgiveness mistet troen på at psykiatrien kan hjælpe dem. For nogle unge har det betydet, at behovet for at aflede den indre smerte er vokset, hvilket også betyder, at de unge i nogle tilfælde har haft behov for at skade sig selv oftere og mere alvorligt. Derfor er adfærden for nogle eskaleret til at blive livstruende, hvorfor de unge i perioder har svævet mellem liv og død.

På trods af, at flere af de unge føler sig afvist og fortæller, at behandlingspersonalet i flere tilfælde direkte har ytret, at de ikke ved hvordan de kan hjælpe, så fortæller de unge også om den ambivalens, der kan være forbundet med at tage imod behandling. For selvom de unge gerne vil have hjælp til at blive fri af adfærden, så fortæller de også, at adfærden er blevet en så stor del af deres liv, at det er blevet en del af deres *"identitet"*, som de derfor har meget svært at give slip på.

Flere af de unge beskriver desuden adfærden som en decideret afhængighed, som næppe kan erstattes af noget andet. En ung forklarer at afhængigheden i høj grad består i at se blodet løbe:

"Det der med at se blodet løbe ned fra mine arme, det lyder meget bizart, men (...) ja, det gav mig sådan en virkelig virkelig stor tilfredsstillelse at se ... og at lave sådan et virkelig dybt sår, og så bare se det der blod ligge på gulvet, og.. strømme ud fra armene. Og det er pissemærkeligt, synes jeg selv, men det ... ja".

At tage imod behandling for adfærden er derfor i høj grad forbundet med en ambivalens, som kan gøre det enormt svært at hjælpe personer med selvskadende adfærd, netop fordi de unge også forbinder selvskaden med noget positivt – som samtidig beskrives som *"bizart"* eller *"sygeligt"*. En ung fortæller om sine modstridende følelser i forhold til at tage imod behandlingen:

"Jeg ville virkelig gerne have denne her hjælp, men jeg har det bare så ambivalent ... for skal jeg tage imod hjælpen? Ej ... jeg skal ikke tage imod hjælpen, for jeg fortjener også at skade mig selv". Det kører sådan hele tiden frem og tilbage. Og det er også derfor, at det er rigtig svært at hjælpe folk, der er selvskadende, fordi de noget af tiden ikke vil have hjælp".

Uanset at de unge selv italesætter adfærden som afvigende, så betyder afhængigheden eller det identitetsmæssige aspekt, at det kan være enormt vanskeligt for de unge at lade sig behandle. En af de unge fortæller i den forbindelse, at hun retrospektivt set har oplevet en meget stor støtte fra psykiatrien, men at hun hverken *"har været klar til at tage i mod den, i stand til det, eller haft lyst til det"*. På den måde erkender nogle af de unge, at de utilsigtet kan blive deres egen største hæmsko i forhold til behandlingen.

Af litteraturen fremgår det, at det er en udbredt klinisk erfaring, at selvskadende adfærd ofte udvikler sig til en afhængighedslignende tilstand (Rubæk & Møhl, 2017), som kan sammenlignes med afhængighed af fx stoffer eller alkohol (Turner, 2002). Møhl argumenterer desuden for at selvskadende adfærd i sin udviklede form opfylder alle såkaldt klassiske tegn på afhængighed, hvor adfærden er drevet af *trang*, ligesom der over tid sker en *toleranceøgning*, hvor personen har brug for at skade sig selv oftere og mere alvorligt for at opnå den ønskede effekt. Personen kan desuden opleve *abstinenslignende symptomer* ved et pludseligt ophør, ligesom ophør af adfærden er forbundet med en stor *tilbagefaldsrisiko* (Møhl, 2005; Rubæk & Møhl, 2017).

I et nyt dansk studie har man undersøgt om voksenpsykiatriske patienter udvikler en afhængighed af deres selvskade, og hvorvidt selvskaden kan sidestilles med et såkaldt afhængighedssyndrom². Blandt de 58 personer som indgik i undersøgelsen, udviklede den selvskadende adfærd sig til et afhængighedssyndrom hos hele 88 procent af personerne. Af undersøgelsen konkluderes det derfor, at det i en behandlingssammenhæng langt fra er tilstrækkeligt at fokusere på *"selvskade som affektregulering, uden også at holde fokus på afhængighedsperspektivet, og hvordan det spiller ind som komplicerende faktor hos den enkelte"* (Rubæk & Møhl, 2017). I den forbindelse peges der desuden på, at det er væsentligt at sætte ind med en tidlig indsats, således adfærden ikke udvikler sig til en afhængighed, eller bliver en del af de unges identitet. Hvis den selvskadende adfærd allerede har udviklet sig til en afhængighed, peger Rubæk og Møhl på, at det ikke er utænkeligt at principper fra behandlingen af rusmiddelafhængighed relativt nemt vil kunne overføres til behandling af selvskade, men at der mangler konkrete erfaringer hermed (Rubæk & Møhl, 2017).

Ligesom både de unge selv og litteraturen peger på, kan der være potentiale i at tænke i behandlingsstrategier, hvor (svært) selvskadende adfærd sidestilles med en såkaldt afhængighed. Dette indbefatter også, at både de unge selv og behandlingspersonalet bliver bedre til at håndtere de dilemmaer, der er forbundet med at skulle blive eller hjælpe andre fri af en afhængighed.

2.3 At blive "hørt" og "set" i psykiatrien

På trods af konsekvenserne af behandleres opgivenhed og gentagende afvisninger i psykiatrien, er det alligevel lykkes de unge helt at stoppe, eller reducere deres selvskadende adfærd i forskelligt omfang. Ifølge de unge skyldes det blandt andet enkeltstående behandlere, der har haft et helt *"særligt blik"* for den unge,

² Afhængighedssyndrom defineret ved ICD-10's seks diagnostiske kriterier for et afhængighedssyndrom (se (Rubæk & Møhl, 2017))

som derfor har kunnet gøre behandlingen *"meningsfuld"*, eller som vedholdende har reageret på en fornemmelse af, at noget ikke var som det skulle være, også selvom det så anderledes ud "på papiret".

En af de unge fortæller fx om en behandler, som blev ved med at forfølge sin fornemmelse af, at noget var galt, og hvor forløsende det med den unges egne ord var, da *"der endelig er en, der har "set" mig"*. Behandleren holdt fast i, at: *"selvom jeg bliver ved med at blive afvist, så er der et eller andet. Hvor de andre [behandlere red.] var sådan.. altså.. "man følger jo systemet og dit og dat", og hvad der nu er... Men så bliver den øverste læge også lidt skeptisk over det....så man går ind i min journal...okay, jeg er blevet afvist i psykiatrien, men kommer ind flere gange når jeg har det dårligt... og så havde hun lige pludselig også "set" mig, og så begyndte de at undersøge "altså hvad...hvad er det her?""*.

Flere af de unge beskriver vigtigheden af at *"blive set"*. De behandlere der "evner" dette, får derfor en helt særlig betydning for de unge, som i mange tilfælde forinden, har oplevet at deres problemer ikke bliver taget alvorligt, men i stedet negligeres i en sådan grad, at de føler sig ligegyldige. Derfor knytter de unge sig også enormt meget til disse behandlere, og enkelte beskriver endda, hvordan behandlerne har *"reddet"* dem. Hvis behandleren fx er syg eller på anden måde forhindret i at forestå en aftalt behandling, melder de unge også hellere selv fra, fremfor at skulle mødes med en "afløser". I de tilfælde hvor behandleren fx skifter job, opleves det som et meget stort og nærmest uerstatteligt tab. De unge peger derfor på den særlige relation til behandleren såvel som kontinuiteten ift. at møde den samme behandler hver gang, som væsentlige parametre for, at behandlingen virker. Den samme tendens ses i forskningslitteraturen, som viser at sympatiske reaktioner i en behandlingsmæssig sammenhæng, kan være afgørende i forhold til at komme ud af selvskaden (Adler & Adler, 2005; Shaw, 2006; Thastum & Khodaie, 2017).

For andre betyder dét at *"blive set"*, at man har en behandler, som man har en god kemi med. På tværs af de unges fortællinger, nævnes *"kemi"* uopfordret som noget af det væsentligste i den behandling de har fået hos psykologer, psykiatere eller andre behandlere eller socialpædagogisk personale på bosteder eller specialinstitutioner. Kemi beror på en fornemmelse, som *"enten er der, eller ikke er der"*, og er altafgørende for, om de unge stoler på og føler sig trygge ved behandleren. Hvis der ikke er kemi, *"så kan man ikke åbne op... Og så er det fandme svært at få det godt igen.. altså virkelig!"*. Understregningen af "kemi" som altafgørende, ses desuden også i forskningslitteraturen. Her beskrives en god terapeutisk alliance, hvor behandleren opretholder en empatisk og ikke-dømmende indstilling til patienten, som altafgørende for at kunne igangsætte en adfærdsreducerende forandringsproces (Muehlenkamp, 2006).

2.4 Mere individuelt tilpasset behandling

En tredje betydning af at blive "hørt" eller "set" handler i høj grad om, at behandlerne forstår at tilrettelægge behandlingen på en måde, så det giver mening for den enkelte. De unge understreger, at personer med selvskadende adfærd er vidt forskellige, både i forhold til selvskadens udtryk, og især i forhold til de problematikker, der går forud for adfærden. Netop derfor er der et enormt behov for individualitet *"hvor man kigger på den enkelte ... og ser dén persons behov (...) når det kommer til, altså de psykiske ting (...) så, så er det virkelig nødvendigt at behandle folk forskelligt"*. En anden ung fortæller, hvor frustrerende (og hvor lidt virksomt) hun oplevede dét, at blive "sat i bås" med de patienter hendes psykolog tidligere havde

behandlet, mens andre fortæller, hvordan nogle behandlere er så fokuserede på at følge handle- og behandlingsplaner, at substansen i behandlingen udvandes.

I det følgende beskriver en ung forskellen på ikke at være inddraget, til at blive inddraget i sin egen behandling:

"Jeg tror, at dét rigtig mange oplever i psykiatrien (...) det er det der med at blive talt hen over hovedet på.. eller, eller.. bare ikke føle sig hørt, overhovedet.. øh, og dem, som måske siger "Jamen vi vil gerne lytte til dig nu", eller noget... og så når du åbner op, så.. så bliver det bare slet ikke lyttet til alligevel, eller man tager alligevel en hel anden beslutning, end det man lige har snakket om... Hvor det synes jeg ikke, at de gjorde på [mit bosted red.]. Selvfølgelig, så kunne man ikke få alle ønsker opfyldt, men det der med, hvis jeg kommer og siger... "jeg synes ikke, at det virker mere", eller "jeg synes ikke, jeg har behov for lige så meget.. hjælp til den her ting, som jeg havde for en måned siden", eller et eller andet, altså så bliver det revurderet hele tiden, og det bliver også... lagt om... Og (...) for første gang følte jeg mig hørt af fagpersonerne... det gjorde enormt meget".

Sådanne opfattelser ses også i andre studier, hvor patienterne på samme vis påpeger, at behandlingen bliver meningsløs, hvis de professionelle hverken lytter til patienternes ønsker eller behov, eller involverer dem i at give behandlingen retning (Idenfors et al., 2015; Samuelsson et al., 2009). Selvom anvendelsen af kategorier og kategorisering er et grundvilkår i tilgangen til patienter i psykiatrien, som danner udgangspunkt for hvordan patienter i første omgang bedømmes og opfattes, påpeger blandt andet Møhl, at kategoriseringer aldrig må anvendes rigidt og uden tanke på den enkeltes unikke særegenhed (Møhl, 2015). Kategoriseringer er kompleksitetsreducerende og kan, som vi netop har set i det ovenstående, være med til at svække den enkeltes behandlingsmotivation, og som én af de unge forklarer, så er der behov for *"at dem der møder mig, ser hvem jeg er, og ser ud over at jeg er selvskadende"*.

Øget patientinddragelse og en højere grad af dialog omkring behandlingsarbejdet, hvor løbende justeringer og fleksibilitet i forhold til den enkeltes behov, eller hvad der lige "fylder" betones som yderst vigtigt af de unge. De samme forhold blev desuden fremhævet i Metodecentrets litteraturgennemgang (Ilsvard, 2016), ligesom det i forbindelse med Sveriges nationale selvskadeprojekt anbefales, at der sker en højere grad af patientinvolvering i forbindelse med at udarbejde behandlingsplaner, og i forbindelse med den løbende evaluering af behandlingen (Nationella självskadeprojektet, 2014). De unge såvel som litteraturen peger derfor på, at der formentlig kan iværksættes en mere virksom behandling, når de sundhedsprofessionelle betragter patienterne på et mere individuelt plan, og tager hånd om deres individuelle mestring og mestringsbehov (Ilsvard, 2016).

2.5 Væsentligt at arbejde "bagom" den selvskadende adfærd

På tværs af interviewene står det klart, at det er væsentligt at arbejde "bagom" den selvskadende adfærd, for at kunne tage hånd om den enkeltes mestring og mestringsbehov. De unge fortæller samstemmende, at behandlingen opleves som meget lidt virksomt, hvis der er relativt mere fokus på selve selvskaden, end det bagvedliggende, der udløser adfærden. Det understreges derfor, at det er vigtigt at arbejde med *"de under-*

liggende ting, for ligesom at få stoppet selvskaden. For jeg tænker ikke altid, at det giver mening at snakke om selvskaden, hvis der er andre ting, der gør, at man gør det ”.

Dermed ikke sagt, at det ikke er væsentligt at nedbringe eller stabilisere selvskaden i første omgang (særligt hvis adfærden er livstruende), men at adfærden altid relaterer sig til en underliggende problemstilling som bør adresseres, når adfærden har nået et ”stabilt” niveau. Denne pointe fremhæves også i andre studier (Thastum & Khodaie, 2017), ligesom Møhl argumenterer for, at selvskadende adfærd bør forstås som et symptom på en underliggende problematik, hvorfor en vellykket behandling indebærer en ”*akut indsats over for den selvskadende adfærd og [dernæst red.] en bearbejdning af personens strategier i forhold til affektregulering og interpersonelle problemer*” (Møhl & Psykiatrifonden, 2006).

Ifølge de unge kræver det også, at behandleren skal turde nedtone opmærksomheden på selvskaden ”(...) *og ikke hele tiden er bange eller nervøse for ”hvad gør hun nu?!”. En ung forklarer, at man i behandlingen i stedet skal: ”ind og grave i noget virkelig virkelig dybtliggende (...) Det hjælper jo ikke bare at tage de ting, personen gør skade på sig selv med (...) det er jo lidt det samme som, at det hjælper jo heller ikke bare, at tvangsfodre en spiseforstyrret. Jo, det hjælper måske lige her og nu på vægt og sådan noget, men det hjælper ikke på alt det indeni. Det er jo det samme med selvskadende adfærd tænker jeg. Altså det hjælper ikke! Det er bare en hurtig løsning på det virkelige problem”.*

I det følgende kigger vi derfor nærmere på, hvad de unge påpeger som særligt virksomt i forhold til, hvordan der i behandlingen er blevet arbejdet mere dybdegående med de underliggende problematikker, som udløser adfærden. Overordnet nævner de unge, at det har været virksomt at:

- Få en større bevidsthed om selvskadens funktion
- Kunne sætte ord på selvskaden, og blive bedre til at aflede sig selv
- Lære sig selv bedre at kende.

De tre elementer, som de unge peger på som særligt virksomme, kan desuden indholdsmæssigt ses som paralleller til de tre behandlingselementer, der i forskningslitteraturen peges på som nødvendige og effektive skridt på vejen hen imod at igangsætte en forandringsproces i forhold til at reducere selvskadende adfærd (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp, 2006). Her tales der om vigtigheden af behandlingselementerne:

- ”*Funktionsanalyse*”, som drejer sig om at undersøge funktionen af den selvskadende adfærd, og undersøge hvad den er et udtryk for set fra patientens perspektiv,
- ”*Adfærdsinterventioner*”, som kan styrke personens evne til at finde alternative løsninger fremfor at skade sig selv samt
- ”*Kognitive omstruktureringer*”, der handler om at ændre personens grundopfattelse af sig selv og til at kunne håndtere negative tanker (Muehlenkamp, 2006).

Større bevidsthed om selvskadens funktion

De unge fremhæver dét at få en større bevidsthed om selvskadens funktion, som en del af deres behandling, ofte i form af samtalerapi eller kognitiv terapi, som meget væsentligt. En ung betoner, at ”*det hand-*

ler om at finde ud af hvorfor! Jeg tror, at i starten har man måske en idé om, hvorfor man gør det, men det er ikke altid, det er den grund". For de fire unge som har modtaget behandling for deres selvskadende adfærd, har det, ifølge dem selv, haft en direkte positiv effekt, at der i behandlingen har været fokus på, at skabe en større forståelse af selvskadens funktion og de bagvedliggende mekanismer. De unge er derfor også meget reflekterede omkring selvskadens funktion, og hvilke situationer der kan være med til at udløse adfærden. Det betyder også, at de unge i større eller mindre grad, har kunnet reducere deres selvskade. De har opnået en slags kontrol over den, og er bevidste om, at selvom det er muligt at aflede den indre smerte, ved hjælp af fysisk smerte, så er det en kun kortvarig løsning. En ung beskriver i den forbindelse, hvordan det har hjulpet hende:

"Det er vigtigt, at man selv kommer frem til at være bevidst om det. Og det er også derfor, at jeg tror, at jeg i dag kan kontrollere min selvskade, og.. altså sådan, fordi jeg er mere.. ja har fået en kontrol over det. Jeg ved i hvilke situationer, jeg gør det. Jeg ved, at hvis jeg gør dét, så er der en risiko for at jeg gør selvskade. Hvis jeg gør noget andet, så er den [risikoen red.] mindre, "okay.. så gør jeg dét"".

De unge forklarer også, at selvom det kan lyde meget simpelt og logisk, at det hænger sådan sammen, så kræver det en lang og hård proces at oparbejde en skærpet bevidsthed om de bagvedliggende og udløsende mekanismer, som over tid kan lede til en reduktion og dermed en øget kontrol over den selvskadende adfærd.

Sætte ord på selvskaden, og blive bedre til at aflede sig selv

I takt med at de unge har fået en større selvindsigt, og fået en større bevidsthed omkring hvad de "bruger" adfærden til, er det også blevet nemmere for de unge at sætte ord på selvskaden. For mange har det tidligere været svært at tale om adfærden. Den er forbundet med skam og er noget de har for sig selv, og som de har lyst til at være private omkring. En ung beskriver, at hun oplevede det *"som et helvede at snakke om det i behandlingen"*, men som behandlingen skred frem blev det mere *"naturligt"*, også selvom det opleves enormt svært at sætte ord på de følelser og svære situationer, som er udløsende for adfærden. Uanset hvor svært det opleves af de unge at "lukke op", og vise hvordan de har det, og dermed lade andre kende til deres sårbarhed, er der enighed om at *"det virker"*. Det vigtigste for de unge er, at behandleren hverken præsenterer svarene på forhånd, eller fortæller hvordan de bør tænke eller føle, men at behandlingen sker i en dialog, hvor den unge selv er med til at sætte retningen for behandlingen, så det giver mening for den enkelte.

En ung beskriver det på følgende måde:

"Det jeg især har lært igennem det her [kognitiv terapi red], det er det her med at sætte ord på tingene.. altså det der med at sætte ord på hvad man føler - det er fandme svært! Jeg gider ikke sidde ved en psykolog, som sidder og spørger, "hvad føler du lige nu?" - det gider jeg fandme ikke svare på! Men det er heller ikke sådan, det overhovedet er.. altså.. du kommer ind og får lov til at sige lige, hvad du vil (...) altså de [behandleren red.] siger jo også mange ting. De siger bare ikke, hvad der er rigtigt og forkert, det kommer man selv frem til".

På den måde er det lykkedes de unge at få et sprog omkring det der udløser den selvskadende adfærd, hvorimod selvskaden tidligere var deres eneste sprog. For flere betyder det også, at de oplever, at de er blevet bedre til at bede om hjælp, og blevet bedre til at aflede sig selv, når trangen til at skade sig selv opstår. For nogle af de unge har der dog skullet lidt overbevisning til i forhold til at tro på at afledningen ville virke. Det har krævet at de unge har trænet i at aflede sig selv, inden det efterfølgende er blevet en mere "ubevidst" praksis. Fx fortæller en ung, at hun var meget bevidst om, at hun gjorde nogle bestemte ting alene for at blive afledt fra sine tanker. Over tid blev afledningen så naturlig en del af hendes adfærd, at hun ikke længere tænkte over det, og hun havde ikke længere brug for at skade sig selv.

Afledning fremhæves af alle de unge, som noget af det mest virksomme i forhold til at kunne reducere adfærden. Det gælder både de fire unge som har modtaget behandling for deres selvskadende adfærd, ligesom den ene ung, som ikke har fået et tilbud (som selv har fundet frem til at afledning var en god metode til at "flytte" sine tanker). Indholdsmæssigt er det meget forskelligt, hvad der kan aflede de unge, men der er enighed om, at det vigtigste i forhold til at aflede sig selv er, at man gør noget man godt kan lide. Noget der er lystpræget, og derfor et aktivt tilvalg af noget andet, fremfor selvskaden. En af de unge forklarer det på følgende måde:

"Altså det er ligegyldigt hvad det er, fordi det vigtigste det er, at man har det godt.. Det vigtigste er, at jeg ikke gør selvskade. Så er det sgu ligegyldig, hvad det er.. altså.. Om jeg så skal gå udenfor og sove i nat, altså hvis det er dét der kan hjælpe, så er det dét, man gør".

De unge afleder derfor deres tanker med alt lige fra at gå ture, høre musik, spille computer, gymnastik og træning, ringe til en ven eller veninde, til at være ude i naturen. Andre arbejder fx også med at blive bedre til at sige ja til flere ting, som man ellers ville have meldt afbud til. For andre kan det handle om kropsbevidsthedstræning eller mindfulness, hvor man lærer at mærke sig selv bedre. Nogle fortæller, at de afleder ved at skabe succesoplevelser og styrke deres selvværd. Som en del af behandlingen træner nogle unge dette, ved fx at skulle fokusere på en ny positiv egenskab ved sig selv hver dag, mens andre arbejder med at skrive sine tanker ned, når de har lyst til at selvskade. De nedskrevne tanker spiller desuden aktivt ind i samtalebehandlingen, hvor *"man sådan kan sidde, og kigge på, hvordan det egentligt var, når man sådan er lidt mere ved sine fulde fem... og så ser man det lidt mere udefra!"*. For andre spiller det også en enorm stor rolle, at de under behandlingen er blevet mere bevidste om, hvordan deres selvskade virker på andre. Bevidstheden om, hvor bekymrede og kede af det familie og særligt eventuelle kærester bliver, kan virke adfærdsreducerende. Det gør sig særligt gældende i tilfælde hvor de unge har en kæreste, som med deres egne ord *"holder af mig, og som har valgt at være sammen med mig, uden at være tvunget til det ligesom min familie"*.

Lære sig selv bedre at kende

Ved at have fået en større forståelse af selvskadens funktion, være blevet bedre til at tale om de følelser og tanker der udløser adfærden og anvende forskellige afledningsstrategier, har de unge lært sig selv meget bedre at kende. Nogle af de unge har endda accepteret selvskaden, som noget, der af forskellige årsager

har været, eller stadig er en del af dem, men som har gjort dem klogere på dem selv, også selvom det ikke er alle de unge, som er færdigbehandlede.

De unge tillægger direkte betydning til behandlingen i forhold til, at de nu har en meget større grad af selvindsigt, og er blevet bedre i stand til at bestemme over deres eget liv, fremfor at være styret af selvskaden. Flere udtrykker direkte taknemmelighed over at have fået behandling, og er også i stand til at vende selvskaden til noget positivt. En ung fortæller: *"alt i alt, så er jeg glad for, at jeg har haft det psykisk dårligt.. det lyder dumt, men det er altså fordi, at jeg ved meget om mig selv nu, og jeg ved hvad jeg vil"*.

En anden ung fortæller på en lignende måde om sit forløb:

"Jeg har lært rigtig meget om mig selv. Jeg er blevet sådan en, der kan snakke om tingene nu. Det kunne jeg virkelig ikke, hvis du havde mødt mig for to år siden... Der vidste jeg jo ikke noget om mig selv, eller hvordan jeg reagerede. Det var bare sådan, jeg gjorde. Så jeg har egentlig fået det behandlingsforløb, alle burde have (...) Jeg tror ikke, jeg havde været i live, hvis jeg hverken havde været indlagt eller været igennem det her forløb. Så var jeg højst sandsynligt væk".

Arbejdet med at adressere det bagvedliggende i behandlingen, har ifølge de unge en afgørende betydning, og ligesom det fremgår af ovenstående interviewuddrag, kan det, bogstavelig talt, være afgørende for de unges overlevelse.

2.6 Social smitterisiko på bosteder og specialinstitutioner

Alle fem unge har været frivilligt eller tvangsanbragt på bosteder og/eller specialinstitutioner. For fire af de unge har det været som en del af deres behandling. For den femte ung (der som den eneste ikke har fået behandling for sin selvskadende adfærd), var selvskaden ikke det primære for anbringelsen. Der er stor variation i, hvorvidt de unge har oplevet deres anbringelse som virksom, men de gør sig alligevel en række overordnede sammenlignelige overvejelser omkring deres anbringelsesforløb i relation til behandlingen af deres selvskadende adfærd.

I tre af de unges tilfælde har der været sammenbrud i anbringelsen, ifølge de unge selv, fordi bostedet (eller de forskellige bosteder) på trods af specialisering i psykiatri og selvskadende adfærd, ikke var godt nok rustet til at håndtere de meget svært selvskadende unge (som tidligere beskrevet), hvor adfærden har udviklet sig til at være livstruende. I den forbindelse forklarer en ung, at hun alene oplever sin anbringelse som et udtryk for, at psykiatrien i mangel på kvalificerede indsatser, har svært ved at placere svært selvskadende unge, og *"så er det nemmest lige at sende folk på et bosted. Så er det kommunen ligesom, der har ansvaret"*. På tværs af de unges fortællinger er der enighed om, at meget svært selvskadende unge ikke nødvendigvis kan rummes af bostederne, men i stedet har brug for et langt mere indgribende tilbud.

I den forbindelse har de unge enten oplevet selv at være én af dem, der er så svært selvskadende at bostedet *"ikke kunne tilbyde dem noget"*. Eller de har oplevet, hvilken negativ indvirkning det har haft på deres eget behandlingsforløb at bo sammen med personer med meget svær selvskadende adfærd.

De unge som har været så svært selvskadende, at bostederne, ifølge de unge selv, ikke har været specialiserede og kvalificerede nok til at kunne hjælpe dem, peger blandt andet på, at rammerne på bostedet har været for frie. De unge har været overladt for meget til sig selv, ligesom de oplever at der har været for lidt personale. To af de unge peger på, at de manglede klarere rammer og en fastere struktur, og problematiserer, at man stort set kan gøre hvad man vil på bostederne, fordi der kun er meget lidt opsyn. Ifølge de unge er det fx for nemt at stikke af, fordi personalet følger ikke efter en, men lader bare en gå, hvilket ifølge de unge godt kan komme til at virke som om, at personalet er ligeglade med en. Én ung fortæller i den forbindelse om en episode, hvor hun forlod bostedet og skadede sig selv i så svær grad, at hun var tæt på at dø af det og har fået livsvarige mén. Andre peger på, at bostederne ikke har nok at tilbyde i forhold til behandlingen af selvskadende adfærd. De forklarer at det ikke har været nok for dem, at personalet fx har tilbudt, at de kunne komme og snakke om det, når de fik trang til at skade sig selv, eller at de kunne gå en tur sammen.

Uanset om de unge oplever sig selv som mere eller mindre svært selvskadende, italesætter de alle sammen "smitte" og sammensætningen af personer, eller kombinationen af de to elementer, som nogle af de væsentligste årsager til problematikkerne på bostederne eller specialinstitutionerne.

Ét af de eksempler, der går igen blandt de unges fortællinger drejer sig om risikoen for "smitte", når flere personer med selvskadende adfærd bor sammen. En ung fortæller fx, at hun "*boede sammen med én, som bevidst gav mig tips og tricks til, hvad jeg kunne gøre*", mens en anden ung fortæller, hvorfor hun mener, at det kan være ligeså problematisk at samle personer med selvskadende adfærd på bostederne, som det kan være, at ikke-selvskadende bor sammen med selvskadende:

"Når man sætter en masse selvskadende på samme bosted, så er det meget sådan, at hvis én person i huset har det dårligt, så har hele huset det lige pludselig dårligt. Det smitter rigtig meget (...) jeg boede sammen med nogle selvskadende, som også gjorde, at hvis de selvskadede, så kunne jeg da også godt få trang til at selvskade. Men jeg kan da også huske, at der var én af dem, som jeg sådan boede med... hun kom ind på bostedet lidt tid efter, at jeg var kommet, og hun var slet ikke selvskadende, da hun kom, men hun begyndte sådan lige så stille også at selvskade lidt, da hun kom. Så det er meget det her med, at det smitter rigtig meget".

Smitterisikoen er velkendt i litteraturen, og ifølge Møhl er den en så væsentlig faktor, at selvskadende adfærd ofte behandles bedst ambulant, men at indlæggelser eller anbringelser kan være en nødvendig foranstaltning, hvis den unge er meget destruktiv. Møhl understøtter derfor, at det er væsentligt at personalet er opmærksomme på at tale med de unge om risikoen for smitte, og at man derfor ikke bør vise hinanden eller dele ud af sine erfaringer med, hvordan man kan skade sig selv (Aggerbeck, 2016).

En tredje ung har været anbragt på en sikret specialinstitution, hvor sammensætningen af unge spændte fra meget svært kriminelle til unge med selvskadende adfærd. Den unge fremhæver netop det store spænd

i persontyper som væsentligt for, at hun fik det bedre, og i dag har reduceret sin selvskadende adfærd. Hun forklarer:

"Det der med, at man bor sammen med nogle andre typer, det virkede. Jeg synes, det er godt at blande folk sådan, fordi jeg var sådan "Hvorfor fuck stjæler I? Det er da mega dumt" og "det er da mega dumt at gå ud og slå folk ned. I ender jo bare i fængsel". Og de var sådan lidt "Hvorfor fuck selvskader du?". Altså, man kan ikke helt se meningen i det, de andre gør, og det hjælper jo én, for så er man sådan lidt..."Ja okay", man kan godt se, at det er sådan lidt dumt, ikke?"

Den unge påpeger her det virksomme ved, at den selvskadende adfærd i højere grad kommer til at fremstå som en såkaldt afvigelse, i kraft af at andre unge med fx en kriminel baggrund ikke kan se det meningsgivende i at skade sig selv. For denne ung var den manglende konsensus omkring adfærden derfor, ifølge hende selv, vigtig for at hun har det bedre i dag.

Andre italesætter det problematiske i, at der på bostederne let kan gå konkurrence i *"hvem der kunne gøre det værst, hvem kunne komme flest gange på skadestuen, og hvem kunne skære dybest!"*. Det kan også handle om at få personalets opmærksomhed. Flere fortæller om episoder hvor de er blevet misundelige på andre, eller andre er blevet misunderlige på dem, pga. den opmærksomhed de har fået fra personalet, når de har skadet dem selv. De unge fortæller derfor om, hvordan andres selvskade, kan betyde at man også selv føler at man skal gøre skade sig på selv, både for at vinde personalets opmærksomhed, men også fordi man ellers kan være *"bange for at man ikke er syg nok, og føle at man ikke er god nok til at få behandlingen"*.

Dette er særligt problematisk, når de unge er inde i gode perioder, hvor den selvskadende adfærd er blevet reduceret. Én af de unge fortæller hvor stor en belastning det var for hendes behandlingsforløb at bo sammen med især én bestemt anden ung, hvilket betød, at på trods af at hun var inde i en rigtig god periode, hvor selvskaden var reduceret, igen begyndte at *"skade mig selv, fordi jeg var så stresset, fordi hun fyldte bare enormt meget, og sugede bare virkelig energien ud af mig"*.

Sammensætningen af mange svært selvskadende unge på et sted, kan derfor være med til at fastholde de unge i adfærden og få den til at eskalere, hvorfor det kan være afgørende hurtigt at blive udskrevet til en mindre indgribende eller ambulans indsats, når der er fremgang i den enkeltes behandlingsforløb. Som eksempler herpå, nævner en ung, at hun har haft stor støtte af en kontaktperson efter udskrivelsen, mens en anden har fået et såkaldt "green card" til psykiatrisk afdeling, så den unge ved behov *"altid kan komme ud på "psyk" og snakke, uden at en læge skal henvise"* hende.

2.7 Forældreinvolvering og behandling i hjemmet

På tværs af interviewene giver de unge udtryk for, at de er præget af skyldfølelse overfor familien. Det er også én af grundene til, at de unge, i mange tilfælde, holder adfærden skjult for forældrene. Forældrene har oftest selv opdaget adfærden, hvis de unge, med deres egne ord *"er blevet for sløsedet"*, og der fx er

kommet blod på deres sengebetræk, eller hvis adfærden er eskaleret i en sådan grad, at den unge ikke længere har kunnet holde det skjult, og akut har haft behov for behandling eller hjælp.

Flere oplever, at det er enormt svært at håndtere, at ens forældre og søskende bliver kede af det og bekymrede, og har desuden meget svært ved at tale med familien, særligt fordi forældrene ikke kan forstå adfærden. Hvis de unge, når de har skadet sig selv, alligevel har forsøgt at tale med deres forældre, har forældrene reageret med fx uforståenhed, vrede eller skuffelse, hvilket i mange tilfælde betyder, at de unge helt holder op med at fortælle om adfærden, fordi de ikke vil *"belemre forældrene yderligere"*.

I det følgende interviewuddrag fortæller en ung om, hvordan hendes far typisk reagerede, og hvad det betød for hende: *"Min far kunne godt sige: "Ej for helvede!!!" og altså sådan, ikke også? og hvor jeg så bliver ked af det.. Og det er bare fordi de ikke forstår det! Altså, de vil så gerne, men de kan ikke! Det eneste de ved, det er, at deres lille pige gør skade på hende selv, og de vil bare ikke have det! (...) derfor det var så svært for mig, at fortælle mine forældre det, fordi jeg vidste, hvor kede af det, de ville blive, og jeg var bange for, at de ville blive skuffede"*.

Nogle forældre går til foredrag eller opsøger på anden vis information om selvskadende adfærd, for at få en større forståelse af, hvad der sker med deres børn. Men ifølge de unge er det ikke altid nok, fordi de stadig ikke ved, hvordan de skal håndtere eller tale om adfærden. Nogle unge har derfor oplevet, at deres forældre opstiller strikse regler, overvåger dem, eller fx hele tiden vil vide hvor de er henne. I flere tilfælde fortæller de unge, at de ofte ender med at bryde forældrenes regler, ved fx at lyve om hvordan de har det, eller hvor de befinder sig henne, ligesom de finder på måder at skade sig uden for hjemmet, så forældrene ikke opdager det.

Derfor efterspørger og anbefaler de unge, at der i højere grad udbydes og tilbydes indsatser til forældrene, og begrundet det med, at det fx har virket rigtig godt, når deres behandlere har tilbudt forældrene en snak om hvordan det går. Det har ofte beroliget forældrene og har efterfølgende, ifølge de unge, gjort det lidt nemmere at tale om selvskaden.

Fra forskningslitteraturen ved vi også, at gode familierelationer er en beskyttelsesfaktor i forhold til udviklingen af selvskadende adfærd. Studier viser også, at det ser ud til at de bedste behandlingsresultater opnås, når en indsats involverer familien og særligt forældrene i behandlingen (Glenn, Franklin, & Nock, 2015; Ougrin, Tranah, Stahl, Moran, & Asarnow, 2015; Wester, Clemens, & McKibben, 2015). Undersøgelser viser fx, at der er større sandsynlighed for at en ung med selvskadende adfærd accepterer behovet for og deltager aktivt i behandling, hvis forældrene bakker op om behandlingen (Arbuthnott & Lewis, 2015).

Kun én af de unges forældre har modtaget en decideret indsats i form af familierapi. Ifølge den unge har det haft en meget stor positiv indvirkning på forældrenes forståelse af *"fænomenet"*, ligesom de blev understøttet med en række redskaber til, hvordan de bedst muligt kunne hjælpe deres datter på en hensigtsmæssig måde. Ifølge den unge er det dog sjældent, at forældrene bliver tilbudt at få hjælp, og den unge føler derfor, at hendes familie har været meget heldige med, at *"have fået rigtig meget hjælp i det offentlige"*.

Hun mener desuden, at det er mindst lige så vigtigt at forældrene også får et behandlingstilbud og forklarer at: *"hvis forældrene får den rigtige behandling, så tror jeg også, at de kan have én i hjemmet. For det der med at forældrene de får redskaber til at kunne hjælpe, i stedet for at den unge bare skal lære at gå med det selv, det hjælper rigtig rigtig meget. Det eneste var jo bare, at da jeg blev 18, så er der ikke rigtig noget der hedder familiebehandling (...) så blev vi jo nødt til at stoppe med det, selvom de har brug for at fortsætte (...) for de var ikke færdige"*.

I forbindelse med at denne ung er blevet 18 år, har hun, som den eneste af de fem unge, fået en bostøtte i hjemmet. Det betyder, at den unge kan bo i hjemmet, ligesom hun altid har en at tale med, eller som kan hjælpe hende med at aflede tankerne hvis det bliver nødvendigt, og *"passer på én"*. Litteraturen viser desuden, at der kan opnås gode resultater med at foretage intensiv familiecentreret behandling i hjemmet, både i forhold til at reducere den selvskadende adfærd, og i forhold til at forældrene oplevet at deres mestringsevner forbedres (Huey et al., 2004). De unge, såvel som litteraturen, peger derfor i retningen af det virksomme ved kombinationen af ambulans behandling, og at inddrage forældrene i behandlingsforløbet (Glenn et al., 2015; Nock, Teper, & Hollander, 2007)

3 Opsamling

Et stigende antal danske unge skader sig selv, og meget tyder på, at der er risiko for at de unge fortsætter med at skade sig selv i mange år, hvis de ikke får behandling. Samtidig er vores viden om effektive indsatser mangelfuld. Vi kender heller ikke meget til de unges egne oplevelser med behandlingen af selvskadende adfærd. Med denne interviewundersøgelse har vi derfor forsøgt at give de unge en stemme, netop for at undersøge, hvad de selv peger på, som mere eller mindre virksomt i behandlingen af selvskadende adfærd.

Selvskadende adfærd er ikke anerkendt som en selvstændig diagnose i Danmark, men klassificeres i stedet som et nonspecifikt symptom. Derfor kan man ikke alene modtage behandling for adfærden i psykiatrien. Fire af de fem unge, som indgår i interviewundersøgelsen, har alligevel fået behandling for deres selvskadende adfærd i behandlings- og/eller socialpsykiatrien - enten i tillæg til behandlingen af forskellige psykiatriske diagnoser, eller fordi den selvskadende adfærd er eskaleret i en sådan grad, at den er blevet livstruende.

Ifølge de unge tilbydes behandlingen dog alt for sent, og de ser derfor et stort potentiale i at udvikle og tilbyde tidlige og forebyggende indsatser. Et større fokus på tidlige indsatser ville betyde, at flere ville kunne leve et mere "almindeligt" ungdomsliv, ligesom de unge argumenterer for samfundsmæssige og økonomiske gevinster.

De unge peger særligt på behovet for at udvikle og sprede mere viden om selvskadende adfærd. Dette gør sig gældende i samfundet generelt, blandt deres forældre og fagprofessionelle, og hos de unge selv. Mere viden er væsentligt i forhold til at kunne aftabusere adfærden, og sikre at de unge føler sig mødt på en mere hensigtsmæssig og ikke-stigmatiserende måde.

De unge, såvel som litteraturen, foreslår en række mere eller mindre konkrete og enslydende forslag til, hvordan behandlingen kan forbedres, og hvad der bør være særlig opmærksomhed på i behandlingen. Her nævnes blandt andet:

- Det virksomme i at tilbyde selvstændige indsatser til forældre, og/eller inddrage dem i behandlingen
- Være særligt opmærksom på den sociale smitterisiko der er på afdelinger og bosteder, hvorfor der i høj grad bør tænkes i hurtig udskrivning til mindre indgribende ambulante indsatser
- De unges italesættelse og forståelse af selvskadende adfærd som en "afhængighed" understreger potentialet i at afprøve principper fra behandlingen af rusmiddelafhængighed i forbindelse med selvskade.

Vi håber at interviewundersøgelsen kan være med til at skabe en større fælles forståelse af fænomenet selvskadende adfærd. Forhåbentlig vil kommuner og regioner, samt andre interesserede, kunne anvende undersøgelsen som et vidensbidrag i forbindelse med udvikling og afprøvning af nye forebyggende og behandlende indsatser.

4 Litteratur

- Adler, P. A., & Adler, P. (2005).** Self-injurers as loners: The social organization of solitary deviance. *Deviant Behavior, 26* (4), 345-378. doi:10.1080/016396290931696.
- Aggerbeck, A. (2016)** Selvskade – Sådan hjælper du bedst dit barn. doi:<https://www.sygeforsikring.dk/selvskade-sadan-hjaelper-du-bedst-dit-barn>
- Alderdice et al. (2010).** *Self-harm, suicide and risk: Helping people who self-harm. the final report of a working group.* (). London: Royal College of Psychiatrists.
- Arbuthnott, A. E., & Lewis, S. P. (2015).** Parents of youth who self-injure: A review of the literature and implications for mental health professionals. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 9* (1) doi:10.1186/s13034-015-0066-3.
- Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015).** Evidence-based psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 44*(1), 1-29. doi:10.1080/15374416.2014.945211.
- Huband, N., & Tantam N. (2000).** Attitudes to self-injury within a group of mental health staff. *British Journal of Medical Psychology, 73*, 495.
- Huey, S. J., et al. (2004).** Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43* (2), 183-190. doi: 10.1097/00004583-200402000-00014.
- Idenfors, H., Kullgren, G., & Renberg, E. S. (2015).** Professional care after deliberate self-harm: A qualitative study of young people's experiences. *Patient Preference and Adherence, 9*, 199-207. doi:10.2147/PPA.S76244.
- Ilsvard, S. (2016).** Virksomme indsatser i behandlingen af selvskadende adfærd - en litteraturgennemgang. doi:http://metodecentret.dk/UserFiles/file/Selvskadende%20adf%C3%A6rd/Selvskadende_adfaerd_litteraturgennemgang_FINAL300816.pdf
- Jellinek, M. S., & Brickell, C. M. (2014).** *Self-injury: Why teens do it, how to help* Advanstar Communications, Inc.
- Kerr, P. L., Muhlenkamp, J. J., & Turner, J. M. (2010).** Nonsuicidal self-injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians. *March–April 2010, Vol. 23 No. 2*, 249. Doi: 10.3122/jabfm.2010.02.090110.

- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007).** Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63* (11), 1045-1056. doi:10.1002/jclp.20412.
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002).** Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing, 40*(5), 578-586. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02412.x.
- Møhl, B. (2005).** At skære smerten bort : Om cutting som drug. *Psyke & Logos, Årg. 26, nr. 1 (2005)*, 98-117 297.
- Møhl, B. (2015).** *Selvskade : Psykologi og behandling* (1. bogklubudgave ed.). Kbh.: Gyldendals Bogklubber.
- Møhl, B., & Psykiatrifonden. (2006).** *At skære smerten bort : En bog om cutting og anden selvskadende adfærd* (1. udgave ed.). Kbh.: PsykiatriFonden.
- Møhl, B., & Rubæk, L. (2017).** Selvskade - smertens paradoks. *Psyke & Logos*.
- Muehlenkamp, J. J. (2006).** Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling, 28* (2), 166-185. doi:10.17744/mehc.28.2.6w61cut2lxjdg3m7.
- Nationella självskaedeprojektet (2014).** Retrieved from <http://www.nationellasjalvskaedeprojektet.se/vard--vardgrannar/nya-behandlingsmetoder.html>
- Nock, M. K., Teper, R., & Hollander, M. (2007).** Psychological treatment of self-injury among adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1081-1089. doi:10.1002/jclp.20415.
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015).** Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 54*(2), 97-107.e2. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.009.
- Patterson, P., Whittington, R., & Bogg, J. (2007).** Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: The self-harm antipathy scale (SHAS). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14*(5), 438-445. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01102.x.
- Rissanen, M., Kylmä, J., Hintikka, J., Honkalampi, K., Tolmunen, T., & Laukkanen, E. (2013).** Factors helping adolescents to stop self-cutting: Descriptions of 347 adolescents aged 13–18 years. *Journal of Clinical Nursing, 22*(13-14), 2011-2019. doi:http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1111/jocn.12077.
- Rubæk, L., & Møhl, B. (2017).** Ikke-suicidal selvskade - et afhængighedssyndrom? *Psyke & Logos*.
- Samuelsson, M., Eidevall, L., Träskman- Bendz, L., Öjehagen, A., & Jensen, R. (2009).** Unga ineliggande patienter med självdestruktivt beteende. (Social Medicinsk Tidsskrift)

Shaw, S. N. (2006). Certainty, revision, and ambivalence: A qualitative investigation into women's journeys to stop self-injuring. *Women & Therapy, 29* (1-2), 153-187. doi:10.1300/J015v29n01_08.

Thastum, R., & Khodaie, S. (2017). Vejen ind og ud af selvskade. *Psyke & Logos*.

Turner, J. M. (2002). *Secret scars: Uncovering and understanding the addiction of self-injury*. Hazelden: Center City.

Wester, K. L., Clemens, E., & McKibben, B. (2015). Seeking help for non-suicidal self-injury: A social network analysis approach. *Counselling Psychology Quarterly, 28*(4), 372-385. doi:http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1080/09515070.2015.1074543.