



METODECENTRET

Center for Innovation & Metodeudvikling

Virksomme indsatslementer i behandlingen af selvskadende adfærd

En litteraturgennemgang

Virksomme indsatslementer i behandlingen af selvskadende adfærd

- En litteraturgennemgang

©METODECENTRET

Udgivet af:

Metodecentret

Olof Palmes Allé 19

8200 Aarhus N

Forfatter:

Sofie Ilsvard

Projektleder

Mail: sofils@rm.dk

Udgivet september 2016

Download på www.metodecentret.dk

Der kan frit citeres fra denne udgivelse, korrekt angivelse er: Ilsvard, S. 2016. *Virksomme indsatslementer i behandlingen af selvskadende adfærd – En litteraturgennemgang*. Aarhus N: Metodecentret.

Forord

Behovet for denne litteraturgennemgang er opstået på baggrund af, at Region Midtjylland oplever en stigning i antallet af unge med svært selvskadende adfærd på deres socialpsykiatriske behandlingsinstitutioner. De flere unge med svært selvskadende adfærd repræsenterer derfor en voksende behandlingsmæssig udfordring, som giver anledning til bekymring og usikkerhed hos både personale og pårørende.

I den forbindelse har Region Midtjylland rettet henvendelse til Metodecentret med henblik på at få udarbejdet en litteraturgennemgang over virkningsfulde indsatslementer i behandlingen af unge med selvskadende adfærd.

Formålet med litteraturgennemgangen er derfor at kortlægge den eksisterende litteratur for virkningsfulde indsatslementer og barrierer i behandlingen af selvskadende adfærd. På den baggrund identificerer vi en række forskningsbaserede anbefalinger til, hvilke delelementer man bør være særligt opmærksom på i behandlingen af unge med selvskadende adfærd, og peger på hvordan den bedst mulige behandling af selvskadende adfærd kan etableres.

Selvskadende adfærd er hverken et entydigt eller velafgrænset begreb, hvilket vanskeliggør en systematisk litteratursøgning. Derfor er der ikke tale om en udtømmende litteratursøgning, men et indsigtsgivende bidrag i forhold til virksomme indsatslementer i behandlingen af selvskadende adfærd.

Litteraturgennemgangen er baseret på en søgning af forskningsartikler i databaserne Scopus, Web of Science, PsycINFO og PubMed. Følgende søgeord er anvendt: *self-harm, deliberate self-harm, self-injury, non-suicidal self injury, self destruction, cutting, self-cutting, adolescents, intervention, program* og *treatment*. Herudover har vi gennemgået relevante artiklers referencelister, med henblik på at identificere yderligere relevant litteratur. Litteratursøgningen er foretaget i perioden fra d. 1. til 9. juni 2016.

Når begrebet selvskadende adfærd anvendes i litteraturgennemgangen, refererer det til direkte selvskade i form af ikke-suicidal selvskade; dvs. selvskaden er ikke motiveret af et ønske om at tage livet af sig selv. Herudover refererer selvskadende adfærd primært til "cutting", eftersom det er den mest udbredte form for selvskade.

I henhold til litteraturgennemgangens formål er undersøgelser som udelukkende beskæftiger sig med selvskadende adfærd i relation til autisme eller udviklingshæmning blevet frasorteret. Kun få studier beskæftiger sig alene med selvskadende adfærd blandt psykisk sårbare unge, som ikke har en psykiatrisk diagnose. Derfor inddrager vi også studier, hvor den selvskadende adfærd optræder i forbindelse med psykiatriske diagnoser - primært i form af borderline personlighedsforstyrrelse, ligesom vi inddrager enkelte studier, hvor adfærden optræder i forbindelse med selvmordsforsøg. Vi inddrager både studier, som omhandler svær og gentagende selvskade, samt selvskadende adfærd i mindre udtalt grad, og der er derfor tale om varierende grader af selvskadende adfærd. Blandt de tilbageblevne artikler er der tale om forskningsresultater fra USA og Europa, og herunder en del fra Skandinavien, primært Sverige. Litteraturgennemgangen forholder sig derfor udelukkende til selvskadende adfærd i vestlige samfund i dag.

De udvalgte studier belyser tilsammen behandlere, terapeuter og klinikeres, de unge med selvskadende adfærds egne, deres forældre eller pårørendes perspektiver, mens andre studier alene fokuserer på bestemte behandlingsmetoder, -programmer eller interventioner. Litteraturgennemgangen inddrager derfor studier på tværs af landegrænser, perspektiver og forskellige målgrupper med selvskadende adfærd, til at kortlægge den viden der findes om lovende indsatslementer i behandlingen af selvskadende adfærd. Litteratursøgningen har ikke til hensigt at udsige, hvorvidt der med indsatslementerne kan opnås de samme resultater i en dansk (socialpsykiatrisk) kontekst. Dette bør undersøges gennem udvikling og afprøvning af nye indsatser.

Slutteligt vil vi rette en tak til Lotte Rubæk og Nanna Lindekilde for deres konstruktive kommentarer i forbindelse med at kvalificere litteraturgennemgangen.

Indhold

Forord.....	1
[1] Begrebsafklaring	4
[2] Hvorfor interessere sig for selvskadende adfærd?	5
[3] Indgående kendskab til selvskadende adfærd og den enkelte persons underliggende problematikker.....	8
[4] Målrettede uddannelsesprogrammer til frontlinjemedarbejdere og fokus på tidlig indsats	9
[5] Familiecentreret indsats i lokale miljøer.....	12
[6] Fokus på at lære, udvikle og anvende nye færdigheder	13
[7] Patientinddragelse og åben drøftelse	16
[8] Opsamling	17
Litteraturliste.....	19

[1] Begrebsafklaring

En gennemgående anke i litteraturen er, at selvskadende adfærd hverken er et entydigt eller velafgrænset begreb. En del af begrebsforvirringen består i, at der er blevet brugt en række forskellige betegnelser til at dække over det at påføre sig selv fysisk skade og smerte. Betegnelser som blandt andet "self-mutilation", "self-destructive behavior", "deliberate self-harm", "self-injury", "intentionel self-harm", "self-cutting", "self-wounding", "self-injurious behaviour", "parasuicide", "repetitive self-injurious behavior" er blevet anvendt til at begrebsliggøre selvskadende adfærd.

Desuden har der indtil fornylig ikke været en klar sproglig afgrænsning af hvilke betegnelser, der dækker over hvilke typer selvskadende adfærd. På tværs af litteraturen anvendes de samme begreber både om selvpåførte skader, hvor personen har et ønske om at tage livet af sig selv, og om selvpåførte skader, hvor personen ikke har et ønske om at tage livet af sig selv (Møhl & Psykiatrifonden, 2006; Nock, 2010). Begrebet er derfor blevet anvendt inkonsistent, og i litteraturen er det ofte uklart, hvilken type selvskadende adfærd der er tale om.

Inden for de senere år har det ændret sig, og nu skelnes der mere præcist mellem "selvskade med suicidale hensigter" og "ikke-suicidal selvskade". På trods af at suicidal og ikke-suicidal selvskade er nært beslægtede fænomener, er de alligevel væsensforskellige – og det springende punkt er netop, hvorvidt personen har et ønske om at tage livet af sig selv eller ej (Lindekilde & Lasgaard, in press; Møhl, 2015). Når der er tale om ikke-suicidal selvskade dækker det over selvpåført skade, der er frembragt uden et ønske om at ville tage livet af sig selv, og i modsætning til selvskade med suicidale hensigter, fungerer ikke-suicidal adfærd som en slags overlevelsesmekanisme. Den fysiske smerte og skade virker umiddelbart beroligende, og netop derfor gentages den selvskadende adfærd igen og igen, og kommer til at fungere som en slags selvmedicinering (Motz, 2010). Netop fordi selvmordsforsøg og ikke-suicidal selvskadende adfærd betragtes som to forskellige fænomener, der er motiveret af forskellige bevæggrunde, defineres ikke-suicidal selvskadende adfærd (til forskel fra selvskade med suicidale hensigter) som:

"en direkte, socialt uacceptabel adfærd, der gentages igen og igen, og som medfører lettere til moderate fysiske skader. Når selvskaden pågår, befinder personen sig i en forstyrret psykisk tilstand, men har ikke til hensigt at tage sit eget liv og udviser heller ikke den form for selv-mutilation eller stereotyp adfærd, som er karakteristisk for mentalt retarderede eller autistiske mennesker" (Suyemoto oversat til dansk i (Møhl & Psykiatrifonden, 2006).

Denne definition er brugbar, da den understreger flere af de centrale elementer, som kendetegner selvskadende adfærd:

- Selvskadende adfærd kan kun klassificeres som sådan, hvis handlingen strider mod gældende normer i et givent samfund. Dvs. at selvskadende adfærd er udtryk for en afvigende adfærd
- Personen der selvskader er ikke motiveret af, at ville tage livet af sig selv
- Personen der selvskader er i en psykisk oprevet eller forstyrret tilstand, når handlingen udføres
- Formålet med selvskaden er at få det bedre psykisk og socialt, og regulere egne følelser

I henhold til litteraturgennemgangens formål fokuserer vi udelukkende på "ikke-suicidal selvskade".

[2] Hvorfor interessere sig for selvskadende adfærd?

Selvskadende adfærd, og særligt svært selvskadende adfærd blandt teenagere og unge udgør et større problem end tidligere. Hvor selvskadende adfærd tidligere primært fremtrådte i forbindelse med svær psykisk sygdom, er det i dag et udbredt fænomen – også blandt personer uden psykiatriske lidelser - (Favazza, 1998; Hawton, Fagg, Simkin, Bale, & Bond, 1997; Møhl & Psykiatrifonden, 2006; Zøllner & Center for Selvmordsforskning, 2014). Der er derfor kommet større opmærksomhed på selvskadende adfærd i den almene befolkning, og selvskadende adfærd har derfor fået karakter af at være et ”*offentligt sundhedsanliggende*” (Møhl & Psykiatrifonden, 2006).

I Danmark er selvskadende adfærd ikke anerkendt som en selvstændig diagnose¹, adfærden klassificeres derimod som et nonspecifikt symptom i relation til mange forskellige psykiske vanskeligheder. Derfor findes der også kun meget få² behandlingsmodeller, som udelukkede retter sig mod selvskadende adfærd, hvilket netop skyldes at adfærden ikke betragtes som en selvstændig diagnose. I en dansk kontekst hvor adgang til behandling kræver en diagnose, betyder det, at der stort set ikke findes nogen behandlingsmuligheder for selvskadende adfærd ”før” psykiatrien. En typisk problemstilling i den forbindelse er, at personer med selvskadende adfærd ofte falder mellem to stole, og eksempelvis er for syge til at kunne behandles af en skolepsykolog, men ikke er syge nok til at blive behandlet i psykiatrien³. Derfor er det sjældent muligt at få et kvalificeret behandlingstilbud, førend at den selvskadende adfærd er eskaleret i en sådan grad, at personen har forsøgt at tage sit eget liv og kan indskrives i psykiatrien. Der er derfor et stort potentiale i forhold til at udvikle og tilbyde tidlige og forebyggende indsatser i forhold til personer med selvskadende adfærd.

Som nævnt ovenfor, er der ikke alene sket en stigning i antallet af personer med selvskadende adfærd, der er også sket en udvikling i hvem der udøver den selvskadende adfærd, og adfærden kan derfor være udtryk for forskellige funktioner. I den forbindelse skelner Møhl mellem den ”traditionelle” og den ”nye” cutter. Den ”traditionelle” cutter har typisk alvorlige psykiske forstyrrelser, en forstyrret kropsopfattelse og et stort selvhad. Den ”traditionelle” cutter har typisk været udsat for fysiske og seksuelle overgreb i barndommen, ligesom forældrene typisk har haft alkohol- eller andre misbrug, og har været fraværende og følelsesmæssigt utilgængelige.

De ”nye” cuttere har ikke i samme grad, som de ”traditionelle” cuttere, alvorlige psykiske forstyrrelser eller forstyrrede kropsopfattelser. Det er ofte yngre kvinder, der går på gymnasiet eller universitet og som udadtil klarer sig godt. De er ambitiøse og velfungerende socialt såvel som fagligt. Hvad man ikke kan se er, at

¹ I Danmark, ligesom i størstedelen af Europa, anvendes diagnosesystemet ICD, som er en forkortelse af WHO's International Classification of Diseases.

² Et eksempel er det specialiserede behandlingskoncept KISS på afdeling Q på Aarhus Universitetshospital Risskov. KISS står for Koordineret Intensiv teambaseret behandling af Selvskadende og suicidale patienter. KISS råder over fire sengepladser, og der er derfor lang ventetid på behandlingen. Se evt. mere her: <http://www.psykiatrien.rm.dk/afdelinger/afdeling-q---auh-risskov/i-behandling/indlaggelse/sengeafsnit-q1/kiss---team-for-selvskadende/>

³ I den forbindelse skal det dog nævnes, at hvis personen er under 18 år har bopælskommunen pligt til at henvise personen videre i et tilbud. 35 procent af kommunerne har specialiserede rehabiliteringstilbud til børn og unge med selvskadende adfærd (fx familierådgivning, gruppeforløb og støttekontaktpersoner) (ViOOS, 2013).

deres stressniveau konstant er forhøjet, og at de har svært ved at tage vare på sig selv. De er optagede af at "please" andre, og glemmer derfor sig selv. Mange oplever en indre tomhedsfølelse og et stort selvhad, som de kun forløse ved at skade sig selv. Når de "nye" cuttere skærer i sig selv, er det derfor ofte forbundet med indre spændinger og oplevelsen af at føle sig som en fiasko (Møhl & Psykiatrifonden, 2006).

Ovenstående er karikerede beskrivelser, som derfor kan have varierende udtryk, og overlapper hinanden til en vis grad. Pointen er dog, at selvskadende adfærd er blevet et udbredt problem, som kan være svært at få øje på, da mange af de selvskadende piger betragtes som såkaldt almindelige piger⁴. Selvskadende adfærd har derfor udviklet sig til at være et udbredt problem, og er i høj grad et problem der er præget af uklare og komplekse årsager og sammenhænge mellem problem og løsning. Dette er en af grundene til, at der ses en stigende interesse for at identificere effektive behandlingsstrategier, som kan reducere selvskadende adfærd.

I USA betragtes selvskadende adfærd som et komplekst fænomen, som muligvis kan sidestilles med andre psykiatriske diagnoser, hvorfor selvskadende adfærd siden 2013 har haft status som en forskningsdiagnose⁵ (Schade, 2013). Det betyder groft sagt, at før der kan tages stilling til, hvorvidt selvskadende adfærd bør være en selvstændig diagnose eller ej, skal der gennemføres mere forskning på området.

I Danmark er der også en stigende interesse for selvskadende adfærd. I den kommende "Hvordan har du det-undersøgelse" der hvert tredje år kortlægger den danske befolknings sundhedstilstand, indeholder Region Midtjyllands del af 2017-undersøgelsen som noget nyt også spørgsmål vedrørende selvskadende adfærd, hvilket peger på at fænomenet sidestilles med et folkesundhedsproblem. Desuden foreslår en række danske eksperter og Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser og Selvskade (LMS), at Danmark, ligesom fx Storbritannien, udarbejder en national handleplan, som kan være med til at sikre en målrettet offentlig indsats i forhold til selvskadende adfærd (TV fra Folketinget, 2016).

At der både nationalt og internationalt er et udtalt behov for mere viden på området, understreges desuden tydeligt i de forskningsartikler der berører emnet. Stort set alle studier afsluttes med at konkludere, at der mangler viden om selvskadende adfærd (se fx Hawton et al., 1998; Nock, 2010). I den forbindelse er det desuden en væsentlig pointe, at vi i en dansk kontekst stadigvæk ikke kender til omfanget af selvskadende adfærd blandt psykisk sårbare unge, som er den primære målgruppe for denne litteraturgennemgang.

Amerikanske undersøgelser har vist, at omkring fire procent af normalbefolkningen og 14 procent af de studerende indimellem påfører sig selv fysisk skade og smerte med vilje (Møhl & Psykiatrifonden, 2006 s. 50). Desuden viser et studie blandt danske gymnasieelever, at 16 procent har skadet sig selv inden for det seneste år (Møhl & Skandsen, 2012). Af en ny udgivelse fra Børnerådet (Børnerådet, 2016) fremgår det, at mere end hver femte ung, har skadet sig selv med vilje, uden at ville begå selvmord. Børnerådets undersøgelse bekræfter derfor tidligere undersøgelser, som blandt andet peger på, at der siden 1990'erne er sket

⁴ Selvskadende adfærd ses både hos drenge og piger, men der er forskel på hvordan de skader sig selv. Pigerne skærer typisk sig selv, mens drengene slår sig selv (Møhl, 2015).

⁵ USA anvender diagnosesystemet: DSM-5, som er en forkortelse af den amerikanske psykiatrisammenslutnings Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

en stigning i antallet af personer med selvskadende adfærd blandt yngre mennesker (Adler & Adler, 2007). Forekomsten af selvskadende adfærd formodes dog at være højere, hvilket skyldes underrapportering, fordi mange skammer sig over eller skjuler deres selvpåførte skader. Litteraturen peger desuden på, at selvskadende adfærd generelt starter i teenageårene, og uden behandling er der risiko for, at de unge fortsætter med at skade sig selv i mange år (Fonagy, 2015; Møhl & Psykiatrifonden, 2006).

For behandlere og klinikere repræsenterer selvskadende adfærd derfor en meget stor behandlingsmæssig udfordring. Dette understreges af effektforskningen, som peger på, at der på nuværende tidspunkt kun findes begrænset effekt af psykologiske og farmakologiske behandlingstilbud, når der udelukkende fokuseres på forskningsstudier som er foretaget i randomiserede kontrollerede design⁶ (Hawton et al., 2015; Nock, 2010; Rees, Hasking, Breen, Lipp, & Mamotte, 2015).

I denne litteraturgennemgang interesserer vi os imidlertid for lovende indsatslementer, og afsøger derfor litteraturen med et bredere sigte, end udelukkende at fokusere på, hvad der er evidens for i forskningsstudier med randomiserede kontrollerede design. Hermed anlægger vi et bredere evidensbegreb, og belyser fænomenet ud fra de forskellige involveredes perspektiver, ligesom vi undersøger lovende behandlingstilbud. Desuden peger forskningen generelt i retningen af, at nonspecifikke faktorer som empati, varme og oprigtig interesse i mødet mellem behandler og patient, kan have afgørende betydning for et behandlingsforløb (Hart & Bentzen, 2013; Møhl, 2015; Zoric, 2014). Dermed ikke sagt at behandlingsrelationen er vigtigere end metoden, men at det er essentielt også at fokusere på de sociale mekanismer, som kan opstå i mødet mellem behandler og patient.

I forhold til at sikre at den større gruppe af personer med selvskadende adfærd ikke havner i ingenmandsland og risikerer at adfærden eskalere yderligere, peger den internationale forskning på fem forhold, som er vigtige for at behandlingen af personer med selvskadende adfærd skal opnå succes:

1. Indgående kendskab til selvskadende adfærd og den enkelte persons underliggende problematikker
2. Målrettede uddannelsesprogrammer til frontlinjemedarbejdere og fokus på tidlig indsats
3. Familiecentreret indsats i lokale miljøer
4. Fokus på at lære, udvikle og anvende nye færdigheder
5. Patientinddragelse og åben dialog.

I det følgende gennemgår vi elementerne mere indgående.

⁶ En videnskabelig undersøgelse hvor resultaterne af fx en ny behandlingsmetode afprøves i en interventionsgruppe, og sammenlignes med en kontrolgruppe, som modtager en anden type eller sædvanlig behandling (i litteraturen ofte forkortet som "TAU" dvs. Treatment As Usual).

[3] Indgående kendskab til selvskadende adfærd og den enkelte persons underliggende problematikker

En grundlæggende forudsætning for at kunne iværksætte en virksom behandlingsindsats er, at behandlere, klinikere, terapeuter osv. som varetager behandlingen af personer med selvskadende adfærd har et indgående kendskab til adfærden og til de underliggende problematikker der udløser adfærden.

På trods af at selvskadende adfærd er et udbredt fænomen, er der i samfundet generelt meget lidt forståelse for personer med selvskadende adfærd (Møhl & Psykiatrifonden, 2006). Litteraturen peger desuden på, at dette også gør sig gældende blandt frontlinjemedarbejdere som sygeplejersker, læger, behandlere, folkeskolelærere, pædagoger og socialrådgivere, som møder eller varetager behandlingen af personer med selvskadende adfærd i deres arbejde (Alderdice et al, 2010; Inckle, 2010). Det gælder både i forhold til hvorfor personerne selvskader, hvad adfærden er et udtryk for, og hvorfor dem der selvskader ikke bare kan holde op. I en spørgeskemaundersøgelse foretaget i Storbritannien blandt mere end 1500 psykiatere, giver de deres bud på hvorfor det forholder sig sådan blandt deres egen faggruppe (Alderdice et al, 2010). Psykiaterne oplever blandt andet, at:

- de selv og andre behandlere ikke er tilstrækkeligt uddannet til at behandle personer med selvskadende adfærd
- mindre erfarent personale ofte har behandlingsansvaret for målgruppen, især uden for dagtimerne
- ledende behandlere og læger ikke fokuserer nok på selvskadende adfærd
- der ikke findes tilstrækkelig viden om, hvilke behandlingsmetoder der virker
- et stort arbejdspress og mangel på ressourcer vanskeliggør behandlingsopgaven.

Andre studier peger på at frontlinjemedarbejderen sparsomme forståelse af selvskadende adfærd, både i form af personernes motiver for adfærden og deres behov for støtte betyder, at de føler sig sårbare, usikre og utilstrækkelige i forhold til deres behandlingsansvar og behandlingspraksis (Hadfield, Brown, Pembroke, & Hayward, 2009; Inckle, 2010).

Litteraturen peger generelt på, at det første møde mellem patienter og behandlingssystem kan have afgørende betydning for, hvordan en person agerer i og opfatter behandlingssystemet fremadrettet (se fx Järvinen & Mik-Meyer, 2012; Soss & Schram, 2007). Denne pointe fremhæves også i studier der fokuserer på betydningen af mødet mellem patient og behandler i forhold til selvskadende adfærd (Jellinek & Brickell, 2014; Kerr, Muhlenkamp, & Turner, 2010).

De ovenfor nævnte faktorer har derfor forventeligt direkte indvirkning på behandlingen af personer med selvskadende adfærd, og kan i værste fald udløse en kædereaktion af barrierer, således den unge trækker sig fra behandlingen. Ifølge Inckle forstærkes risikoen for at personen trækker sig, hvis behandlingsfokusset er relativt mere centreret om at stoppe adfærden, end at arbejde mere dybdegående med den enkelte for at udforske og forstå de underliggende problematikker som udløser den selvskadende adfærd (Inckle, 2010). Ifølge Møhl bør selvskadende adfærd forstås som et symptom på en underliggende problematik, og en vellykket behandling indebærer derfor i følge Møhl (2006): "*en akut indsats over for den selvskadende adfærd og en bearbejdning af personens strategier i forhold til affektregulering og interpersonelle proble-*

mer". Denne 'fremgangsmåde' knytter sig til argumentet om, at forudsætningen for at skabe en vellykket behandling hviler på, at de fagpersoner som arbejder med personer med selvskadende adfærd, har et indgående kendskab til fænomenet, og den enkelte persons underlæggende problematikker der udløser adfærden. Det handler derfor om at sikre et vellykket første møde med behandlingssystemet, da dette har afgørende indflydelse på det videre behandlingsforløb.

[4] Målrættede uddannelsesprogrammer til frontlinjemedarbejdere og fokus på tidlig indsats

Personer med selvskadende adfærd beskrives generelt som en af de mest udfordrende patientgrupper at forstå og behandle, hvilket kan fremkalde massive reaktioner hos behandlerne (Møhl & Psykiatrifonden, 2006, Rubæk 2009). En lang række studier peger på, at frontlinjemedarbejdere har svært ved at opretholde deres professionalisme, når de behandler personer med selvskadende adfærd. Nogle udvikler antipati over for personerne der selvskader, og kommer derfor utilsigtet til at lade behandlingen og deres skøn styre af egne følelser og moralske overbevisninger (Huband & Tantam N, 2000; McAllister, Creedy, Moyle, & Farrugia, 2002; Patterson, Whittington, & Bogg, 2007). I nogle tilfælde betyder det, at behandlere reagerer med afstandstagen, had, irritation og afvisning, hvilket har en åbenlys negativ indvirkning på behandlingsalliancen (Møhl & Psykiatrifonden, 2006; Møhl, 2015). Typiske eksempler ses når skadestuepersonale fx nægter at bedøve personen der har skadet sig selv, med henvisning til at det ikke er nødvendigt fordi vedkommende "jo godt kan lide smerte", eller når personalet bliver vrede på og skuffede over personen ved genindlæggelse.

For at undersøge denne mekanisme udviklede en britisk forskningsgruppe redskabet "the Self-Harm Antipathy Scale" (SHAS), til at "måle" behandleres indstilling til personer der skader sig selv. Skalaen blev testet blandt 153 sygeplejersker, hvoraf nogle primært arbejdede med selvskadende patienter, mens andre arbejdede med andre patientgrupper. Undersøgelsen viste at sygeplejerskerne som til dagligt arbejdede med personer med selvskadende adfærd havde en mindre sympatisk og mindre tolerant indstilling til denne patientgruppe, end sygeplejersker som arbejdede med andre patientgrupper, på trods af at de forventeligt havde et større kendskab til målgruppen (Patterson et al., 2007).

I et norsk studie (Rovik, 2007) har man undersøgt, hvorfor behandlere generelt reagerer på denne måde. Studiet beskriver de flerdimensionelle og komplekse udfordringer som frontlinjemedarbejderne oplever. Studiet baserer sig på interview med 16 ansatte på en psykiatrisk afdeling i Norge, og identificerer fire udfordringsdomæner:

- (1) Forståelsesdomænet bestod af faglige udfordringer i forhold til overhovedet at kunne forstå selvskadende adfærd og dens iboende irrationalitet, uforudsigelighed og smitteeffekt. Den manglende forståelse betød at personalet var frustrerede, bekymrede og frygtede for hvad patienterne ville gøre ved sig selv.
- (2) Håndteringsdomænet er udtryk for, at personalet ikke oplevede et fælles fagligt udgangspunkt for hvordan behandlingen skulle varetages. Fx oplevede personalet at der var uenighed om hvorvidt patienterne skulle tilgås som personer "der skal passes på" gennem længerevarende indlæggelser, eller som personer der skal "ansvarliggøres for egen adfærd" og hurtigst muligt udskives igen.

- (3) Interventionsdomænet handler om de mere specifikke behandlingsstrategier, som blev anvendt på afdelingen. Personalet oplevede i udstrakt grad, at de brugte for meget tid på alene at stoppe adfærden, og for lidt tid på at adressere "det egentlige problem", som de beskrev som det bagvedliggende problem, der udløser den selvskadende adfærd. Ifølge de interviewede var behandlingsfokusset derfor et helt 'forkert' sted, hvilket var fagligt demotiverende og ødelæggende for behandlingen.
- (4) Rollefunktionsdomænet beskriver de personlige udfordringer personalet oplevede ved at arbejde med personer der selvskader, fx følelsesmæssig involvering som vrede, antipati og vanskelighed ved fortsat at motivere såkaldt usamarbejdsvillige patienter.

Personalet oplevede derfor en række forskellige udfordringer, som kalder på mere viden om selvskadende adfærd, klare retningslinjer for behandlingsarbejdet, og mulighed for at retningslinjerne udarbejdes i samarbejde med de personer der varetager behandlingsarbejdet. Desuden peger et svensk studie på, at dét at arbejde i behandlingsteams og oplevelsen af et godt teamsamarbejde gør personalet mere trygge og sikre i deres professionelle rolle, end hvis de oplever at behandlingsansvaret hviler på dem som enkeltpersoner (Salzmann-Erikson, Persson, & Fallqvist, 2014). Supervision beskrives desuden som essentielt, i forhold til at kunne drøfte og reflektere over hvad fx egne følelser og intolerance betyder for behandlingen, og hvordan det påvirker behandlingen og personen som selvskader (Møhl & Psykiatrifonden, 2006; Patterson et al., 2007; The Lancet, 2010). Som et eksempel på hvordan følelser og moralske overvejelser kan adresseres, har man i Holland udviklet og indført metoden "etisk refleksion", til at styrke personalets etiske faglighed blandt personalet i psykiatrien. Metoden har til formål at få personalet til at reflektere systematisk over deres egne følelsesmæssige reaktioner i behandlingsarbejdet. Der ses blandt andet gode resultater af metoden, blandt personale som anvender tvang i deres arbejde (Molewijk, Kleinlugtenbelt, & Widdershoven, 2011), og metoden vil formodentligt også kunne generaliseres til personale som behandler personer med selvskadende adfærd.

I Sverige har regeringen, siden 2011, i samarbejde med de kommunale myndigheder og regioner, iværksat et nationalt projekt⁷ om at nedbringe forekomsten af selvskadende adfærd ved at udvikle og afprøve bedre og mere effektive behandlingsmuligheder. Derfor er der blandt andet blevet udarbejdet syv overordnede anbefalinger i forhold til behandlingsindsatsen i psykiatrien. Én anbefaling handler om, at det kræver særlige kompetencer hos behandleren, at kunne møde personer der selvskader på en respektfuld og værdig måde (Nationella självskadeprojektet, 2014). Et af delmålene med projektet er derfor at opkvalificere behandlere og andre frontmedarbejdere gennem webbaserede uddannelsesprogrammer. Fx til ansatte i skadestuen, som ofte er stedet for det første møde mellem personen der selvskader og behandlingssystemet, men i særdeleshed også til fx folkeskolelærere eller pædagoger, som ofte er de første som opdager den selvskadende adfærd. Effekten af uddannelsesprogrammerne er endnu ikke belyst forskningsmæssigt, men ifølge Videnscenter om Spiseforstyrrelser og Selvskade (ViOOS) er der allerede opnået gode resultater i form af et bedre udgangspunkt for håndteringen af adfærden (TV fra Folketinget, 2016).

⁷ Se evt. projektets hjemmeside: <http://www.nationellasjalvskadeprojektet.se/>

Nødvendigheden af at opkvalificere frontlinjemedarbejdere og etablere tidlige indsatser, i særdeleshed, i skoleregi understreges desuden i en lang række studier (Bechthold & Nuttgens, 2014; Berger, Hasking, & Martin, 2013; Robinson, Gook, Yuen, McGorry, & Yung, 2008; Wilkinson, 2011), men alligevel findes der kun få af sådanne indsatser. Set i lyset af resultaterne fra en amerikansk undersøgelse, hvor personer med nuværende eller tidligere selvskadende adfærd, pegede på lærere og undervisere, som de mest støttende og hjælpsomme personer i relation til konkrete situationer hvor de havde søgt hjælp (Wester, Clemens, & McKibben, 2015), synes det bemærkelsesværdigt.

Et af de få egentlige skolebaserede programmer vi har kunnet identificere er "The Sign of Self-Injury" (SOSI), udviklet til både elever og lærere, som har til formål at:

- udbrede viden om selvskadende adfærd, herunder kendskab til advarselssignaler og symptomer
- ændre indstillingen til personer der selvskader, og forbedre lærere og elevers evner til at reagere på og hjælpe elever som skader sig selv
- få flere af de personer som selvskader til at søge hjælp
- reducere selvskadende adfærd.

Indtil videre foreligger der (os bekendt) alene viden om resultaterne af afprøvningen af programmet i forhold til eleverne. SOSI veksler mellem videoundervisningsmateriale og klassediskussioner, og var derfor relativt nemt at afprøve. Resultaterne af afprøvningen af SOSI-programmet viser, at eleverne fik en større indsigt i selvskadende adfærd, ligesom de udtrykte større velvilje i forhold til at søge hjælp på vegne af selvskadende kammerater eller dem selv (Muehlenkamp, Walsh, & McDade, 2010; Wilkinson, 2011). Taget i betragtning af, at mange unge skjuler deres selvskadende adfærd, og sjældent søger hjælp hos deres forældre eller sundhedsprofessionelle i første omgang (Arbuthnott & Lewis, 2015; Wester et al., 2015), kan forebyggelsesprogrammer og tidlig opsporing i skoleregi have en væsentlig forebyggende effekt. - Og måske endda være med til at aftabuisere den skam som ofte er forbundet med selvskadende adfærd (Muehlenkamp et al., 2010). Tidligere mente man, at oplysning om selvskadende adfærd kunne starte en uheldig smitteeffekt, dette var dog ikke tilfældet i det nævnte studie. I en lignende australsk skolebaseret indsats, har man gjort tilsvarende fund (Robinson et al., 2008). Lotte Rubæk, som er psykolog og ekspert i selvskadende adfærd understreger desuden, at en række studier har vist, at oplysning om selvskadende adfærd ikke får selvskade til at smitte (TV fra Folketinget, 2016).

Litteraturen og de tidligere erfaringer fra det nationale selvskadeprojekt i Sverige peger derfor i retningen af, at målrettede uddannelsesprogrammer kombineret med supervision er en del af nøglen til at kunne forstå og håndtere adfærden, samt oparbejde modstandsdygtighed i forhold til at undgå 'tab' af professionalisme. Desuden er det væsentligt at udvikle tidlige indsatser og forebyggende programmer, således at frontlinjemedarbejdere som lærere og pædagoger, og personer i netværket bedre kan håndtere og støtte op om personer med selvskadende adfærd, og ikke mindst støtte dem i at søge hjælp inden adfærden eskaleres. Det handler om at reducere de langvarige konsekvenser af selvskadende adfærd gennem en tidlig koordineret indsats.

[5] Familiecentret indsats i lokale miljøer

Selvskadende adfærd udløses og påvirkes utvivlsomt af mange forskellige faktorer. Heriblandt udgør familien en selvstændig faktor, der anses som helt central for udviklingen af selvskadende adfærd. Der ses både en sammenhæng mellem udviklingen af den selvskadende adfærd og dysfunktionaliteter i familien, ligesom gode familierelationer kan have en beskyttende effekt (Byrne et al., 2008; Power et al., 2009; Raphael, Clarke, & Kumar, 2006; Schade, 2013; Wester et al., 2015). Dette indebærer derfor, at forældrene både bør inddrages i de unges behandlingsforløb, ligesom der bør igangsættes selvstændige indsatser til forældre, som kan være med til at styrke deres kompetencer og evner til at håndtere selvskadende adfærd.

Der er foretaget forholdsvis få undersøgelser der belyser effekten af at involvere forældrene i behandlingen af unges selvskadende adfærd, og studierne der findes kigger primært på selvskadende adfærd i forbindelse med selvmordsforsøg (Arbuthnott & Lewis, 2015). Resultaterne af de studier som er foretaget viser dog, 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).

Undersøgelser viser fx, at der er større sandsynlighed for at en ung med selvskadende adfærd accepterer behovet for behandling, hvis forældrene bakker op om behandlingen. Ligesom forældrenes forventninger til behandlingen kan have en afsmittende effekt på hvorvidt og hvordan, den unge deltager i behandlingen (Arbuthnott & Lewis, 2015).

I et amerikansk studie er det blevet undersøgt, om unge som havde forsøgt at begå selvmord, havde bedre resultater af en familiecentreret behandling, end unge som blev indlagt i psykiatrien (Huey et al., 2004). Konkret indebar det, at de unge i forsøgsgruppen modtog en tidsbegrænset (tre til seks måneders) intensiv familiecentreret behandling i deres vante omgivelser (hjemmet, skolen og de andre steder hvor den unge kommer). I dette tilfælde var der tale om metoden multisystemisk terapi (MST), tilpasset unge med psykiske problemer. Antagelsen bag multisystemisk terapi er, at adfærd anskues som et produkt af de relationer den unge er en del af, og ændringer i adfærden skal derfor skabes gennem ændringer i relationerne. Derfor retter behandlingen sig mod at ændre rutiner og fastlåste strukturer i familien og blandt andre parter i den unges omgivelser. Ud over at terapeuten kommer i hjemmet hos familien flere gange ugentligt, er det en hjørnesten i behandlingen, at terapeuterne er til rådighed (telefonisk) for familierne hver dag, hele døgnet i behandlingsperioden, så familierne har mulighed for at få øjeblikkelig hjælp og vejledning. Et år efter endt behandling viste resultaterne fra undersøgelsen, at de unge i forsøgsgruppen havde reduceret deres selvskadende adfærd betydeligt mere, end de unge som blev indlagt i psykiatrien⁸. Forældrene i forsøgsgruppen oplevede desuden en større grad af kontrol over situationen end forældrene i kontrolgruppen gjorde (Huey et al., 2004).

Ud over at inddrage forældrene direkte i den unges behandlingsindsats, kan uddannelsesprogrammer som alene er målrettet forældrene bidrage til positive effekter hos både forældre og deres børn. Selvskadende adfærd har ofte en direkte negativ indvirkning på forældrenes trivsel, og forældrene kan derfor have svært ved at støtte eller i det hele taget forstå deres eget barn. Det kan være følelsesmæssigt udfordrende og

⁸ Det fremgår ikke af artiklen, hvor længe indlæggelsesforløbene var for de unge i kontrolgruppen, og det egentlige sammenligningsgrundlag for behandlingerne er derfor uklart.

endda traumatiserende, at være forælder til et barn der skader sig selv, og forældrene oplever ofte et væld af negative følelser, som kommer til udtryk som sorg, skam, chok, skuffelse, selvbekyndelse, udbrændthed, magtesløshed, vrede og frustration (Arbuthnott & Lewis, 2015; Byrne et al., 2008; Oldershaw, Richards, Simic, & Schmidt, 2008; Raphael et al., 2006). Mange oplever det som stressende og en byrde at være forældre til et barn der skader sig selv, og nogle udvikler over tid en ringe tro på egne evner til at mestre rollen som forælder. Derudover føler mange forældre dårlig samvittighed over, at de ikke har opdaget eller reageret på deres børns selvskadende adfærd noget tidligere (Oldershaw et al., 2008). Mange oplever desuden, at det kan være vanskeligt at opretholde et almindeligt familieliv, hvor der også er tid til eventuelt andre søskende, egne interesser mm. – Og nogle er endda så belastede, at de udvikler stress og depression, og er fx tvunget til at omlægge deres arbejdsliv (Arbuthnott & Lewis, 2015; Byrne et al., 2008). Med andre ord, igangsætter selvskadende adfærd en række voldsomme reaktioner hos forældrene, som kan være svære at bryde ud af, og som gør det vanskeligt for forældrene at støtte deres barn. Adspurgte hvilke udfordringer man står over for som forældre til et barn med selvskadende adfærd, efterlyser forældrene bl.a. mere viden om selvskadende adfærd, færdigheder til at kunne håndtere adfærden og fremtidige tilfælde (Byrne et al., 2008; Raphael et al., 2006).

I forsøget på at udvikle forældrenes kompetencer er der vist gode resultater med uddannelsesprogrammer, som adresserer temaer som: selvskadende adfærd blandt unge, opdragelse, kommunikation og konflikter i familien. Afprøvninger af uddannelsesprogrammerne SPACE (Supporting Parents and Cares) og RAP-P (Resourceful Adolescents Parent Program), der foregår som henholdsvis et gruppeforløb med andre forældre og individuelle forløb, har begge vist gode resultater i forhold til at forbedre samspillet i familien, ligesom forældrene oplevede at de var mindre stressede og bekymrede efter at have deltaget i programmet. I forhold til SPACE-programmet gjorde disse selvoplevede positive forandringer sig desuden stadig gældende seks måneder efter, at forældrene havde afsluttet uddannelsesprogrammet (Power et al., 2009).

Desuden nævnes mentaliseringsbaseret terapi (MBT), kognitiv adfærdsterapi (KAT) og dialektisk adfærdsterapi (DAT) som lovende metoder. Fælles for disse metoder er, at de både indeholder individuelle og familiecentrerede behandlingselementer (Fonagy, 2015 s. 303-325). Kombinationen af både at behandle familien som helhed og familiemedlemmerne individuelt er effektiv, idet behandlingen både styrker familiens relationer samt forældrenes og den unges egne evner til at håndtere selvskadende adfærd (Glenn et al., 2015; Nock, Teper, & Hollander, 2007).

[6] Fokus på at lære, udvikle og anvende nye færdigheder

Som nævnt peger forskningslitteraturen på, at der er opnået lovende resultater med at reducere selvskadende adfærd (primært i relation til borderline eller andre personlighedsforstyrrelser) gennem dialektisk adfærdsterapi (DAT), kognitiv adfærdsterapi (KAT) og mentaliseringsbaseret terapi (MBT). Hvad man endnu ikke ved, er hvilke af de terapeutiske delelementer som er udslagsgivende for de gode resultater, eller hvilke af delelementerne som er mere eller mindre virksomme i forhold til hinanden (Muehlenkamp, 2006). Fælles for de nævnte terapeutiske behandlingstilgange er dog, at der som en del af behandlingen er et stort fokus på at opøve og forbedre bestemte færdigheder ved personen med selvskadende adfærd. For at lyk-

kes med behandlingen kræver det derfor, at personerne er i stand til at lære, udvikle og anvende nye færdigheder (Kerr et al., 2010).

Dette falder helt i tråd med, at der i flere omfattende litteraturgennemgange bliver peget på, at den væsentligste drivkraft for selvskadende adfærd er følelsesregulering (Brausch & Girresch, 2012; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock, 2010; Turner, Austin, & Chapman, 2014). Netop fordi selvskadende adfærd typisk er et udtryk for at få afløb for negative tanker og indre smerte, er det væsentligt at træne forskellige typer af færdigheder, som gør personen i stand til at tackle fremtidige vanskelige situationer på en anden måde, end at skade sig selv. Det har derfor en væsentlig betydning, at erstatte den selvskadende adfærd med nye færdigheder.

På trods af at forskningslitteraturen ikke isoleret set kan pege på den mest effektive behandlingskomponent i de nævnte terapiformer, har en række forskere interesseret sig for, hvad det er for nogle forandringsmekanismer, der er på spil i disse indsatser. I den forbindelse sammenfatter Muehlenkamp (2006) og Klonsky og Muehlenkamp (2007) en række studier, og peger overordnet på følgende tre behandlingselementer, som nødvendige og effektive skridt på vejen hen imod at igangsætte forandringsprocessen om at reducere selvskadende adfærd:

- *Funktionsanalyse* - Det første element drejer sig om at undersøge funktionen af den selvskadende adfærd, og blive klogere på hvad den er et udtryk for set fra patientens perspektiv.
- *Adfærdsinterventioner* – Med udgangspunkt i en solid kontekstforståelse kan behandleren nemmere udpege de færdigheder som personen har behov for at udvikle. I mange tilfælde mangler personer der skader sig selv evnen til, eller er dårlige til, at regulere sine følelser. Netop derfor er det væsentligt at færdighedstræning indgår som en central del af behandlingen, da øget mestring i forbindelse med fx krise- og problemløsning, følelsesregulering, relationsfærdigheder, mindfulness og mentalisering (som ses i forbindelse med DAT, KAT og MBT) styrker personens evne til at finde alternative løsninger frem for at skade sig selv.
- *Kognitive omstruktureringer* – Dette behandlingselement handler om at ændre personens grundopfattelse af sig selv, da evnen til at kunne håndtere negative tanker spiller en væsentlig rolle i forhold til at kunne reducere selvskadende adfærd (Muehlenkamp, 2006).

Muehlenkamp understreger dog, at gruppen af personer der skader sig selv ikke er en ensartet gruppe, og derfor skal balanceforholdet mellem de tre behandlingselementer altid tilpasses den enkeltes situation. Herudover nævnes en god terapeutisk alliance, hvor behandleren er i stand til at opretholde en empatisk og ikke-dømmende indstilling til patienten igen som altafgørende for, hvorvidt det lykkes at igangsætte en adfærdsreducerende forandringsproces.

En anden pointe i forhold til at tilpasse behandlingen til den enkeltes behov, for blandt andet at sikre at personen der selvskader opnår styrkede færdigheder, handler ifølge Klonsky og Muehlenkamp (2007) også om, at behandleren trækker på en kombination af forskellige indsatser. I den forbindelse er der vist lovende resultater med forskellige såkaldte "add-ons" eller "tillægsindsatser".

Den nyere behandlingstype Emotion Regulation Group Therapy (ERGT) er et eksempel på en sådan tillægsindsats. ERGT blev udviklet i USA i starten af 00'erne, og har vist potentiale i forhold til at reducere selvskadende adfærd (Gratz, Levy, & Tull, 2012; Gratz, Tull, & Levy, 2014). ERGT er i udgangspunktet udviklet til kvinder med borderline personlighedsforstyrrelse, og er kort fortalt en tidsbegrænset tillægsbehandling, der udelukkende fokuserer på følelsesregulering. ERGT foregår som gruppeterapi og er en manualbaseret indsats. Emnerne og indholdet i gruppeterapien er derfor nøje beskrevet, og handler blandt andet om at blive bedre til at forstå og acceptere sine følelser, og finde alternative måder at forløse negative følelser og fx ikke lade sig styre af tristhed eller skam. Et ERGT-forløb varer 14 uger, hvor en gruppe på seks til otte personer mødes med en terapeut 1 ½ time hver uge. I et studie i USA, undersøgte man i 2009 til 2010 om unge kvinder med borderline personlighedsforstyrrelse, som modtog en kombination af ERGT og individuel terapi, havde bedre resultater af behandlingen, end unge kvinder, der alene modtog individuel behandling. Resultaterne viste sig i form af at de unge kvinder i forsøgsgruppen oplevede, at deres evne til at regulere deres følelser var blevet betydeligt bedre, ligesom de oplevede en højere grad af livskvalitet, end kvinderne i kontrolgruppen (Gratz et al., 2014).

Som en del af Sveriges nationale selvskadeprojekt er ERGT ved at blive afprøvet i større skala. Der foreligger endnu ikke nogen resultater af afprøvningen, men ekspertgruppen som skal følge ERGT-projektet forventer, at man med afprøvningen får en bedre forståelse af hvordan man kan kvalificere indsatser til personer med selvskadende adfærd (Nationella självskadeprojektet, 2016). Projektet afprøver desuden også Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents (ERITA), som er en individuel internetbaseret udgave af ERGT. Fordelene ved begge programmer er, at de er forholdsvis nemme at implementere, og samtidig er der tale om relativt kortvarige indsatssupplementer til fx DAT, KAT og MBT, som typisk varer op imod et års tid.

En anden amerikansk udviklet tillægsindsats som ser lovende ud, er mobil-app'en Therapeutic Evaluative Conditioning (TEC) (Franklin et al., 2016). TEC er en spillignende app, som er designet til at bryde en persons tanke- og adfærdsmønstre, ved at skabe større afstandstagen til selvskadende adfærd og samtidig mindske personens følelse af afsky overfor sig selv. App'en er indtil videre primært blevet afprøvet blandt unge amerikanere med selvskadende adfærd, som blev rekrutteret via forskellige online fora om selvskadende adfærd. Afprøvningen af app'en indebar konkret, at forsøgsgruppen havde adgang til hele TEC-app'en, mens kontrolgruppen havde adgang til en begrænset version. Resultaterne af de foreløbige tre afprøvninger af TEC-app'en har vist blandede resultater. Helt overordnet ser det dog ud til, at app'en har en positiv indvirkning i forhold til at reducere selvskadende adfærd. TEC-app'en er derfor et eksempel på, at der også kan være potentiale i kreative og mindre tidskrævende supplerende indsatser som denne, hvor en spilsession kan gennemføres på et til to minutter. Uanset kombinationen af behandlingen i form af terapeutiske- og tillægsindsatser, er det væsentligste at tilpasse behandlingen til den enkelte, således personen har de bedste betingelser for at opnå styrkede færdigheder i forhold til følelsesregulering og dermed håndtering af det der udløser adfærden.

[7] Patientinddragelse og åben drøftelse

I de få studier hvor man har spurgt de unge selv om, hvordan de har oplevet mødet med behandlingssystemet, og hvad der set fra deres perspektiv kan være med til at skabe en bedre og mere effektiv behandlingsindsats peger de unge på flere af de samme elementer, som er blevet gennemgået ovenfor.

I et studie fra Sverige, Umeå, undersøgte man i 2009 til 2011 hvordan unge personer med selvskadende adfærd, havde oplevet den behandlingshjælp de havde modtaget i en seks måneders periode fra deres første kontakt med behandlingssystemet (Idenfors, Kullgren, & Renberg, 2015). Der blev gennemført interview med ni personer, som entydigt pegede på, at deres møde med behandlingssystemet bar præg af, at de oplevede stor usikkerhed omkring, hvorvidt de var i "gode hænder". Dette gjaldt desuden uanset om der var tale om behandlingen i skadestuen, den psykiatriske skadestue og eller andre børne- og ungdomspsykiatriske behandlingsafdelinger. De unge oplevede primært denne usikkerhed, fordi de sjældent oplevede at de sundhedsprofessionelle lyttede til dem eller tog dem alvorligt. Derfor havde de svært ved at tro på de sundhedsprofessionelles behandlingskompetencer (en pointe som fx også fremhæves hos Alderdice et al., 2010). For de unge var en tillidsfuld relation til behandleren en klar forudsætning for at indgå helhjertet i behandlingen, ligesom de unge lagde stor vægt på, at behandleren indbød til, og ville lytte til deres historie uden at være dømmende. Oplevelsen af at "tale vidt forskellige sprog", og et oplevet mismatch mellem de sundhedsprofessionelles behandlingsstrategi over for de unges ønsker, var derfor en stor barriere i forhold til at etablere en god behandlingsrelation. Som følge heraf oplevede de unge, at behandlerne kun havde ringe kendskab til deres specifikke problemstilling, og hvad der kunne udløse adfærden. Det betød ifølge de unge, at de ikke fik ret meget ud af behandlingen, som tit bevægede sig i "den forkerte retning" (Idenfors et al., 2015).

En tilsvarende pointe ses i et finsk studie, hvor man undersøgte, hvilke faktorer personer med tidligere selvskadende adfærd havde oplevet som medvirkende til, at de havde stoppet adfærden (Rissanen et al., 2013). Her pegede kun et fåtal på deres møde med behandlingssystemet som virksomt. Desuden fremgår det af et andet svensk studie, blandt 24 personer som havde været indlagt i psykiatrien, at kun meget få oplevede at noget ved selve indlæggelsen, var med til at afhjælpe og reducere deres selvskadende adfærd (Samuelsson et al., 2009). I de tilfælde hvor de unge aktivt havde givet deres utilfredshed til kende og forsøgte at få indflydelse på behandlingen, oplevede de ikke at det hjalp. Ifølge de unge var de sundhedsprofessionelle mere optagede af at følge den planlagte behandling, end at tilpasse behandlingen til deres individuelle behov. - Også selvom de unge havde et stort ønske om at blive involveret og inddraget i en åben drøftelse omkring deres behandlingsplan (Idenfors et al., 2015; Samuelsson et al., 2009).

Et andet kritikpunkt som gjorde de unge usikre var, at de oplevede at der var for mange forskellige sundhedsprofessionelle involveret i behandlingen. I stedet efterlyste de en primær kontaktperson, som sikrede at alle havde de samme oplysninger, og arbejdede i den samme retning. Enkelte oplevede desuden at sundhedspersonalet i mangel af andre behandlingsmuligheder, alt for nemt kunne ordinere medicin, eller større doser medicin uden et egentligt begrundet behov (Idenfors et al., 2015).

I begge de svenske studier fremhæver de unge psykoterapi, særligt i form af dialektisk adfærdsterapi (DAT), som en effektiv behandlingsindsats for personer med selvskadende adfærd. Nogle havde selv modtaget

psykoterapi, mens andre havde fået det anbefalet fra andre personer med selvskadende adfærd. De vigtigste egenskaber der fremhæves ved psykoterapi er, at der er tale om et længerevarende behandlingsforløb med den samme behandler hvor der er mulighed for at opbygge en fortrolig og tillidsfuld behandlingsrelation, ligesom de unge vurderer at denne type behandling kan styrke deres selvindsigt, og hjælpe dem til at finde alternative coping strategier (Ikenfors et al., 2015; Samuelsson et al., 2009).

På baggrund af ovenstående kan de unges oplevelser og erfaringer opsummeres således:

- Mødet med behandlingssystemet opleves sjældent som virksomt
- De unge oplever ikke behandlingspersonalet som fagligt kompetente. Behandlernes kendskab til selvskadende adfærd er ikke stort nok
- De unge oplever ikke at behandlingspersonalet lytter til eller forstår dem
- De unge føler sig ikke inddraget i planlægningen af behandlingen, selvom de har et ønske om at blive hørt
- Behandlingsindsatsen opleves som meget lidt effektiv, når behandleren ikke har kendskab til de bagvedliggende problematikker som trigger adfærden
- De unge har gode erfaringer med eller efterspørger psykoterapeutisk behandling (DAT)
- Kontinuitet og en tillidsfuld behandlingsrelation fremhæves som væsentligt
- Fokus på en styrket selvindsigt og færdigheder til at udvikle og anvende alternative coping strategier understreges som væsentligt.

Også set fra de unges eget perspektiv er der stort behov for at klæde frontlinjemedarbejdere bedre på, ligesom det er væsentligt at behandlerne har indsigt i den enkeltes problemstilling. Herudover er en central pointe i de unges ønsker til behandlingen, at den tilrettelægges i et samarbejde mellem terapeuten og dem selv, fremfor at foregå "hen over hovedet" på dem. Pointen om at øge patientinddragelsen og indgå i en dialog omkring behandlingsarbejdet fremhæves også i Sveriges nationale selvskadeprojekt. Her er anbefalingen, at man i højere grad involverer personer som selvskadere i forbindelse med deres behandlingsplan og den løbende evaluering af behandlingen (Nationella självskadeprojektet, 2014). Det betyder også at de sundhedsprofessionelle skal betragte patienterne på et mere individuelt plan, og sikre at der bliver taget hånd om deres individuelle mestring og mestringsbehov.

[8] Opsamling

Som nævnt i indledningen udgør selvskadende adfærd i vestlige samfund et større problem end tidligere – som har fået karakter af et folkesundhedsproblem. De flere unge med selvskadende adfærd udgør derfor også en voksende behandlingsmæssig udfordring. I det ovenstående har vi gennemgået en række af de udfordringer som kan være forbundet med behandlingen af selvskadende adfærd, ligesom vi har gennemgået en række indsatsafprøvninger som har vist lovende resultater. Litteraturgennemgangen har samlet vist, at de væsentligste faktorer for at behandlingen af selvskadende adfærd kan forventes at reducere adfærden, indebærer at:

1. De personer som varetager behandlingen af personer med selvskadende adfærd har et indgående kendskab til adfærden. Dette indebærer en erkendelse af, at det kan være nødvendigt at ændre holdningen til personer med selvskadende adfærd blandt de frontlinjemedarbejdere som varetager behandlingen. Målrettede uddannelsesprogrammer og øget brug af supervision, er en væsentlig forudsætning for at sikre, at de sundhedsprofessionelle kan håndtere den såkaldt irrationelle adfærd, og opretholde deres professionalismisme i mødet med personen der skader sig selv. Dette skaber bedre grobund for at etablere en tillidsfuld behandlingsrelation, og kan derfor også være med til at sikre, at den unge får en god oplevelse med behandlingssystemet.
2. Behandlingsindsatsen ikke først starter i psykiatrien. For at sikre at personer med selvskadende adfærd kan tilbydes en kvalificeret behandlingsindsats, inden adfærden er eskaleret i en sådan grad, at personen kan indskrives i psykiatrien, bør der i etableringen af nye behandlingsindsatser i langt højere grad tænkes i forebyggende og tidlige indsatser. Frontlinjemedarbejdere som lærere og pædagoger er ofte de første til at opdage selvskadende adfærd, og derfor bør de rustes bedre til at håndtere personer med selvskadende adfærd og støtte dem i at søge hjælp. Dette indebærer også at der generelt i skole- og uddannelsesregi bør være fokus på selvskadende adfærd, og hvad der kan være tegn på tidligere advarselssignaler. Personer der skader sig selv søger sjældent hjælp hos sundhedsprofessionelle eller deres forældre i første omgang, og derfor er der netop potentiale i at indtænke andre personer i den unges netværk: lærere, pædagoger og kammerater i forebyggende og tidlige indsatser.
3. Der bør etableres netværksorienterede behandlingsindsatser. Den dobbelte årsagsvirknings- sammenhæng der ses i relation til familiens betydning for udviklingen af selvskadende adfærd og familiens betydning som en beskyttende effekt indebærer, at familien og særligt forældre må betragtes som et centralt omdrejningspunkt for behandlingsarbejdet. For at blive klogere på hvad der udløser den selvskadende adfærd, bør familien og familierelationerne udgøre et selvstændigt indsatsområde. Herudover bør der etableres selvstændige indsatser til forældrene, som kan være med til at styrke deres forældrekompetencer og færdigheder til at håndtere adfærden på en hensigtsmæssig måde, således at de bliver i stand til at håndtere evt. fremtidige tilfælde af adfærden efter endt behandling.
4. Færdighedstræning bør betragtes som et centralt omdrejningspunkt for behandlingsindsatsen. Behandlingsindsatsen bør så vidt mulig centreret om at styrke mestringen af følelsesregulering, for at sikre at den unge trænes i, og bliver i stand til, at håndtere det der udløser adfærden, ligesom færdighederne nemt skal kunne generaliseres til dagligdagen (udenfor behandlingsrummet).
5. Behandlere bør tage det alvorligt at de unge ikke føler sig hørt, og give dem mulighed for at have indflydelse på deres egen behandling. Dette indebærer at de sundhedsprofessionelle i højere grad betragter patienterne på et mere individuelt plan, netop for at sikre at der bliver taget hånd om deres individuelle mestring og mestringsbehov. Det indebærer også en større patientinddragelse i behandlingsarbejdet, således at den unge og behandleren "taler samme sprog" og samarbejder om at nå det samme mål.

Litteraturliste

Adler, P. A., & Adler, P. (2007). The demedicalization of self-injury : From psychopathology to sociological deviance. *Journal of Contemporary Ethnography*, 36 (5), 537-570.

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)

Bechthold, J., & Nuttgens, S. (2014). Nonsuicidal self-injury literature review. *Alberta Counsellor*, 33 (1), 3.

Berger, E., Hasking, P., & Martin, G. (2013). 'Listen to them': Adolescents' views on helping young people who self-injure. *Journal of Adolescence*, 36(5), 935-945.

Børnerådet. (2016). *Mere end hver 5. i niende klasse har skadet sig selv.* Børnerådet. doi:http://www.boerneraadet.dk/media/175878/BRD_Boerneindblik_Nr416_Selvskade.pdf

Brausch, A. M., & Girresch, S. K. (2012). A review of empirical treatment studies for adolescents non suicidal self-injury. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26 (1), 3-18.

Byrne, S., Morgan, S., Fitzpatrick, C., Boylan, C., Crowley, S., Gahan, H., Guerin, S. (2008). Deliberate self-harm in children and adolescents: A qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13 (4), 493-504.

Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 186 (5), 259-268.

Fonagy, P., 1952-. (2015). *What works for whom? : A critical review of treatments for children and adolescents* (Second edition ed.). New York: The Guilford Press.

Franklin, J. C., Fox, K. R., Franklin, C. R., Kleiman, E. M., Ribeiro, J. D., Jaroszewski, A. C., Nock, M. K. (2016). A brief mobile app reduces nonsuicidal and suicidal self-injury: Evidence from three randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84 (6), 544-557.

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.

Gratz, K., Levy, R., & Tull, M. (2012). Emotion regulation as a mechanism of change in an acceptance-based emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26 (4), 365.

- Gratz, K., Tull, M., & Levy, R. (2014).** Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine, 44* (10), 2099-2112..
- Hadfield, J., Brown, D., Pembroke, L., & Hayward, M. (2009).** Analysis of accident and emergency doctors' responses to treating people who self-harm. *Qualitative Health Research, 19* (6), 755-765.
- Hart, S., f.1956, & Bentzen, M. (2013).** *Jagten på de nonspecifikke faktorer i psykoterapi med børn* (1. udgave ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (1997).** Trends in deliberate self-harm in oxford, 1985-1995. implications for clinical services and the prevention of suicide. *The British Journal of Psychiatry, 171* (6), 556-560.
- Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., Hazell, P. (2015).** Interventions for self-harm in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 12*, CD012013.
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Träskman-Bendz, L. (1998).** Deliberate self harm: Systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ: British Medical Journal, 317*(7156), 441-447.
- 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., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., & Edwards, J. (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.
- 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.
- Inckle, K. (2010).** At the cutting edge: Creative and holistic responses to self-injury. *Creative Nursing, 16*(4), 160-165.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (Eds.). (2012).** *At skabe en professionel : Ansvar og autonomi i velfærdsstaten* (1. udgave ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- 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.

- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007).** Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1045-1056.
- Lindekilde, N., & Lasgaard M. (In press).** Fra selvskaide til selvmord. *Psyke og Logos*.
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W., & Farrugia, C. (2002).** Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing, 40*(5), 578-586.
- Molewijk, B., Kleinlugtenbelt, D., & Widdershoven, . (2011).** The role of emotions in moral case deliberation: Theory, Practice, and Methodology. *Bioethics, 25* (7), 383-393.
- Motz, A. (2010).** Self-harm as a sign of hope. *Psychoanalytic Psychotherapy, 24*(2), 81-92.
- Muehlenkamp, J. J., Walsh, B. W., & McDade, M. (2010).** Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The signs of self-injury program. *Journal of Youth and Adolescence, 39* (3), 306-314.
- 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.
- Møhl, B. (2015).** *Selvskaide : Psykologi og behandling* (1. bogklubudgave ed.). København: Gyldendals Bogklubber.
- Møhl, B., & Psykiatrifonden. (2006).** *At skære smerten bort : En bog om cutting og anden selvskaidende adfærd* (1. udgave ed.). København: PsykiatriFonden.
- Møhl, B., & Skandsen, A. (2012).** The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personality and Mental Health, 6*(2), 147-155.
- Nationella självskaideprojektet.** <http://www.nationellasjalvskaideprojektet.se/vard--vardgrannar/nya-behandlingsmetoder.html>.
- Nationella självskaideprojektet. (2014).** *Rekommendationer för insatser vid självskaidebeteende. nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin.* doi:<http://nationellasjalvskaideprojektet.se/download/18.144972a51495db7dbc84ba5/1419236772735/> Rekommendationer+s%C3%A4lvskaidebeteende+dec2014.pdf
- Nock, M. K. (2010).** Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*(1), 339-363.
- Nock, M. K., Teper, R., & Hollander, M. (2007).** Psychological treatment of self-injury among adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1081-1089.
- Oldershaw, A., Richards, C., Simic, M., & Schmidt, U. (2008).** Parents' perspectives on adolescent self-harm: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry, 193*(2), 140-144.

- 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.
- 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.
- Power, L., Morgan, S., Byrne, S., Boylan, C., Carthy, A., Crowley, S., Guerin, S. (2009).** A pilot study evaluating a support programme for parents of young people with suicidal behaviour. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.*
- Raphael, H., Clarke, G., & Kumar, S. (2006).** Exploring parents' responses to their child's deliberate self-harm. *Health Education, 106*(1), 9-20.
- Rees, C. S., Hasking, P., Breen, L. J., Lipp, O. V., & Mamotte, C. (2015).** Group mindfulness based cognitive therapy vs. group support for self-injury among young people: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry, 15.*
- 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.
- Robinson, J., Gook, S., Yuen, H. P., McGorry, P. D., & Yung, A. R. (2008).** Managing deliberate self-harm in young people: An evaluation of a training program developed for school welfare staff using a longitudinal research design. *BMC Psychiatry.*
- Rovik, A. (2007).** Selvskading og miljøterapi: En teoretisk analyse av miljøterapeutiske utfordringer ved selvskading. *Vard i Norden, 27* (2), 35.
- Rubæk, L. (2009).** *Selvskadens psykologi.* Virum: Dansk Psykologi Forlag.
- Salzmann-Erikson, M., Persson, J., & Fallqvist, C. (2014).** De ropar efter hjälp, vi är vanmäktiga : Att vårda patienter med självskadebeteende i rättspsykiatrisk vård. *Vård i Norden, 34*(3), 48.
- Samuelsson, M., Eidevall, L., Träskman- Bendz, L., Öjehagen, A., & Jensen, R. (2009).** Unga ineliggande patienter med självdestruktivt beteende. *Social Medicinsk Tidsskrift.*
- Schade, L. C. (2013).** Non-suicidal self-injury (NSSI): A case for using emotionally focused family therapy. *Contemporary Family Therapy, 35*(3), 568-582.
- Soss, J., & Schram, S. F. (2007).** A public transformed? Welfare reform as policy feedback. *American Political Science Review, 101*(1), 111-127.

The Lancet. (2010). Helping those who self-harm. *The Lancet*, 376(9736), 141-141.

Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 59 (11), 576-585.

TV fra Folketinget. Høring i sundheds- og ældreudvalget om selvskade d. 25.05.2016. <http://www.ft.dk/webtv/video/20151/suu/tv.3254.aspx?as=1#pv>.

VIOS. (2013). *Kommuners tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade*. Videnscenter om Spiseforstyrrelser og Selvskade.

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.

Wilkinson, B. (2011). Integrative review: Current trends in remediating adolescent self-injury: An integrative review. *The Journal of School Nursing*, 27(2), 120-128.

Zøllner, L., & Center for Selvmordsforskning. (2014). *Unge selvskadende adfærd 2001-2011* (1. udgave ed.). Odense: Center for Selvmordsforskning.

Zoric, N. (2014). Behandling af selvskadende adfærd. *Psykolog Nyt, Årg. 68, nr. 19* (2014), 10-12.