

Fakta om selvskading

Hva er selvskading?

Selvskading defineres som skade en person har påført seg med vilje, men uten intensjon om å dø. Det kan være kutting, brenning, overdosering, forgiftning og annet. De som selvskader kan bruke en eller mange metoder, og den medisinske farlighetsgraden varierer fra overflatiske småskader til livstruende skader.

Hvorfor skader noen seg selv?

Det er mange grunner til selvskading. Problemer med å mestre overveldende og ubehagelige følelser som for eksempel sterk angst, tristhet eller nummenhet er vanlig blant personer som selvskader. Mange rapporterer at selvskading demper slike følelser, og får dem til å føle seg bedre. Selvskading utløser signalstoffer i hjernen som kan bidra til å forklare dette. Andre oppgir at selvskading kan gi en opplevelse av å gjenvinne eller opprettholde følelsen av kontroll over kropp, tanker og følelser. Selvskading kan være en måte å uttrykke følelser på og kommunisere med andre om hvordan en har det. Uavhengig av hvilke grunner som oppgis, kan ofte selvskading best forstås som en mestringsmåte som kan være effektiv på kort sikt, men u hensiktsmessig over tid.

Forekomst av selvskading

Et gjennomsnitt på 18 % (internasjonale tall varierer fra 13–23 %) av ungdom 12–18 år og 4 % av voksne oppgir at de har skadet seg selv med vilje. Anslagene varierer mellom undersøkelser og fra land til land, og er høyest om man spør veldig detaljert om selvskadeatferd. Både kvinner og menn selvskader, men forekomsten er høyest blant unge kvinner i tenårene. Selvskading starter oftest i alderen mellom 12 og 15 år og kan være enten forbigående eller langvarig. Det ble rapportert om en økning i selvskading i forrige tiår, men det er usikkert om dette skyldtes enn reell økning, økt oppmerksomhet på fenomenet eller mer forskning og bedre registrering. Forekomsten har vært stabil de siste fem årene.

Hvilke faktorer bidrar til selvskading?

Selvskading er et uttrykk for at noe er galt, men hva som ligger til grunn vil variere i hvert enkelt tilfelle. Ofte oppstår selvskading i en vanskelig livssituasjon. Mange selvskadere har hatt traumatiske opplevelser i barndom og oppvekst. Selvskading er gjerne et tegn på underliggende psykiske vansker – personer med selvskading har oftere enn andre depresjon, angst, rusproblemer, spiseforstyrrelser, psykose eller emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Siden det forekommer på tvers av ulike problematikker, har selvskading også blitt foreslått som en egen diagnosekategori.

Er selvskading en suicidal handling?

Selvskading skiller seg fra selvmordsforsøk ved at den ikke er utført med en intensjon om å dø slik det er ved selvmordsforsøk. Samtidig vet vi at om lag 1/3 av de som har et mønster av selvskading også har gjort ett eller flere selvmordsforsøk. Noen kan ha mange selvskadingsepisoder uten noe som helst ønske om å dø, mens andre kan i tillegg ha episoder der de ønsket å dø eller var ambivalente.

Er selvskading smittomt?

Selvskading kan være sosialt overførbart i noen tilfeller. Å høre om eller se andre selvskade kan få personer som tidligere har selvskadet til å skade seg selv på nytt, eller få personer som ikke har forsøkt det før til å prøve. Dette har en særlig sett i behandlingsinstitusjoner og blant ungdommer som går på skole eller i andre ungdomsmiljøer. Dersom selvskading er omtalt i media eller i populærkulturen på en romantiserende måte eller det gis detaljert beskrivelse av selvskademetoder, har en sett tilsvarende smitteeffekter. Det er derimot ikke funnet smitteeffekt av nøktern omtale av selvskading i helhetlige psykoedukative programmer, ferdighetsgrupper eller i andre opplæringsprogrammer der selvskading beskrives som et problem og ikke en løsning. De fleste studier tyder på at selvskading oppstår under emosjonelle kriser og ikke er spesielt assosiert med å tilhøre en spesiell subkultur der normen er selvskading.

Hva kan en som selvskader gjøre selv for å unngå å selvskade?

Å bestemme seg for å slutte kan være den største og vanskeligste beslutningen. Å prøve andre aktiviteter som kan være med på å regulere følelser eller som hjelper en å holde ut vonde følelser og som hindrer en i å selvskade, er ofte virksomt. Konkrete tips kan være å høre/se på noe som avleder, å male med akvarellmaling med kaldt vann på håndleddet, holde isbit, lære seg pusteteknikker eller være sammen med andre. Noe av dette er det nyttig å få hjelp til å starte med. All atferdsendring er lettere å jobbe mot når andre er involvert. Det kan også være nødvendig med hjelp til å arbeide med de underliggende problemene, samt å få hjelp til å holde motivasjonen oppe. Dette er behandlere eksperter på.

Hvordan kan hjelpeapparatet være til hjelp?

Hjelpeapparatet, som skolehelsetjenesten, barnevern og spesialisthelsetjenesten skal ha kompetanse i å oppdage og respondere på tegn til selvskadende atferd. Avhengig av rolle og kompetanse kan de bidra med:

- emosjonell støtte og praktisk hjelp til å mestre utfordringer og situasjoner som øker risikoen for selvskading hos den enkelte
- undersøke om det foreligger psykiske vansker til grunn for selvskadingen og henvise de som trenger det til riktig behandling

Det finnes dokumentert effektiv behandling for personer med gjentatt selvskading og følelsesreguleringsvansker, slik som dialektisk atferds-terapi. Også annen samtalebehandling som kognitiv atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi kan være til god hjelp. Skolehelsetjeneste og fastlege skal gi informasjon om hvilke egnede behandlingstilbud som er tilgjengelig.

Referanser

Mehlum L, Tormoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, Larsson BS, Stanley BH, Miller AL, Sund AM & Grøholt B. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior – a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2014 Oct;53(10):1082-91.

Tormoen AJ, Grøholt B, Haga E, Brager-Larsen A, Miller A, Walby F, Stanley B, Mehlum L. Feasibility of dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents with multi-problems: training, adherence and retention. *Arch Suicide Res.* 2014;18(4):432-44.

Tormoen AJ, Rossow I, Larsson B, Mehlum L. Non-suicidal self-harm and suicide attempts in adolescents: differences in kind or in degree? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013 Sep;48(9):1447-55

Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007, 27(2):226-239.

Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med.* 2011 Sep;41(9):1981-6.

Mork E, Walby FA, Harkavy-Friedman JM, Barrett EA, Steen NE, Lorentzen S, Andreassen OA, Melle I, Mehlum L. Clinical characteristics in schizophrenia patients with or without suicide attempts and non-suicidal self-harm – a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2013, 13(1):255.

Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2012; 6:10.

Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2013;17(1):1-19.